

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : acide désoxyribonucléique.
ARN : acide ribonucléique.
ARV : antirétroviral.
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.
APMT : Association pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle.
ATHK : Association des tradipraticiens et Herboristes de la province du Kadiogo.
BF : Burkina Faso.
CDC : Centers of Diseases Control.
cf : confer
CIRD : Centre d'Information en Recherche de Développement.
CISMA : Conférence Internationale sur le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles.
CTA : Centre de Traitement Ambulatoire.
CMV : cytomégalovirus.
DCI : Dénomination Commune Internationale.
DGPML : Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires.
ELISA : Enzym Linked Immuno Sorbent Assay.
env : enveloppe.
gag : groupe antigène.
GRID : Gay Related Immunodeficiency syndrom.
HTLV : Human T Cell Leukemia Virus.
IB : Initiative de Bamako.
INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse.
INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse.
IP : Inhibiteur de la Protéase.
IST : Infection Sexuellement Transmissible.
jr : jour.
km² : kilomètre carré.
Kg : kilogramme.

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus.
LIA : Line Immunoassay
LT₄ : Lymphocyte T₄.
mg : milligramme
min : minute.
mm³ : millimètre cube.
MMWR : Mortality and Morbidity Week Rapport.
MST : Maladies sexuellement Transmissibles.
NFS : Numération Formule Sanguine.
OMS : Organisation Mondiale de la santé.
ONU : Organisation des Nations Unies.
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour le SIDA.
p : protéines.
PCR : Polymerase Chain Reaction.
PIB : Produit Intérieur Brut.
pol : polymérase.
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH.
RIPA : Radio immunoprécipitation.
SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise.
VEB : Virus d'Epstein Barr.
VHB : Virus de l'Hépatite B.
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
WB : Western Blot.
WR : Walter Read.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Etats cliniques de l'infection à VIH en fonction du taux de lymphocytes CD₄ circulants.

Tableau II : Différents types d'inhibiteurs de la transcriptase inverse.

Tableau III : Différentes associations des inhibiteurs nucléosidiques avec d'autres ARV.

Tableau IV : Différents types d'inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.

Tableau V : Différents types d'antiprotéases.

Tableau VI : Différents types de traitements initiaux.

Tableau VII : Différents types de traitements de seconde intention.

Tableau VIII : Caractéristiques des tradipraticiens selon le sexe, la profession, l'origine du savoir, les relations.

Tableau IX : Noms vernaculaires donnés au SIDA et leurs correspondances en français.

Tableau X : Différentes causes du SIDA selon les tradipraticiens.

Tableau XI : Modes de transmission du VIH selon les tradipraticiens.

Tableau XII : Répartition des tradipraticiens en fonction des symptômes utilisés dans le diagnostic de l'infection à VIH.

Tableau XIII : Classification de l'infection à VIH selon les tradipraticiens.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des tradipraticiens selon leur conception du SIDA.

Figure 2 : Avis des tradipraticiens sur la cause du SIDA.

Figure 3 : Répartition des tradipraticiens selon leur avis sur les modes de transmission du VIH.

Figure 4 : Répartition des tradipraticiens selon leur avis sur les moyens de prévention du VIH/SIDA.

Figure 5 : Répartition des tradipraticiens selon le type de diagnostic de l'infection à VIH/SIDA.

Figure 6 : Comportement des tradipraticiens face à la prise en charge des PVVIH.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	31
PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	35
A- GENERALITES SUR LE SIDA.....	36
CHAPITRE I : HISTORIQUE – DEFINITION – CLASSIFICATION DE L’INFECTION A VIH.....	37
I – HISTORIQUE.....	37
II – DEFINITION DU SIDA.....	39
III – CLASSIFICATION DE L’INFECTION A VIH.....	39
3 – 1 Classification du Walter Reed Hospital, 1985.....	39
3 – 2 Classification des Centers for Diseases Control d’Atlanta, USA, 1986.....	40
3 – 3 Classification de l’Organisation Mondiale de la Santé, 1990.....	41
3 – 4 Révision de la classification des CDC, 1993.....	41
CHAPITRE II : EPIDEMIOLOGIE ET TRANSMISSION DE L’INFECTION A VIH.....	43
I – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE L’INFECTION A VIH.....	43
1 – 1 Le SIDA dans le monde : considérations générales.....	43
1 – 2 Situation et impact de l’épidémie du SIDA en Afrique subsaharienne.....	44
1 – 3 Le SIDA en Afrique du Nord et au Moyen-Orient.....	47
1 – 4 Le SIDA en Europe Orientale et en Asie Centrale.....	47
1 – 5 Le SIDA en Asie et dans le Pacifique.....	48
1 – 6 Le SIDA dans les pays nantis : Amérique du Nord et Europe Occidentale.....	49
1 – 7 Le SIDA en Amérique Latine et aux Caraïbes.....	49
1 – 8 Le SIDA EN Australie et en Nouvelle-Zélande.....	50
II – MODES DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA.....	50
2 – 1 Transmission par voie sexuelle ou transmission horizontale.....	50
2 – 1-1 La transmission homosexuelle.....	51
2 – 1-2 La transmission hétérosexuelle.....	51

2 – 2 Transmission par voie sanguine.....	52
2 – 2-1 Transmission par transfusion sanguine.....	52
2 – 2-2 Transmission en milieu de soins ou transmission nosocomiale.....	52
2 – 2-3 Toxicomanie par voie intraveineuse.....	53
2 – 2-4 Transmission par d’autres objets piquants.....	53
2 – 3 Transmission par transplantation d’organes.....	53
2 – 4 Transmission périnatale ou transmission verticale.....	53
2 – 5 Voies de transmission discutées.....	54
 CHAPITRE III : LE VIRUS DE L’IMMUNODEFICIENCE HUMAINE.....	55
 I – SYSTEMATIQUE	55
II – MORPHOLOGIE ET ORGANISATION GENOMIQUE DU VIH.....	55
III – CELLULES CIBLES ET CYCLE DE REPLICATION DU VIH.....	55
2 – 1 Cellules cibles du VIH.....	55
2 – 2 Cycle de réplication du VIH.....	56
IV – VARIABILITE GENETIQUE DU VIH.....	56
V – HISTOIRE NATURELLE DE L’INFECTION A VIH.....	57
5 – 1 La phase d’invasion ou primo-infection.....	57
5 – 2 La phase chronique ou phase asymptomatique.....	57
5 – 3 La phase de PRE-SIDA et SIDA.....	57
 CHAPITRE IV : MANIFESTATIONS DU VIH/SIDA.....	58
 I – LA PRIMO-INFECTION	58
II – LA PHASE CHRONIQUE ASYMPTOMATIQUE.....	58
III- LA PHASE DE PRE-SIDA ET SIDA.....	59
3 – 1 La phase de PRE-SIDA.....	59
3 – 2 La phase de SIDA.....	59

CHAPITRE V : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH.....	61
I – CIRCONSTANCES DU DEPISTAGE SEROLOGIQUE DU VIH.....	62
II – LE DEROULEMENT PRATIQUE DU DEPISTAGE.....	62
III – LES DIFFERENTS TYPES DE TESTS.....	63
3 – 1 Le diagnostic sérologique ou diagnostic indirect.....	63
3 – 1-1 Les tests de dépistage.....	63
3 – 1-1-1 Les tests ELISA.....	63
3 – 1-1-2 Les tests simples et rapides.....	63
3 – 1-2 Les tests de confirmation.....	64
3 – 1-2-1 Le Western Blot.....	64
3 – 1-2-2 La radio-immunoprécipitation assay « RIPA ».....	64
3 – 1-2-3 Les tests de confirmation de 2 ^{ème} génération : Line immunoassay « LIA».....	64
3 – 2 Le diagnostic direct.....	64
3 – 2-1 L'antigénémie p24.....	64
3 – 2-2 La co-culture lymphocytaire du VIH.....	65
3 – 2-3 La détection des antigènes nucléiques viraux.....	65
3 – 3 Les tests de dépistage à domicile.....	65
3 – 3-1 La trousse de prélèvement à domicile.....	65
3 – 3-2 Le test à domicile à faire soi-même.....	65
 CHAPITRE VI : TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH.....	 66
I – HISTORIQUE.....	66
II – LES DIFFERENTS TYPES D'ANTIRETROVIRAUX.....	66
2 – 1 Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.....	66
2 – 2 Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.....	67
2 – 3 Les inhibiteurs de la protéase virale.....	68
III – MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL.....	69
3 – 1 Quand débiter le traitement antirétroviral ?.....	69
3 – 2 Quel traitement proposer ?.....	70
3 – 3 Observance et suivi du traitement.....	71
3 – 4 Problème liés au traitement antirétroviral.....	71
IV – TRAITEMENT DES MALADIES OPPORTUNISTES.....	72

V – MESURES HYGIENO-DIETETIQUES.....	72
5 – 1 L'alimentation de la personne vivant avec le VIH.....	72
5 – 2 L'hygiène de la personne vivant avec le VIH.....	73
VI – LE FUTUR DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL.....	73
 CHAPITRE VII : PREVENTION DES IST/SIDA.....	 75
I – DIFFERENTS MOYENS DE PREVENTION EN FONCTION DU MODE DE TRANSMISSION.....	76
1 – 1 Prévention au niveau de la transmission sexuelle.....	76
1 – 2 Prévention au niveau de la transmission par voie sanguine.....	76
1 – 3 Prévention au niveau de la transmission de la mère à l'enfant.....	76
II- PREVENTION EN MILIEU DE SOINS.....	77
III- TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE APRES EXPOSITION ACCIDENTELLE AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH.....	77
 B– GENERALITES SUR LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	 78
 CHAPITRE VIII : DEFINITIONS.....	 79
 CHAPITRE IX : LA MEDECINE TRADITIONNELLE EN AFRIQUE.....	 80
 CHAPITRE X : MEDECINE TRADITIONNELLE ET VIH/SIDA : TRAVAUX ANTERIEURS.....	 82
 DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL.....	 84
 CHAPITRE I : PRESENTATION SOMMAIRE DU BURKINA FASO.....	 85
I - SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	85
II - POPULATION.....	85
III – DIVISION ADMINISTRATIVE	85

CHAPITRE II : ENQUETE AUPRES DES TRADIPRATICIENS ET DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH86

I – CADRE DE L’ETUDE.....86

1 - 1 Cadre de l’enquête auprès des tradipraticiens.....86

1 – 2 Cadre de l’enquête des personnes vivant avec le VIH : le CTA.....86

1 – 2-1 Les missions du CTA.....87

1 – 2-2 Présentation du CTA.....87

1 – 2-2-1 Le service administratif.....87

1 – 2-2-2 Le service psycho-social.....88

1 – 2-2-3 Le service médical.....88

II – METHODOLOGIE.....91

2 – 1Type de l’étude.....91

2 – 2 Population de l’étude.....91

2 – 3 Echantillonnage.....91

2 – 4 Instruments d’enquêtes.....91

2 – 5 Validation des instruments d’enquêtes.....92

2 – 6 Méthodes.....92

2 – 6-1 Déroulement de l’enquête auprès des tradipraticiens.....92

2 – 6-2 Déroulement de l’enquête auprès des personnes vivant le VIH sous traitement antirétroviral.....93

2 – 7 Traitement des données.....94

2 – 8 Limites de l’étude et difficultés rencontrées.....94

2 – 8-1 Limites de l’étude.....94

2 – 8-2 Difficultés rencontrées lors de l’enquête auprès des tradipraticiens de la ville de Ouagadougou.....94

2 – 8-3 Difficultés rencontrées lors de l’enquête auprès des personnes vivant avec le VIH au Centre de Traitement Ambulatoire de Ouagadougou.....95

CHAPITRE III : RESULTATS.....96

I – RESULTATS DE L’ENQUETE AUPRES DES TRADIPRATICIENS DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU.....96

1 – 1 Caractéristiques des tradipraticiens.....96

1 – 2 Connaissances et conceptions des tradipraticiens sur le VIH/SIDA.....97

1 – 2-1 Conceptions des tradipraticiens à propos du VIH/SIDA.....97

1 – 2-2 Les noms vernaculaires du VIH/SIDA recueillis.....99

1 – 2-3 Les causes du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.....99

1 – 2-4 Les modes de transmission du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.....102

1 – 2-5 Les moyens de prévention du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.....104

1 – 3	Prise en charge des personnes vivant avec le VIH : attitudes et pratiques.....	106
1 – 3-1	Diagnostic du VIH/SIDA par les tradipraticiens.....	106
1 – 3-2	Critère de gravité de l'infection à VIH selon les tradipraticiens.....	108
1 – 3-3	Traitement du VIH/SIDA par les tradipraticiens.....	109
1 – 3-3-1	Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH selon les tradipraticiens.....	109
1 – 3-3-2	Prise en charge psycho-sociale des personnes vivant avec le VIH par les tradipraticiens.....	111
1 – 3-3-3	Support du traitement du SIDA par les tradipraticiens.....	112
1 – 3-4	Avis des tradipraticiens sur la guérison du SIDA.....	112
1 – 4	Renseignements complémentaires.....	112
II –	RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SUIVANT UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL AU CTA.....	113
CHAPITRE IV :	DISCUSSION – INTERPRETATION DES RESULTATS.....	115
I –	ENQUETE AUPRES DES TRADIPRATICIENS.....	115
1 – 1	Caractéristiques des tradipraticiens.....	115
1 – 2	Etat des connaissances et les conceptions des tradipraticiens a propos du VIH/SIDA.....	115
1 – 3	Diagnostic et critères de gravité du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.....	117
1 – 4	Prise en charge et suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les tradipraticiens.....	119
II –	ENQUETE AUPRES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL.....	121
CHAPITRE V :	PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS.....	122
CONCLUSION GENERALE.....		124
BIBLIOGRAPHIE.....		126
ANNEXES.....		135

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le monde médical a été marqué à la fin du XX ème siècle par la découverte d'une infection virale irrémédiablement mortelle.

'Gay Syndrome', 'la maladie du siècle', 'Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux', 'la maladie de la maigreur' ou encore 'la maladie' tout court ; Autant de dénominations pour désigner la terrible maladie du SIDA qui mine le monde actuel.

Nommée « Syndrome de l'Immuno Déficience Acquisée » par les scientifiques, cette maladie n'a de cesse de faire parler d'elle. En 1999, l'OMS classe le SIDA au rang des pandémies. Elle est considérée comme l'une des maladies les plus dévastatrices et les plus meurtrières que le monde n'ait jamais connu. Le VIH / SIDA est la première cause de décès en Afrique subsaharienne et est à l'échelle mondiale, la quatrième cause de mortalité. En effet, depuis vingt ans que le SIDA a été découvert, soixante millions de personnes ont été infectées. En 2002, le monde comptait quarante deux (42) millions de personnes vivant avec le VIH, dont 29,4 millions en Afrique subsaharienne.

Le SIDA est causé par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Ce virus une fois dans l'organisme humain, attaque ses défenses naturelles, l'exposant ainsi à une série d'affections causées par des germes habituellement inoffensifs chez une personne saine. Pour l'instant, le VIH se contracte pour la vie ; de plus, chez les personnes atteintes, surtout dans les pays pauvres, le déclenchement de la maladie a une issue rapidement fatale.

Ce virus a créé la panique dans le monde de la recherche médicale. En effet, tous les efforts consentis dans le sens de trouver des molécules capables de détruire le VIH sont restés vains. La recherche sur le vaccin contre le VIH est toujours en étude.

Néanmoins, les chercheurs ont pu mettre sur le marché, des antirétroviraux, produits capables de ralentir la prolifération du virus dans l'organisme, améliorant ainsi la qualité de vie des malades qui les prennent.

Vu la subtilité du VIH à déjouer tous les scénarios médicaux dirigés contre lui, la nécessité de cibler les domaines de l'information et de la prévention est de mise. Aussi, l'étude d'autres apports telle que la pharmacopée et la médecine traditionnelles dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, s'impose à nous pays africains, où les prix des antirétroviraux restent malgré les multiples subventions, inaccessibles à la plupart de nos populations affectées par ce fléau.

Notre pays le Burkina faso, a accusé une séroprévalence de 6,5 % pour l'année 2002 ; ce taux de prévalence reste valable pour l'année 2003. Le BURKINA FASO compte aujourd'hui près de 600 000 personnes vivant avec le VIH.

Un constat a été fait par l'équipe du service de pharmacopée et de médecine traditionnelles de la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML), du Burkina Faso. Ce constat a montré que les malades du SIDA, en marge du traitement antirétroviral avaient recours à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles pour se soigner. Vu l'accès difficile des patients aux antirétroviraux et vu leur intérêt pour cette médecine, nous avons pensé qu'il serait judicieux de faire le point sur les pratiques et les connaissances des tradipraticiens en matière de VIH/SIDA et de sa prise en charge. Telles sont les raisons et les intérêts qui nous ont poussés à nous pencher sur ce sujet.

L'objectif principal de notre étude, est d'évaluer les connaissances, les différentes conceptions, les attitudes et les pratiques des tradipraticiens face au VIH/SIDA et à sa prise en charge.

Les objectifs spécifiques sont :

- Evaluer le degré des connaissances des tradipraticiens sur le VIH/SIDA.
- Avoir une idée sur la perception qu'ont les tradipraticiens sur le SIDA.
- Déterminer l'attitude des tradipraticiens face au SIDA et aux personnes vivant avec le VIH.
- Recueillir des informations sur le diagnostic de la maladie.
- Recueillir des informations sur le traitement de la maladie.
- Recueillir des informations sur le suivi des malades.
- Avoir une idée sur la recherche dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle en matière de VIH/SIDA.
- Recueillir des informations auprès des patients sur leur fréquentation des tradipraticiens pour se soigner.
- Recueillir l'avis des malades du SIDA sur la pharmacopée traditionnelle, dans la prise en charge des malades atteints par le VIH/SIDA.

Notre travail s'articulera ainsi qu'il suit :

- ❖ La première partie sera accordée aux généralités avec :
 - Les généralités sur le VIH/SIDA.
 - Les généralités sur la médecine traditionnelle.
- ❖ La deuxième partie sera consacrée à notre étude.

Dans un premier temps, nous présenterons le Burkina Faso. Dans un second temps, nous exposerons les travaux antérieurs réalisés dans le domaine “VIH/SIDA et médecine traditionnelle”. Nous définirons ensuite le cadre et la méthodologie de l’étude.

Nous présenterons les résultats de l’étude et nous poursuivrons par une discussion et une analyse des résultats obtenus.

Nous ne manquerons pas d’émettre des propositions et des recommandations dans le but d’aider à l’amélioration de la prise en charge des malades du SIDA.

Nous terminerons en concluant notre étude.

PREMIERE PARTIE :

GENERALITES

A/

**GENERALITES
SUR LE VIH/SIDA**

CHAPITRE I/ HISTORIQUE – DEFINITION – CLASSIFICATION

DE L'INFECTION A VIH.

I / HISTORIQUE.

Le début des années 80 a créé des remous dans le monde médico-scientifique avec l'apparition d'une affection nouvelle.

C'est en 1980 que fut isolé et caractérisé le premier rétrovirus humain par l'équipe du chercheur Robert Gallo. On le nomma **HTLV I** pour Human T-cell Leukemia lymphomavirus ; en français, il s'agit du virus lymphotrope des lymphocytes T humains. Ce virus infecte les globules blancs qui jouent un rôle important dans la défense de l'organisme et engendre chez l'homme un cancer rare et extrêmement malin appelé 'leucémie à lymphocytes T de l'adulte' (22).

Durant la même année de 1980 en Californie, deux docteurs, Joël Weisman et Michael Gottlieb se trouvent confrontés à plusieurs patients homosexuels souffrant d'altérations profondes de l'état général, avec polyadénopathie, fièvre, pneumopathie à *Pneumocystis carinii* et lymphopénie ; l'évolution clinique de leur affection est rapidement mortelle (24).

Le 5 juin 1981, les CDC d'Atlanta, puissante agence américaine de recherche épidémiologique annonce dans leur bulletin hebdomadaire le 'MMWR' que des médecins de Los Angeles, San Francisco, New York lui ont signalé l'accroissement récent du nombre de pneumonies à *Pneumocystis carinii* et de sarcomes de Kaposi , affections auparavant très rares (9), (24). Les personnes atteintes sont là encore des hommes jeunes, homosexuels, des toxicomanes par injections intraveineuses d'héroïne, des haïtiens et des hémophiles. Toutes les victimes souffraient d'un effondrement de l'immunité cellulaire traduit par l'appauvrissement d'un groupe spécifique de lymphocytes T, les lymphocytes T₄.

Robert Gallo émet l'hypothèse que l'agent causal a des relations avec HTLV I. Des travaux prouvèrent le contraire. Il découvre en 1982 un deuxième virus le **HTLV II** responsable d'une maladie appelée 'leucémie à cellules chevelues', de leucémies à lymphocytes T et de lymphomes chroniques (22). D'autres virus furent incriminés comme étant responsables de cette maladie. Il s'agit du cytomégalovirus (CMV), du virus d'Epstein Barr (VEB), du virus de l'hépatite B (VHB). Très vite, on s'aperçoit que ces virus sont plutôt responsables de maladies opportunistes qui sont la conséquence et non la cause de l'immunodéficience.

Cette nouvelle affection qu'on nommait **GRID** pour Gay Related Immunodeficiency Syndrom, car on la rencontrait le plus souvent chez des homosexuels, se voit rebaptisée en 1982 en SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

En janvier 1983, le professeur Luc Montagnier et ses collègues de l'Institut Pasteur, Françoise Barré-Sinoussi et Jean-Claude Chermann spécialisés dans la recherche sur le cancer et dans les cultures de lymphocytes T reçurent un échantillon de ganglion lymphatique d'un jeune homosexuel de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière atteint de lymphadénopathie. Ils mettent en évidence un virus qu'ils nomment **LAV** (Lymphadenopathy Associated Virus). Ce virus détruit les lymphocytes T et les macrophages. Des recherches montrèrent la présence du même virus chez la plupart des patients atteints de lymphadénopathie. Luc Montagnier est convaincu que le LAV est responsable du SIDA (22).

En octobre 1983, les premiers cas africains sont observés chez des patients atteints de cryptococcose méningée au Mama Yamo Hospital de Kinshasa au Zaïre. La même année, des cas sévères de sarcome de Kaposi sont observés en Zambie et dans le Sud de l'Ouganda. Ils sont associés à des diarrhées chroniques avec une perte importante de poids. D'autres patients sont identifiés au Congo, au Burundi, au Rwanda, en Tanzanie. Il s'est avéré que la plupart des patients sont atteints du SIDA (24).

Les recherches poussées du professeur Robert Gallo le mènent à la découverte d'un autre virus qu'il nomme **HTLV III**. Il se trouve que ce virus est le même que le LAV. L'origine virale du SIDA est une réalité (22).

En 1985 en Afrique de l'Ouest, le professeur Souleymane Mboup et son équipe, en collaboration avec le professeur Luc Montagnier de l'Institut Pasteur, identifièrent au laboratoire de Bactériologie-Virologie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar au Sénégal, dans des prélèvements de prostituées de Guinée-Bissau, du Cap-Vert et de Gambie, un nouveau rétrovirus responsable du SIDA. On le nomme **HTLV IV** ou **LAV II** (22), (16), (58).

En Mai 1986 le comité international de nomenclature dans le souci d'éviter des confusions propose la dénomination de **HIV** (Human Immunodeficiency Virus) qui a été acceptée par tous. Le premier virus de l'immunodéficience acquise est le **VIH-1** et le second est le **VIH-2** (22).

II/ DEFINITION DU SIDA (4)

Le SIDA est un sigle qui se décompose ainsi qu'il suit :

S : Syndrome qui est un ensemble de signes caractéristiques d'une maladie.

ID : Immuno Déficience ; ce terme définit une dépression de l'immunité de l'organisme.

A : Acquise pour signifier que l'affection n'est pas héréditaire et qu'elle peut se contracter à tout moment au cours de la vie.

L'agent pathogène du SIDA est un virus nommé **VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)**.

C'est un rétrovirus humain qui s'attaque aux défenses immunitaires de l'homme, en particulier les lymphocytes T et les macrophages. Le virus détruit ces derniers et crée un état de déficit immunitaire chronique chez la personne infectée, qui se retrouve exposée à toutes sortes d'infections causées par des virus, des champignons, des bactéries, des parasites et autres agents pathogènes qui sont en général combattus avec succès chez un homme sain.

Plusieurs définitions ont été données pour le SIDA. La première définition du SIDA est celle établie par les CDC en septembre 1982. Elle a été révisée en juin 1985, puis en août 1987. La dernière révision est valable depuis le premier janvier 1993 et est depuis, celle adoptée par l'OMS. Selon l'OMS, le SIDA est défini comme « **une maladie caractérisée par une ou plusieurs pathologies indicatives, listées en fonction de l'état sérologique de l'infection par le VIH** » (4)

Il y a lieu de dire que selon les scientifiques en matière de SIDA, la définition et la classification sont quelque peu confondues.

III/ CLASSIFICATION DE L'INFECTION A VIH (4), (9)

Il y a quatre principales classifications utilisées pour décrire l'infection à VIH chez l'adulte.

III-1 Classification du Walter Reed Hospital, 1988.

Cette classification est très peu utilisée dans le milieu médical classique. Elle est surtout utilisée par l'armée américaine. La classification du Walter Reed Hospital est basée sur des critères cliniques et immunologiques. Elle comprend 6 stades (WR1 à WR6) qui s'excluent mutuellement.

Les stades sont les suivants :

- La sérologie du VIH.
- La lymphocytémie CD₄.
- L'hypersensibilité retardée à 4 antigènes (anatoxine tétanique, trichophyton, virus ourlien, candida).
- Le syndrome de lymphadénopathie généralisée.
- La candidose orale.
- Les infections opportunistes.

III-2 Classification des Centers for Diseases Control d'Atlanta, 1986. (4), (9)

La classification des CDC de 1986 est une classification strictement clinique en 4 groupes de manifestations cliniques rapportées à l'infection par le VIH.

Les 4 groupes s'excluent mutuellement. Ce qui signifie qu'un patient ne peut appartenir à deux groupes au même moment.

La classification est la suivante :

- groupe I : PRIMO-INFECTION.
- groupe II : INFECTION ASYMPTOMATIQUE.
 - sous-groupe IIA : bilan biologique normal.
 - sous-groupe IIB : bilan biologique anormal.
- Groupe III : LYMPHADENOPATHIE PERSISTANTE GENERALISEE.
 - sous-groupe IIIA : bilan biologique normal.
 - sous-groupe IIIB : bilan biologique anormal.
- Groupe IV : INFECTION SYMPTOMATIQUE avec ou sans syndrome de lymphadénopathie chronique.
 - sous-groupe IVA : SYMPTOMES CONSTITUTIONNELS.
 - amaigrissement > 10% du poids corporel.
 - diarrhée > 1 mois.
 - fièvre >1 mois.

- sous-groupe IVB : MALADIES NEUROLOGIQUES.
 - * sous-groupe IVB1 : atteinte neurologique centrale.
 - * sous-groupe IVB2 : neuropathie périphérique .
- sous-groupe IVC : INFECTIONS SECONDAIRES.
 - * sous-groupe IVC1 : infections opportunistes majeures comprenant 12 affections.
 - * sous-groupe IVC2 : infections opportunistes mineures comprenant 6 affections.
- sous-groupe IVD : CANCERS SECONDAIRES comprenant 3 types de cancers.
- sous-groupe IVE : AUTRES PATHOLOGIES comprenant 2 pathologies.

III-3 Classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1990.

Cette classification regroupe les malades en quatre stades de gravité croissante. Le critère de gravité utilisé est la durée de survie en association avec des paramètres immunologiques lorsqu'ils sont disponibles.

Cette classification est surtout utilisée pour la recherche clinique et thérapeutique.

III-4 Classification des CDC, 1993.

Cette classification n'est pas tout à fait nouvelle. Il s'agit d'une révision de la classification de 1987. Cette nouvelle classification tient compte du nombre absolu de lymphocytes CD4 circulants et trois nouvelles affections indicatives du SIDA ont été associées à celles déjà énoncées dans la classification de 1987. Cette nouvelle classification comprend trois groupes : A, B, C. Ces groupes sont subdivisés en sous groupes A₁, A₂, A₃, B₁, B₂, B₃, C₁, C₂, C₃ en fonction du nombre absolu de CD₄ circulants. On aboutit à la situation suivante :

- A₁, B₁, C₁: ≥ 500 lymphocytes (29%) CD4/mm³.
- A₂, B₂, C₂: 200-499 lymphocytes (17-18%) CD4/mm³.
- A₃, B₃, C₃: < 200 lymphocytes (<14%) CD4 / mm³.

Un cas de SIDA correspond aux sous-groupes C₁, C₂, C₃, A₃, B₃. Nous avons un résumé dans le **tableau I** de la page suivante.

Tableau I : Etats cliniques de l'infection à VIH en fonction du taux de lymphocytes CD₄ circulants.

Taux de lymphocytes CD4	CATEGORIES CLINQUES		
	(A) Asymptomatique ou lymphadénopathie généralisée	(B) Manifestations symptomatiques ni(A) ni(C)	(C) Pathologies définissant le SIDA
(1) $\geq 500 / \text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) $200-499 / \text{mm}^3$	A2	B2	C2
(3) $\leq 200 / \text{mm}^3$	A3	B3	C3

CHAPITRE II / EPIDEMIOLOGIE ET TRANSMISSION

DE L'INFECTION A VIH.

I / DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.

I-1 Le SIDA dans le monde - Considérations générales. (12), (14), (27), (40), (36), (39), (41), (43), (45), (46), (47), (48), (52), 60).

En un peu plus de deux décennies depuis son apparition, le SIDA a atteint le monde entier dans sa presque totalité, aidé par les déplacements humains dans l'espace (40). L'évolution de cette affection est effrayante. Cette grave situation amena le Secrétaire Général de l'ONU, KOFFI ANNAN à faire l'observation suivante : « *La maladie est partout : dans nos communautés, dans nos familles, dans nos maisons et tous nos efforts en faveur de la paix et du développement seront vains si nous ne parvenons pas d'abord à la vaincre.* » (46)

De quelques cas au début des années 80, le monde a compté en l'an 2000, 34.3 millions de personnes vivant avec le VIH. En 2002, l'on a compté 42 millions de personnes qui vivent avec le VIH dans le monde et en 2003, près de 40 millions de personnes vivant avec le VIH ont été répertoriées. Ce fléau, classé au quatrième rang des maladies les plus meurtrières au monde, (39) présente une avancée fulgurante. Le monde a compté en 2002, 3.2 millions d'enfants de moins de 15 ans et 19.2 millions de femmes infectés par le virus du SIDA. On dénombrait également au compte de la même année, 3.1 millions de morts dont 610 000 enfants et 1.2 millions de femmes. 30 à 40% des enfants des mères séropositives, sont contaminés par le VIH pendant la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement maternel (12). Cinq millions de nouveaux cas de séropositivité ont été recensés en 2002.

En fin 2003, le monde comptait 40 millions de personnes vivant avec le VIH dont 37 millions d'adultes et 2.5 millions d'enfants de moins de 15 ans. On totalisait toujours pour la même année, 5 millions de nouveaux cas d'infections du VIH avec 4,2 millions d'adultes et 700 000 enfants de moins de 15 ans. Le SIDA a tué en 2003, près de 3 millions de personnes dont 2,5 millions d'adultes et 500 000 enfants de moins de 15 ans (40). Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH / SIDA, 25 millions de personnes en ont été victimes et le monde compte aujourd'hui un peu plus de 14 millions d'orphelins du SIDA. Le SIDA touche la frange la plus jeune de la population, celle de 15-24 ans qui totalise le tiers des personnes infectées par le VIH / SIDA dans le monde.

Il faut noter que près de 95% des personnes atteintes par le virus du SIDA vivent dans les pays en voie de développement où les possibilités de prévention et de soins sont faibles **(48)**.

Le SIDA, en touchant la frange jeune et active des populations influe négativement sur tous les aspects de la vie socio-économique. On note un impact négatif sur **(41)** :

- les ménages : il y a une diminution des ressources financières qui vont aux soins et à l'entretien de la ou des personne(s) infectée(s) par le VIH dans la famille.
- la production agricole matérialisée par une baisse du temps de travail, entraînant une diminution des récoltes et par conséquent du rendement.
- le commerce et l'industrie : les entreprises notent une réduction du profit, un absentéisme accru, une augmentation des dépenses pour les soins médicaux.
- les systèmes éducatifs : on note une baisse de la scolarisation consécutive aux morts de nourrissons et de jeunes enfants ainsi qu'au manque d'enseignants et d'enseignantes qui tombent malades ou qui meurent à cause du SIDA.

Le SIDA apparaît donc comme un véritable problème de santé publique que d'ailleurs nos différents gouvernements prennent au sérieux.

I-2 Situation et impact de l'épidémie du SIDA en Afrique subsaharienne.

En Afrique subsaharienne, le SIDA est devenu la première cause de mortalité provoquant la décimation de villages entiers et entraînant des répercussions désastreuses sur la vie des communautés **(46)**.

L'Afrique subsaharienne se taille la plus grosse part des personnes vivant avec le VIH. En 2001, on y comptait 28.1 millions de personnes vivant avec le VIH sur un total mondial de 40 millions de personnes infectées. En 2002 toujours pour cette région de l'Afrique, on dénombrait 29.4 millions de personnes vivant avec le VIH sur un total mondial de 42 millions de personnes infectées par le virus du SIDA. En 2003, on dénombrait 26.6 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA sur un total mondial de 40 millions **(40)**.

L'Afrique du Sud du Sahara compte 70% des personnes infectées par le VIH dans le monde et totalise 3.5 millions sur cinq millions des nouvelles contaminations pour l'année 2002. En 2003, l'on a compté 3.2 millions de nouveaux cas. On peut ajouter à ce tableau que cette partie de l'Afrique a compté en 2002, 2.4 millions de morts du SIDA soit 77.5% du total des décès en 2002. L'année 2003 a totalisé 2,3 millions de décès. Les 3 millions d'enfants africains de moins de 15 ans infectés par le VIH représentent 94% de l'ensemble des enfants atteints par le virus dans le monde en 2002 **(27)**. En Afrique, depuis que l'épidémie a commencé 4 millions d'enfants sont décédés des suites du SIDA et 90% des nourrissons infectés par le VIH vivent en Afrique **(36)**.

En Afrique subsaharienne, le mode de transmission du VIH / SIDA le plus fréquent est la transmission hétérosexuelle **(41)**. Cette situation est due entre autres à la réticence au port du préservatif lors des rapports sexuels.

La séroprévalence n'est pas uniforme dans toute cette partie de l'Afrique. On observe les plus forts taux de seroprévalence en Afrique australe et dans le Sud de l'Afrique. Des pays comme le Botswana, le Lesotho, le Swaziland, le Zimbabwe ont connu des taux de séroprévalence frôlant les 35 à 40% **(27)**. En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, l'épidémie connaît une croissance rapide et récente avec des taux de prévalence dépassant les 5% dans certains pays comme notre pays le Burkina Faso. Par contre des pays comme le Sénégal et le Mali connaissent une épidémie assez contenue. Cependant, les prévisions montrent une relative stabilisation de l'épidémie **(27)**.

Comme nous l'avons déjà vu, le VIH/SIDA a un impact négatif sur la qualité de vie des populations dans les pays très touchés par l'épidémie. En Afrique, l'espérance de vie serait de 47 ans là où les projections hors SIDA la prévoyaient à 62 ans **(52)**. D'après le bureau américain de recensement, les prévisions pour 2010 montrent que 8 à 10 années de vie auront été perdues dans les pays d'Afrique les plus touchés par la pandémie **(48)**.

L'épidémie a une influence néfaste sur la croissance, les revenus et la pauvreté. On estime que la croissance annuelle par habitant de la moitié des pays d'Afrique subsaharienne baisse de 0.5% à 1.2% à cause du SIDA. Des prévisions montrent que d'ici 2010, le PIB par habitant dans certains des pays les plus touchés pourrait baisser de 8% et la consommation par habitant tomber encore plus bas à cause du SIDA **(48)**.

L'entretien des malades du SIDA coûte cher et entraîne une baisse de l'épargne des familles dans des pays d'Afrique où déjà le pouvoir d'achat des populations est faible. On note également une répercussion sur la productivité agricole dans des pays où l'économie est basée sur l'agriculture.

Tous ces chiffres et ces faits doivent être pris en compte pour instaurer dans tous les pays d'Afrique une politique de lutte efficace contre ce fléau qu'est le VIH /SIDA.

Cas de notre pays le Burkina Faso. (15), (31)

Le premier cas de SIDA a été observé en août 1985 au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Mais il a fallu attendre mars 1987 pour que le gouvernement du pays reconnaisse la présence du VIH/SIDA au Burkina Faso.

Le 26 octobre 1986 fut créé officiellement le Comité National de Lutte contre les Infections LAV/HTLV III qui devint par la suite le Comité National de Lutte anti-SIDA.

Aujourd'hui, le Burkina Faso dispose d'un Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST piloté par le chef de l'Etat. Des programmes de lutte et de prévention contre le VIH/SIDA et les IST sont établis. Un Centre de Traitement Ambulatoire a été ouvert à l'intention des malades du SIDA.

En 1986, le Ministère de la Santé déclarait officiellement à l'OMS, 10 cas de SIDA. En fin 1987 le Burkina Faso comptait 21 cas de SIDA. Grâce aux efforts fournis dans la prévention, le taux de séroprévalence est passé de 7,17% en 1997 à 6,5 en 2001. Jusqu'à présent la sérosurveillance n'est pas encore bien établie au niveau de tout le pays, si bien qu'on ne peut que donner des chiffres estimatifs concernant les personnes vivant avec le VIH. Ainsi les estimations par le taux de prévalence donnent 600 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso. Ces estimations concernent la population adulte c'est à dire la population sexuellement active. Le Burkina Faso compte 200 000 enfants orphelins du SIDA.

L'accès au traitement reste un problème majeur. Cependant les négociations avec les firmes pharmaceutiques ont permis de baisser le coût mensuel du traitement antirétroviral de 300 000 francs CFA/mois à 100 000 francs CFA/mois. Grâce aux différentes subventions dont bénéficie l'Etat burkinabé, le coût mensuel de ce traitement est actuellement de 40 000 francs CFA/mois. De nos jours, environ 50 000 personnes vivant avec le VIH ont besoin d'antirétroviraux et seulement 750 personnes sont sous traitement antirétroviral. **(15).**

I-3 Le SIDA en Afrique du Nord et au Moyen Orient .

L'Afrique du Nord et le Moyen Orient restent les régions les moins touchées par l'épidémie avec pour l'année 2002, un total de 550 000 personnes porteuses du virus du SIDA, 83 000 nouvelles infections et 37 000 décès dus au SIDA **(27)**.

Les données récentes au titre de l'année 2003, donnent : 600 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA, 55 000 nouvelles infections par le VIH/SIDA et 45 000 décès dus au VIH/SIDA. **(40)**

Il ne faut pas écarter le fait que l'épidémie connaisse une progression lente mais marquée. Des pays comme Djibouti, la Somalie, le Soudan connaissent déjà des foyers d'urgence. Le nombre d'infections augmente aussi dans des pays tels que la République Islamique d'Iran, la Jamahiriya libyenne et le Pakistan **(39)**.

Les données épidémiologiques de cette région du monde ne convainquent pas toujours les experts qui pensent qu'il se pourrait qu'il y ait des épidémies cachées, protégées des systèmes de surveillance épidémiologique avec la bénédiction des responsables sociaux et politiques de certains pays **(27)**.

I-4 Le SIDA en Europe Orientale et en Asie Centrale .

Cette région du monde connaît la croissance la plus rapide de l'épidémie au monde. En 2002, on a compté 1.2 millions de personnes porteuses du virus. Le nombre de nouvelles infections monte en flèche avec 250 000 nouvelles infections et 25 000 décès dus au SIDA notés en 2002 **(27)**.

En 2003, cette région du monde a compté : 1.5 millions de personnes vivant avec le VIH : SIDA, 230 000 nouvelles contaminations et 30 000 décès dus au VIH/SIDA **(40)**.

La population la plus touchée est la population jeune. Les facteurs incriminés sont entre autres **(27), (39)** :

- L'utilisation accrue des drogues injectables.
- La prostitution.
- Le niveau élevé des autres infections sexuellement transmissibles.

En Fédération de Russie, l'évolution de l'épidémie est inquiétante. Depuis 1998, le nombre de nouveaux cas de séropositivité a doublé. Toujours en Russie, le nombre de porteurs du virus depuis le début de l'épidémie jusqu'en 2001 était de 1 290 000 personnes contre 10 993 cas notifiés en 1998 **(39)**. On estime que le nombre de porteurs du virus serait plusieurs fois supérieur aux chiffres notifiés.

En Ukraine, les $\frac{3}{4}$ des infections à VIH sont dues à la consommation des drogues injectables. Cependant, l'on constate que le taux d'infections à VIH sexuellement transmises sont en hausse.

L'Estonie connaît également une évolution notable du nombre de personnes porteuses du virus du SIDA. En effet, de 12 personnes atteintes par l'infection à VIH en 1999, l'on a compté 1112 cas dans les neuf premiers mois de 2001. Et ce nombre est à ce jour en hausse **(39)**.

Plusieurs pays d'Asie Centrale, notamment le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan connaissent des épidémies nouvelles mais évolutives.

I-5 Le SIDA en Asie et dans le Pacifique .

En Asie et dans le Pacifique, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, est estimé à 7.2 millions avec 970 000 nouvelles contaminations et 485 000 décès au compte de l'année 2002 **(27)**. Après l'Afrique subsaharienne, cette région occupe le deuxième rang des régions les plus touchées. En 2003, l'on a dénombré 7.4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA avec 1 million de nouvelles contaminations et 500 000 décès dus au VIH/SIDA **(40)**.

Les faibles taux de prévalence de certaines régions cachent des épidémies localisées et dangereuses. L'épidémie gagne des régions et des pays jusqu'à présent pratiquement ou totalement indemnes du VIH **(40)**. Des grandes campagnes de prévention entreprises par les autorités de certains pays comme le Cambodge, ont permis de contenir l'épidémie galopante et de baisser d'une façon notable les taux de séroprévalence.

I-6 Le SIDA dans les pays nantis : Amérique du Nord et Europe Occidentale.

A la fin de l'année 2002, l'Amérique du Nord comptait 980 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA, avec 45 000 nouvelles contaminations et 15 000 décès liés au VIH/SIDA comptant pour l'année 2002. L'Europe Occidentale quant à elle totalisait 570 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA. 30 000 nouvelles contaminations et 8 000 décès liés au VIH/SIDA ont été recensés pour le compte de l'année 2002 (27). La mortalité liée au SIDA, n'a cessé de diminuer grâce à la mise à disposition à grande échelle du traitement antirétroviral.

C'est ainsi que l'on a dénombré au titre de l'année 2003, 1.6 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 80 000 nouveaux cas et 18 000 personnes décédées du fait du SIDA (40).

Il faut noter que dans ces pays, les couches sociales les plus touchées par la maladie sont les personnes pauvres et défavorisées. Par exemple aux Etats-Unis en 2001, 64% des nouvelles contaminations ont été observées chez les « *Africaines-américaines* » (27). En France également, l'Institut de Veille Sanitaire a attribué la majorité des cas de VIH/SIDA aux « *Africaines-françaises* ».

Concernant toujours ces pays riches, l'infection VIH/SIDA suit les réseaux de la pauvreté, de la prostitution, de la drogue injectable. La transmission par les drogues injectables était la plus répandue, mais on observe ces dernières années une hausse des transmissions par voie sexuelle avec un nombre croissant des cas d'infections sexuellement transmissibles (39).

L'avènement de la trithérapie a créé un tel relâchement au niveau de la prévention, qu'on pourrait observer dans les prochaines années une réapparition de l'épidémie.

I-7 Le SIDA en Amérique Latine et aux Caraïbes.

On estime à 1.94 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans cette partie du monde. En 2002, on a compté 210 000 nouvelles contaminations par le VIH/SIDA et 102 000 décès liés au VIH/SIDA. En 2003, on dénombrait 2 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 200 000 nouvelles contaminations et 100 000 décès dus au VIH (40).

Dans cette région du monde, l'épidémie n'évolue pas de la même manière suivant les pays. Aux Caraïbes, on a enregistré des taux de prévalence d'environ 2%. Mais les taux de prévalence relativement faibles de certains pays d'Amérique Centrale et d'Amérique du Sud masquent l'existence de foyers cachés de l'épidémie.

I-8 Le SIDA en Australie et en Nouvelle-Zélande (27), (40).

Cette région du monde ne connaît pas encore de graves épidémies, mais on y observe une augmentation des taux d'infections par les rapports sexuels et des infections sexuellement transmissibles.

En Australie et en Nouvelle-Zélande, on dénombre de nos jours, 15 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA **(40)**. L'année 2002 a enregistré 500 nouvelles infections et 850 nouveaux cas pour l'année 2003. Le nombre de décès du fait du VIH n'a pas varié de façon sensible de 2002 à 2003 et est de l'ordre de moins de 100 décès.

II/ MODES DE TRANSMISSIONS DU VIH/SIDA.

Le virus du SIDA est un virus exclusivement humain. Le VIH-1 et le VIH-2 suivent les mêmes modes de transmissions.

Le virus a été isolé dans tous les liquides biologiques du corps humain. On le trouve en quantité significative dans les liquides biologiques tels que le sang, le sperme, les sécrétions vaginales. Sa présence dans les autres produits biologiques que sont la salive, les larmes, les selles, les urines, le liquide céphalorachidien, le lait maternel, est de très faible quantité, si bien que cela ne représente pas un risque de transmission dans la vie quotidienne. **(35), (4)**

Cependant, trois principaux modes de transmission sont retenus :

- ❖ La transmission sexuelle ou transmission horizontale.
- ❖ La transmission sanguine.
- ❖ La transmission périnatale ou transmission verticale.

II -1 La transmission sexuelle ou transmission horizontale

La transmission du VIH par voie sexuelle est de loin la plus répandue. Près de 80% des cas de séropositivité sont dus à ce mode de transmission **(8)**. La contamination se fait au cours des rapports homosexuels ou hétérosexuels non protégés par un préservatif et par l'intermédiaire des muqueuses, à partir des sécrétions génitales ou rectales contaminées ainsi que du sang infecté provenant des microtraumatismes.

En Afrique, c'est la transmission hétérosexuelle qui est la plus répandue. Sur les autres continents, en plus de la transmission hétérosexuelle, celle homosexuelle est non négligeable.

II-1-1- La transmission homosexuelle.

Ce mode de transmission représente historiquement et numériquement jusqu'en 1991, la première modalité de contamination aux Etats-Unis et en Europe. Elle concernait surtout les homosexuels masculins **(9)**.

Les facteurs favorisant la propagation de l'infection parmi la population homosexuelle sont : **(9)**

- Les partenaires multiples.
- Les partenaires atteints ou porteurs du VIH/SIDA.
- La sodomie.
- Les infections de la muqueuse anorectale.
- La promiscuité.
- Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles.
- L'héroïnomanie associée.

II-1-2 La transmission hétérosexuelle.

L'Afrique apparaît comme le continent qui réunit le maximum de conditions favorisant la dissémination hétérosexuelle de la maladie.

La transmission sexuelle du VIH est plus forte de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Ce qui veut dire que dans les couples hétérosexuels, la femme est la plus exposée. Cela est dû à la constitution biologique même de la femme : muqueuse vaginale très fragile, donc offerte aux microtraumatismes, abondance des sécrétions vaginales.

Les conditions favorisantes de la transmission hétérosexuelle sont : **(35), (9)**

- Les ulcérations génitales dues aux IST peuvent accroître de 300% le risque d'infection par le VIH.
- Les rapports sexuels multiples.
- La fréquentation des prostitués.
- La prostitution.
- Les partenaires multiples.
- Les rapports sexuels pendant les menstrues chez un couple hétérosexuel dont le partenaire féminin est infecté par le VIH.

- Le stade clinique de l'infection : un patient développant le SIDA, est plus contagieux qu'un séropositif asymptomatique.
- La sodomie : ce type de rapport présente la probabilité la plus élevée de transmission parmi les rapports à risque parce que la muqueuse anale est très fragile et très vascularisée
- Les rapports buccogénitaux possibles en cas de gingivites.

II-2 La transmission sanguine

La transmission sanguine concerne le sang et les dérivés du sang. Il y a plusieurs modes de transmission par le sang :

II-2-1 La transmission par transfusion.

Il s'agit des cas où une personne est transfusée avec du sang ou des produit sanguins contaminés par le VIH.

Les hémophiles ont payé un lourd tribut à l'infection par le VIH car les produits sanguins substitutifs qui leur étaient destinés, provenaient des pools de donneurs parmi lesquels figuraient des séropositifs. Mais depuis 1983, tous les produits sanguins destinés à la transfusion subissent systématiquement des tests de dépistage du VIH et une sensibilisation virale est opérée pour une sécurité optimale. (16)

Mis à part les hémophiles, les transfusés sont également concernés. Le risque transfusionnel était très élevé en Afrique plus qu'en Europe et aux Etats-Unis. De nos jours, des efforts sont faits dans les centres urbains de transfusion sanguine pour un dépistage automatique de tout don de sang.

II-2-2 La transmission en milieu de soins ou transmission nosocomiale.

Dans le temps surtout en Afrique, le risque de contamination en milieu de soins était, autant pour les patients que pour le corps soignant une réalité. Les seringues mal stérilisées, contaminées et réutilisées pour des patients sains sont des facteurs de contamination. Il y'a également le risque de contamination chez les sages femmes, les accoucheuses et maeticiens qui n'utilisent pas de gants lors des accouchements.

De nos jours, l'utilisation de seringues et aiguilles individuelles à usage unique, a quasiment annulé ce risque en milieu hospitalier.

II-2-3 La toxicomanie par voie intraveineuse (33).

Cela passe par la réutilisation de seringues et d'aiguilles usagées et non stérilisées.

II-2-4 La transmission par d'autres instruments piquants (16), (33).

Ce mode de contamination concerne les objets souillés, usagés ou d'utilisation quotidienne. Il peut s'agir d'une piqûre accidentelle ou non.

On peut citer :

- Les instruments servant à percer la peau : aiguilles d'acupuncture non stérilisées, les instruments servant à percer les oreilles, les instruments de piercing, les lames des coiffeurs et barbiers, les instruments d'excision, de scarification, de circoncision, de tatouages...
- Les instruments de soins corporels : il s'agit des ciseaux, des pinces de manucure et pédicure.
- Autres : tout autre instrument piquant et souillé peut transmettre le VIH.

II-3 La transmission par transplantation d'organes (16)

La transmission par transplantation d'organe se passe quand le donneur est séropositif. La transmission peut se faire à partir de l'organe transplanté porteur du VIH. Pour éviter ces faits, avant toute greffe d'organe, le risque de contamination doit être éliminé.

II-4 La transmission périnatale ou transmission verticale. (16), (58)

La transmission périnatale est la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant. Trois possibilités sont à envisager :

- **La contamination pendant la grossesse** par voie transplacentaire entre la 34^{ème} et la 36^{ème} semaine de gestation.
- **La contamination pendant l'accouchement** : ce mode de contamination reste faible.
- **La contamination par l'allaitement maternel.** C'est pourquoi toute mère séropositive a l'interdiction absolue d'allaiter son enfant.

Il faut noter que le risque de transmission de la mère à l'enfant est de 25% pour le VIH-1 et de 1% pour le VIH-2.

II-5 Voies de transmissions discutées (33)

En plus du fait que la quantité du VIH dans la salive, les larmes, les urines soit en général faible, il n'y a aucunes preuves épidémiologiques que ces sécrétions biologiques puissent transmettre le virus.

Concernant les contacts oraux au cours des rapports sexuels homosexuels et hétérosexuels, il ne semble pas que cela puisse constituer un risque supplémentaire de contamination sauf dans les cas de lésions buccales où il peut y avoir un risque potentiel.

CHAPITRE III / LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE.

I / SYSTEMATIQUE.

Le VIH-1 et le VIH-2 appartiennent à la famille des Rétrovirus et à la sous-famille des *Lentivirinae*. (4)

II / ORGANISATION MORPHOLOGIQUE ET GENOMIQUE DU VIH **(9), (47).**

Le VIH-1 est une particule virale qui, à maturité mesure 90 à 120 nanomètres de diamètre et est entourée d'une enveloppe externe lipidique de 100 nanomètres d'épaisseur.

Enfermée dans une enveloppe protéique, l'appareil génétique appelé nucléoïde ou « **core** » possède deux brins identiques d'ARN. Chaque brin possède une enzyme appelée **Transcriptase inverse** ou **transcriptase reverse** (cf annexes p112). Cette enzyme intervient dans la réplication virale du virus.

Le VIH-2 ne diffère d'avec le VIH1 que par quelques protéines et la présence de spicules à la surface du VIH-2, qu'on ne retrouve pas forcément à la surface du VIH-1.

Le génome du VIH1 comporte trois gènes principaux :

- Les gènes de structure ***gag*** codent pour les protéines de la nucléocapside ou core viral.
- Les gènes de structure ***pol*** codent pour la transcriptase inverse.
- Les gènes de structure ***env*** codent pour les protéines d'enveloppe.

A part ces trois gènes, il existe d'autres gènes complémentaires possédant diverses fonctions.

III / LES CELLULES CIBLES DU VIH ET LE CYCLE **DE REPLICATION VIRALE.**

III-1 Les cellules cibles du VIH. (9)

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine est un virus intracellulaire obligatoire. L'infection débute par la fixation des particules virales sur les récepteurs membranaires des cellules cibles que sont les molécules CD₄.

Les cellules cibles sont :

- Les lymphocytes T-Helper.
- Les cellules de la lignée monocyttaire et macrophagique encore appelées les lymphocytes T₄.
- Les cellules folliculaires dendritiques ganglionnaires.
- Les cellules thymiques de la rate, les cellules des ganglions lymphatiques, les cellules de Langherans épidermiques.

III-2 le cycle de réplication virale du VIH (9), (55).

Le cycle de réplication virale du VIH comporte plusieurs étapes (cf annexes p113). Une fois la **fixation** du virus au récepteur CD4 de la cellule cible réalisée, le virus **pénètre** dans la cellule ôte et il s'opère une **fusion** entre la membrane virale et la membrane cellulaire. La nucléocapside du virus est libérée dans le cytoplasme de la cellule infectée. La **transcriptase inverse** convertit immédiatement l'ARN viral en ADN double brin appelé ADN proviral.

L'ADN proviral opère une **migration** jusque dans le noyau de la cellule infectée où se fera au hasard son **intégration** dans le génome cellulaire, grâce à une enzyme appelée '**intégrase**'. A partir de cet instant, une période silencieuse plus ou moins longue s'écoule. C'est la phase silencieuse de l'infection.

Sous l'action de stimuli exogènes, il se produit une **activation** pour la poursuite de la réplication. Cette activation se traduit par la **transcription** du génome viral en ARN et une **synthèse** de protéines virales. Ces protéines virales et l'ARN se rassemblent à la surface de la cellule et des particules virales se forment puis sortent par **bourgeonnement** pour infecter d'autres cellules saines.

IV / VARIABILITE GENETIQUE DU VIH. (4)

La variabilité génétique du VIH, réside dans le fait qu'une même souche virale peut donner des souches variables de l'une à l'autre.

La variabilité concerne le génome mais aussi les propriétés biologiques (réplication, effet cytopathogène.)

V / HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A VIH. (38), (25)

L'évolution de l'infection à VIH peut se diviser en trois phases.

V-1 La phase d'invasion ou primo-infection ou phase aiguë.

Elle dure de quelques semaines à quelques mois. Après une période silencieuse de durée variable, l'antigénémie et la virémie plasmatiques augmentent à des taux considérables, témoignant d'une réplication virale intense. On observe une chute brutale des lymphocytes CD₄, une apparition des anticorps spécifiques et une diminution de la réplication virale. Ce qui témoigne de l'efficacité de la réponse immunitaire spécifique.

V-2 La phase chronique asymptomatique.

Elle dure plusieurs années et est cliniquement asymptomatique. Les anticorps spécifiques sont à des titres élevés et la réplication virale est faible. Le déclin des CD₄ est lentement progressif.

V-3 La phase symptomatique ou stade de 'pré-SIDA' et 'SIDA'.

Elle dure de quelques mois à peu d'années. On note une fréquente réapparition de l'antigénémie p24 et une augmentation de la charge virale. La chute des lymphocytes CD₄ ($\leq 200 / \text{mm}^3$) s'accélère.

CHAPITRE IV/ LES MANIFESTATIONS DU SIDA.

Le SIDA est une infection évolutive et chronique. Elle a une issue fatale. Le virus, une fois dans le corps, s'attaque au système immunitaire de l'organisme et l'expose ainsi à divers agents pathogènes responsables des maladies opportunistes.

La maladie évolue en trois principaux stades ayant des manifestations différentes. Il faut noter que le SIDA n'a pas une manifestation standard chez tous les individus atteints. Les manifestations sont souvent différentes d'un patient à l'autre.

I/ LA PRIMO-INFECTION OU PHASE D'INVASION.

La phase d'incubation qui sépare le moment de la contamination du début de la primo-infection est en général de quatre à six semaines parfois moins **(16)**.

La primo-infection correspond à la période de la séroconversion, c'est à dire à l'apparition des anticorps anti-VIH dans l'organisme et à la dissémination du VIH dans les organes lymphoïdes centraux **(16)**.

Dans la majorité des cas, la primo-infection est asymptomatique. Cependant, dans un cas sur quatre, on note une phase aiguë avec les symptômes suivants : mononucléose de début brutal, fièvre pouvant durer un mois, malaise général, anorexie, céphalées, courbatures, douleurs musculaires, éruption cutanée, arthralgie, adénomégalie cervicale et axillaire.

Quelle que soit la sévérité de la primo-infection, les symptômes disparaissent en deux à trois semaines **(4)**.

II/ LA PHASE CHRONIQUE OU PORTAGE ASYMPTOMATIQUE.

La phase chronique dure de quelques années à plusieurs années, pouvant aller jusqu'à 10 ans et plus **(16)**.

Cette phase comme son nom l'indique est asymptomatique dans la plus grande majorité des cas. Durant cette phase, la quantité du virus augmente ainsi que les anticorps. Le nombre de lymphocytes CD₄ diminue progressivement mais reste longtemps supérieur à 400/mm³ avant de chuter jusqu'à un chiffre inférieur à 200/mm³ **(4), (16)**.

Dans la moitié des cas, les patients développent un syndrome de lymphadénopathie généralisée persistante.

III/ LA PHASE SYMPTOMATIQUE OU PHASE DE PRE-SIDA ET SIDA (4), (33).

III-1 La phase de pré-SIDA.

Cette phase comprend les sous-groupes IV_A, IV_{B2}, IV_{C2} et IV_E.

- Le sous-groupe IV_A se traduit par une perte de poids involontaire supérieure à 10% du poids de base, une fièvre persistante depuis plus d'un mois, une diarrhée persistante de plus d'un mois.
- Le sous-groupe IV_{B2} réunit les atteintes neurologiques périphériques à type de neuropathies périphériques et d'atteintes musculaires.
- Le sous-groupe IV_{C2} regroupe les infections opportunistes dites « mineures ». Ce sont : la leucoplasie chevelue, le zona, les septicémies récidivantes à salmonella mineures, la nocardiose (affection respiratoire), la tuberculose, les candidoses oro-pharyngées chroniques.
- Le sous-groupe IV_E regroupe les signes cliniques ou affections ne faisant partie d'aucun groupe ou sous-groupe.

III-2 La phase de SIDA.

La phase de SIDA regroupe les sous-groupes IV_A, IV_{B1}, IV_{C1}, IV_D.

- Le sous-groupe IV_A : nous l'avons déjà vu dans la phase de pré-SIDA.
- Le sous-groupe IV_{B1} : on y rencontre des atteintes neurologiques centrales avec des méningites, des encéphalites, des myélopathies.
- Le sous-groupe IV_{C1} regroupe les infections opportunistes dites « majeures ». On y retrouve :
 - La pneumopathie à *Pneumocystis carinii* se traduisant par une toux sèche et une dyspnée d'effort pouvant aller jusqu'à l'insuffisance respiratoire aiguë.

- La cryptosporidiose digestive chronique due au genre *Cryptosporidium*. Elle se manifeste par une diarrhée aqueuse avec des crampes et des douleurs abdominales pouvant conduire à la déshydratation.
 - La toxoplasmose due au genre *Toxoplasma* avec des atteintes cérébrales, oculaires et pulmonaires.
 - L'isosporeose est une infection entraînant de la diarrhée aqueuse chronique avec anorexie et des douleurs abdominales.
 - La candidose œsophagienne, mycose très fréquente.
 - La cryptococcose qui est une infection ayant des manifestations allant des simples céphalées, au coma fébrile.
 - Les mycobactérioses atypiques dues au genre *Mycobacterium* sont des infections qui touchent la moelle, le sang, la rate, les ganglions, le foie, le tube digestif et les poumons.
 - Les infections à cytomégalovirus causant des rétinites, des troubles gastro-intestinaux, des encéphalites, des pneumopathies.
 - L'herpès cutanéomuqueux.
- Le sous-groupe D regroupe les cancers secondaires tels que le sarcome de Kaposi. Le syndrome de Kaposi est une manifestation tumorale touchant près de 80% des patients atteints de SIDA. Il se manifeste par des lésions cutanées indolores non prurigineuses, des atteintes au niveau de la cavité buccale et des régions ano-rectales, des localisations au niveau du tube digestif (douleurs, saignements), des localisations au niveau des poumons (toux et dyspnée), des atteintes du foie, du cœur, de la vessie et des atteintes ganglionnaires.

CHAPITRE V / DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH.

Les principaux objectifs des tests de VIH sont : **(42)**

- ❖ Le contrôle des dons de sang, de lait maternel, d'organes, de tissus, de cellules, de sperme. Le dépistage est systématique et obligatoire.
- ❖ La Surveillance épidémiologique de la prévalence et des tendances de l'infection à VIH.
- ❖ Le diagnostic même de l'infection que nous développerons plus loin.

Le premier test positif ne peut pas être considéré comme sûr et doit être confirmé par des tests supplémentaires.

Le test de dépistage volontaire du VIH est entouré d'entretiens avec des spécialistes avant et après le test. Une consultation-conseil est faite et une prise en charge avant et après le test est assurée. Quel que soit le résultat, le médecin s'entretient avec le malade pour qu'il se prenne lui-même en charge **(42)**.

Le diagnostic de l'infection à VIH, est basé le plus souvent sur le dépistage des anticorps anti-VIH que fabrique l'organisme pour se défendre contre le virus **(42)**. D'autres tests sont basés sur la culture virale. Les anticorps apparaissent dans l'organisme entre 3 et 8 semaines après l'infection ; c'est l'intervalle entre l'infection et l'apparition des anticorps décelables.

Chez le nourrisson, plusieurs facteurs peuvent affecter le diagnostic précoce. Ce sont **(36)** :

- Le moment de l'infection.
- Le dysfonctionnement de l'état immunitaire des nourrissons du à l'endommagement des lymphocytes B.
- Le transfert passif dans l'utérus des anticorps anti-VIH maternels (Ig G).
- L'allaitement.

I/ LES CIRCONSTANCES DU DEPISTAGE. (4)

Le dépistage peut être volontaire ou conseillé par un agent de santé.

Il est conseillé dans les cas suivants :

- lors d'un examen prénuptial.
- lors de la surveillance d'une grossesse.
- lors d'examens préopératoires.
- au cours d'un bilan pathologique du genre IST et Hépatite B virale.
- au cours du bilan d'un professionnel ayant été exposé à l'inoculation de produits pathologiques.
- lors d'une symptomatologie évocatrice d'infection à VIH.

N.B : la liste ci-dessus n'est pas exhaustive.

Des centres anonymes de dépistage existent où l'on peut se faire dépister soit gratuitement, soit pour une somme symbolique sans que vous soit demandée une quelconque information sur votre identité. Les personnes sont répertoriées par des numéros.

Les résultats sont confidentiels et le secret médical doit être scrupuleusement respecté.

II/ LE DEROULEMENT PRATIQUE DE LA SEROLOGIE. (4), (25)

Une fois que le patient est d'accord pour le test de dépistage, il passe au laboratoire pour le prélèvement de sang.

Le laboratoire effectue le test de dépistage qui est de type **ELISA** (nous le verrons plus loin) selon deux réactifs différents. En cas de positivité, un autre réactif est réalisé. C'est le **Western Blot** qui est un test de confirmation. Ce test de confirmation peut être spécifique pour déterminer le type de VIH en présence.

Le Western blot de confirmation doit être obligatoirement réalisé sur un prélèvement différent de celui du test de dépistage pour écarter les éventuels erreurs du laboratoire.

III/ LES DIFFERENTS TYPES DE TESTS (4), (45), (9), (56), (25).

III-1 Le diagnostic sérologique ou diagnostic indirect.

Les tests sont effectués sur du sérum. Il y'a deux types de tests :

- Les tests de dépistage.
- Les tests de confirmation.

III-1-1 Les tests de dépistage.

III-1-1-1 Les tests ELISA : Enzym Linked Immuno Sorbent Assay.

Les tests ELISA utilisent des techniques immuno-enzymatiques où les antigènes viraux se fixent sur un support solide. Cette réaction peut être caractérisée de différentes manières selon le test ELISA en présence.

Les tests ELISA sont les plus efficaces pour ce qui concerne les centres qui dépistent de grands échantillons par jour. Ils sont recommandés dans les banques de sang et dans les études de surveillance épidémiologique.

Pour un résultat fiable, il faut utiliser un matériel bien entretenu et disposer d'un personnel doué d'une compétence technique.

Il existe plusieurs sortes de tests ELISA classés en fonction de :

- l'antigène avec des tests de 1^{ère} génération, 2^{ème} génération, 3^{ème} génération.
- du mode de révélation de l'anticorps : ELISA indirect, ELISA par compétition, ELISA sandwich.

Les tests ELISA sont des tests très sensibles, mais qui peuvent être peu spécifiques.

III-1-1-2 Les tests simples et rapides.

Ces tests sont dits rapides parce qu'on les réalise en moins de 10 minutes. Ils sont simples car ils sont de conservation longue et ne nécessitent pas forcément du matériel spécial et des compétences particulières. Ils peuvent s'utiliser sur du sérum, du plasma ou du sang complet.

Les tests rapides sont des tests d'agglutination et d'immuno-filtration simples. Ils pourraient être indiqués dans les pays en développement mais ils sont coûteux. Ils sont utilisés pour le diagnostic en urgence.

Les tests simples et rapides peuvent cependant manquer de sensibilité et de spécificité.

III-1-2 Les tests de confirmation.

Les tests de confirmation sont des tests plus spécifiques que les tests de dépistage. Ils permettent de déceler les anticorps spécifiques anti-VIH-1 et anti-VIH-2.

III-1-2-1 Le Western Blot.

Ces tests sont assez chers. Cependant, ce sont des tests de confirmation très spécifiques, qui nécessitent de l'expérience pour leur interprétation.

III-1-2-2 Le RIPA : Radio-Immuno-Précipitation-Assay

La radio-immuno-précipitation, est un test difficile à standardiser. Il est réservé aux laboratoires spécialisés cultivant le virus et ayant une autorisation d'utiliser des produits radioactifs. Ces tests peuvent prendre huit jours pour obtenir un résultat. Ils sont plus sensibles que le Western Blot.

III-1-2-3 Les tests de confirmation de 2^{ème} génération.

Les tests de confirmation de 2^{ème} génération sont encore appelés LIA : Line Immunoassay. Ces tests utilisent des protéines recombinantes et/ou des protéines synthétiques du VIH-1 et du VIH-2. Ils disposent d'excellentes spécificité et sensibilité.

III-2 Le diagnostic direct.

Il y'a trois sortes de diagnostic direct.

III-2-1 L'antigénémie p24.

Ce test sert à détecter l'antigène circulant p24. Il est réalisé par test ELISA. Le résultat positif est confirmé par un test de confirmation.

Ce test permet de détecter l'infection avant la séroconversion.

III-2-2 La culture lymphocytaire du VIH.

Ce test consiste à isoler le virus à partir des lymphocytes du sang périphérique. Les virus isolés sont activés par co-culture avec les lymphocytes de donneurs séronégatifs. C'est une technique délicate et coûteuse. Il faut un équipement élaboré et un personnel hautement qualifié.

III-2-3 Détection des antigènes nucléiques viraux.

L'examen utilisé est l'amplification par polymérisation en chaîne ou PCR (Polymerase Chain Reaction).

III-3 Les tests de dépistage à domicile. (42)

Ce sont des tests simples et rapides associés à des méthodes faciles de prélèvement. Il y'a deux modalités :

- La trousse de prélèvement à domicile.
- Le test à domicile à faire soi-même.

III-3-1 La trousse de prélèvement à domicile.

L'intéressé prélève quelques gouttes de sang au doigt. L'échantillon est envoyé par courrier à un centre de dépistage. Le résultat est livré par téléphone. En cas de test négatif, un message enregistré explique au patient le résultat et ses conséquences. Dans le cas où le résultat serait positif, un conseiller qualifié s'adresse directement au patient pour le prendre en charge.

Le test est anonyme, seul le numéro de la trousse de prélèvement permet l'identification du patient.

III-3-2 Le test à domicile à faire soi-même. (63)

Les résultats sont instantanés et les tests peuvent être effectués par le patient lui-même.

Les tests de dépistage à domicile ne sont pas encore autorisés dans nos pays. Le dépistage du VIH-SIDA est exclusivement réservé aux structures de santé et doit être fait par du personnel habilité à le faire.

N.B : Chez le nourrisson, les tests de diagnostic les plus efficaces sont les tests de diagnostic direct à savoir l'antigénémie p24 et la co-culture lymphocytaire **(36)**.

CHAPITRE VI / TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH

Le traitement du SIDA continue d'alimenter le monde de la recherche car le traitement curatif et efficace contre le VIH n'est pas encore une réalité. Cela est rendu d'autant plus difficile du fait de la vitesse de multiplication et de la variabilité génétique extraordinaires du VIH qui lui permettent au VIH de défier le système immunitaire et de résister aux antirétroviraux (14).

I/ HISTORIQUE. (9)

La première molécule dont l'activité antirétrovirale ait été prouvée est la zidovudine dont le nom chimique est le 3'azido-3'déoxythymidine ou AZT. Elle fut commercialisée sous le nom de RETROVIR® en novembre 1984. Son action sur le VIH fut prouvée en 1985. L'AZT a obtenu son AMM en mars 1987.

Depuis, plusieurs autres molécules antirétrovirales virent le jour et les recherches se poursuivent.

II/ LES DIFFERENTS TYPES D'ANTIRETROVIRAUX

Les ARV sont regroupés selon leurs modes d'action (59). Nous avons :

- les inhibiteurs de la transcriptase inverse qui comprennent les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.
- Les antiprotéases.

II-1 Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse. (19,55)

Les INTI sont des analogues des nucléosides naturels qui sont : la thymidine, la cytidine, la didanosine, la guanidine. Ils sont inactifs à l'état naturel mais, actifs après une triple phosphorylation par des enzymes cellulaires.

La triphosphorylation donne de faux nucléosides qui, une fois intégrés dans la chaîne d'ADN en formation, en bloquent la polymérisation et de là, la synthèse de l'ADN pro-viral. Ainsi la réplication du VIH est inhibée.

Nous avons dans le **tableau II** les différents analogues nucléosidiques et dans le **tableau III** les associations. La liste des associations n'est pas exhaustive car les recherches se poursuivent en vue de trouver de nouvelles associations.

II-2 Les inhibiteurs non nucléosidiques de transcriptase inverse (19), (55).

Les INNTI n'ont pas besoin de triphosphorylation pour être actifs. Ils ont une action directe sur la transcriptase reverse ; Ils ne sont actifs que sur le VIH-1 uniquement (55).

Le **tableau IV** regroupe les différents INNTI.

Tableau II : Différents inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.

Nucléoside naturel	Analogues nucléosidiques (nom chimique)	DCI	Noms de spécialité
Thymidine	3'-azido-3'déoxythymidine (AZT)	Zidovudine	RETROVIR®
	3'deoxy-2',3'didéhydrothymidine (D4T)	Stavudine	ZERIT®
Cytidine	2',3'-didéoxycytidine (DDC)	Zalcitabine	HIVID®
	3'-thio-2'-déoxycytidine (3TC)	Lamivudine	EPIVIR®
Adénosine	Didéoxyadénosine (DDI)	Didanosine	HIVID®
Guanidine	Abacacir	Abacacir	ZIAGEN®

Tableau III : Associations d'inhibiteurs nucléosidiques avec d'autres antirétroviraux.

Composition	Spécialités
Zidovudine+lamivudine	COMBIVIR®
Zidovudine+lamivudine+abacacir	TRIZIVIR®

Tableau IV : Différents types d'inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase Inverse.

DCI	SPECIALITE
Delavirdine	RECRITOR [®]
Efavirenz	SUSTIVA [®] STOCRIN [®]
Névirapine	VIRAMUNE [®]

II-3 les inhibiteurs de la protéase ou antiprotéases (19), (55).

La protéase du VIH est une enzyme qui intervient dans le clivage protéolytique des polypeptides viraux, précurseurs des protéines associées au VIH infectieux. Les IP agissent au niveau du site de clivage protéolytique en se fixant de manière reverse, provoquant du même coup l'inhibition du clivage. L'inhibition du clivage entraîne la formation de particules virales immatures et non infectieuses.

Nous avons dans le **tableau V** les différentes antiprotéases.

Tableau V : Différents types d'antiprotéases.

DCI	SPECIALITES
Indinavir (IDV)	CRIXIVAN [®]
Nelfinavir (NLFV)	VIRACEPT [®]
Ritonavir (RTV)	NORVIR [®]
Saquinavir (SQV)	FORTOVASE [®] INVIRASE [®]
Amprénavir	AGENERASE [®]

Les antirétroviraux sont pris en association pour éviter les échecs thérapeutiques et les résistances. La trithérapie est le schéma le plus utilisé à l'heure actuelle (34).

III/ MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

III-1 Quand débiter le traitement ? (26)

Il est conseillé de débiter le plus tôt possible le traitement antirétroviral car le virus se multiplie à très grande vitesse dans l'organisme.

Les objectifs du traitement antirétroviral sont :

- Abaisser au maximum la charge virale.
- Prévenir la sélection de souches résistantes.
- Restaurer ou maintenir la fonction immunitaire.
- Améliorer l'état clinique du patient.
- Trouver un schéma thérapeutique propre à chaque patient, pour augmenter les chances à l'observance.

Il faut proposer d'instaurer le traitement aussi bien chez les patients symptomatiques que chez les patients asymptomatiques, cela en fonction de plusieurs critères.

Le traitement est recommandé chez les patients symptomatiques quelque soit le chiffre de CD₄ et de la charge virale.

Chez les patients asymptomatiques, le traitement est recommandé dans les cas suivants :

- CD₄ > 500 et charge virale élevée.
- CD₄ < 500 et quelque soit la valeur de la charge virale. Dans ce cas, il faut ajouter une prophylaxie des infections opportunistes si les CD₄ sont inférieurs à 200/mm³.

La mise en route du traitement antirétroviral nécessite des examens de laboratoire. Il s'agit de la mesure des CD₄ et de la charge virale. La mesure de la charge virale n'est pas indispensable d'autant plus que ce test n'est pas disponible dans pas mal de pays en voie de développement. En plus de ces résultats, d'autres examens sont demandés. IL s'agit entre autres de : La NFS, les transaminases, la créatinine, la glycémie (36).

III-2 Quel traitement proposer ? (2), (17), (34)

Le traitement initial peut être composé d'un traitement dit de première intention ou d'un traitement dit de deuxième intention.

❖ **Les traitements de première intention.**

Nous avons :

- L'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur de la protéase en premier choix.

Le **tableau VI** montre les différents schémas thérapeutiques initiaux.

Tableau VI : Différents schémas thérapeutiques initiaux.

ASSOCIATION DE DEUX INHIBITEURS NUCLEOSIDIQUES		INHIBITEURS DE LA PROTEASE	
AZT + DDI	L'une des cinq	Indinavir	L'une des trois
AZT +DDC			
AZT +3TC		Nelfinavir	
D4T +DDI			
D4T +3TC		ritonavir	

- Les multithérapie moins puissantes :
 - 2 inhibiteurs nucléosidiques + saquinavir (inhibiteur protéique).
 - 2 inhibiteurs nucléosidiques + 1 inhibiteur non nucléosidique.
 - 3 inhibiteurs nucléosidiques.
- Les bithérapies : deux inhibiteurs nucléosidiques.
- Les monothérapies sont déconseillées.

❖ Les traitements de seconde intention.

Ce sont les traitements proposés lors d'un échec obtenu avec un premier traitement. Les différentes stratégies thérapeutiques proposées sont inscrites dans le **tableau VII**.

Tableau VII : Schémas thérapeutiques de seconde intention.

Traitement initial	Traitement de 2 ^e intention
2 INTI	1 INTI nouveaux + 1 IP Ou 2 INTI nouveaux + 1 INNTI
2 INTI + 1 IP	2 INTI nouveaux + 1 IP nouveaux ritonavir + saquinavir + 2 INTI nouveaux 2 INTI nouveaux + 1 IP nouveau + 1 INNTI
2 INTI + 1 INNTI	2 INTI nouveaux + 1 IP

III-3 Observance et suivi du traitement. (26)

Pour obtenir une bonne observance du traitement, il faut toujours débiter le traitement avec l'avis étroit du patient. Il faut une étroite collaboration entre le médecin et son patient.

Une fois le traitement entamé, le patient doit être suivi régulièrement par une consultation mensuelle et un contrôle de laboratoire à des intervalles réguliers.

III-4 Problèmes liés au traitement antirétroviral.

Le problème majeur du traitement antirétroviral est qu'il reste cher et les produits sont en quantité insuffisante pour nos populations. Des efforts sont faits pour subventionner les antirétroviraux, mais vu le nombre de séropositifs dans nos pays, beaucoup reste à faire.

Malgré l'avènement des génériques, à peine 30 000 personnes sont sous antirétroviraux en Afrique, soit deux fois moins qu'en France **(62), (29)**. Les Nations Unies ont créé en juin 2000, un fond global pour lutter contre le VIH. Ce fond devait réunir près de dix milliards de dollars **(31)**. Mais jusqu'à présent l'ONU n'est pas parvenue à réunir cette somme qui devrait aider à l'accès au traitement antirétroviral.

Avec la trithérapie certains patients sont obligés de prendre un grand nombre de comprimés par jour (3). De plus, certains médicaments doivent être pris lors des repas, d'autres à jeun, et d'autres encore ne doivent pas s'administrer ensemble, ni avec d'autres médicaments (7). Toutes ces contraintes démotivent certains patients qui oublient certaines prises ou se trompent.

Les effets indésirables de certains produits sont très graves et obligent certains patients à arrêter ou à changer le traitement. (cf annexes p106)

IV/ LE TRAITEMENT DES MALADIES OPPORTUNISTES (50)

Le traitement des maladies opportunistes est très important dans les pays où l'accès aux antirétroviraux est très mince. Du fait des coûts élevés des antirétroviraux et des spécialités pharmaceutiques, l'accent est mis sur les médicaments essentiels et génériques.

V/ LES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES. (27), (38)

V-1 L'alimentation du séropositif.

Les avantages d'une alimentation saine et équilibrée sont :

- Le prolongement du temps de latence entre l'infection et le développement de la maladie.
- L'amélioration de la qualité de vie de ceux qui développent déjà la maladie.
- La limitation de la perte de poids.
- Le remplacement des vitamines et des sels minéraux perdus.
- La diminution des troubles métaboliques liés à la trithérapie.
- Le renforcement de l'effet des médicaments.
- L'optimisation des défenses immunitaires.

La personne séropositive doit avoir trois (3) repas équilibrés par jour. Ces repas lui apporteront l'énergie calorique dont ils ont besoin car leurs dépenses énergétiques au repos sont augmentées. Il leur faut des protéines, des vitamines et des oligo-éléments en quantité suffisante.

L'alimentation d'une personne séropositive doit comporter des crudités, des légumes, des fruits secs ou frais, des feuilles, des féculents, de la viande, du poisson, du jambon, des œufs, du foie, du rognon, du fromage. La liste n'est pas exhaustive.

V-2 Hygiène de la personne séropositive.

La personne vivant avec le virus doit faire attention à son hygiène. Elle doit :

- Vérifier les dates limites de consommation et les températures de conservation des produits alimentaires.
- Garder au réfrigérateur les produits devant l'être.
- Se laver les mains au savon avant et après les repas,
- Laver soigneusement les fruits et légumes,
- Consommer la viande, le poisson, les fruits de mer, et les œufs bien cuits,
- Bien laver la vaisselle,
- Garder le réfrigérateur propre et le désinfecter chaque semaine,
- Ne jamais recongeler les produits décongelés,
- Boire de l'eau saine,
- Avoir un environnement sain et propre,
- Avoir une bonne hygiène corporelle et vestimentaire.

Toutes ces mesures que nous avons évoquées ne seront pas faciles à exécuter chez nos populations car il faut un minimum de moyens pour avoir trois repas par jour et l'eau potable n'est pas accessible à tous.

VI/ LE FUTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL. (8)

La recherche clinique pour trouver de meilleurs médicaments que ceux déjà existants est à la recherche de nouvelles cibles pour contrecarrer le VIH. Actuellement, les recherches se tournent vers l'entrée et l'intégration du virus dans la cellule cible.

L'intégrase est une enzyme qui permet l'insertion des éléments viraux dans les chromosomes des cellules hôtes. Elle est indispensable à la réplication virale. Deux classes d'inhibiteurs de l'intégrase font actuellement l'objet d'études. Il s'agit des styrilquinoléines (SQL) et des acides β -dicétoniques (ADC). Les premiers auraient une action inhibitrice directe sur l'intégration et les seconds auraient une action sur une phase pré-intégrative dans le domaine catalytique de l'intégrase.

Concernant les inhibiteurs d'entrée, la recherche d'inhibiteurs des CD₄ n'a pas encore donné de résultats exploitables. Il existe des corécepteurs entre la gp120 du virus et le récepteur CD₄ de la cellule cible qui permet un premier contact entre le virus et la cellule hôte. Des recherches sont en cours pour trouver des antagonistes de ces corécepteurs.

Les recherches sur l'étape de fusion ont permis de trouver deux molécules : le T₂₀ et le T₁₂₄₉. Ces molécules sont toujours en essai.

Mis à part le domaine biomédical, un intérêt croissant est porté sur les remèdes traditionnels.

CHAPITRE VII / PREVENTION DES IST/SIDA.

La prévention des IST/SIDA passe par l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre les IST/SIDA adaptés à chaque pays.

La lutte contre le SIDA doit faire intervenir toutes les franges de la société. Pour cela, il faut informer et éduquer les populations en fonction des communautés à risques : jeunes, prostituées, toxicomanes, femmes enceintes etc **(13), (43)**. L'information doit porter sur les modes de transmission du virus, les comportements à risques et les moyens de prévention.

Les jeunes de moins de 25 ans sont les plus touchés. Des études ont montré que les adolescents à qui l'on a conseillé l'utilisation du préservatif ont moins de rapports sexuels que les autres. Ceux ayant reçu des informations sur le SIDA, et ayant déjà une activité sexuelle ont moins de rapports sexuels que ceux qui n'en ont pas eu. Les jeunes informés sur le SIDA, avant d'être sexuellement actifs, ont leur premier rapport sexuel plus tard et moins de partenaires sexuels que ceux qui n'étaient pas informés avant leur première expérience sexuelle **(13)**.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, la lutte contre le SIDA a besoin de l'intervention de tous les secteurs socio-économiques. Les tradipraticiens constituent un potentiel à ne pas négliger **(46)**.

Plan multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (39).

Lors de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001, un cadre de responsabilité nationale et internationale a été mis en place pour lutter contre le fléau qu'est le SIDA. Ce cadre de responsabilité libellé en plan multisectoriel de lutte contre le SIDA 2001-2005 interpelle chaque gouvernement à tout mettre en œuvre pour réaliser des objectifs dans le sens de la prévention, de la prise en charge, du soutien, du traitement, de l'atténuation de l'impact et des enfants orphelins du VIH/SIDA.

Notre pays le Burkina Faso s'est engagé dans cette lutte de telle sorte que les programmes annuels de lutte contre le VIH/SIDA vont dans le sens de l'atteinte des objectifs fixés par l'ONU. Les programmes nationaux doivent tenir compte des réalités socio-économiques et culturelles de chaque pays.

I/ LES DIFFERENTS MOYENS DE PREVENTION EN FONCTION DES MODES DE TRANSMISSION. (12), (26)

I-1 Prévention au niveau de la transmission par la voie sexuelle. (12)

La prévention de la transmission par la voie sexuelle passe par une prise de conscience et un changement des comportements à risques. Les moyens de prévention sont les suivants :

- L'abstinence sexuelle avant le mariage est surtout conseillée chez les jeunes. Elle est considérée comme une vertu par la société et les religions.
- La fidélité réciproque dans les couples.
Ces deux voies de protection sont absolument fiables.
- L'utilisation du préservatif masculin ou capote. Ils sont efficaces s'ils sont bien utilisés. La capote est un moyen de contraception et protège à part le SIDA, contre les autres maladies sexuellement transmissibles.

I-2 La prévention au niveau de la transmission par la voie sanguine. (4), (12)

La prévention de la transmission par voie sanguine se situe à plusieurs niveaux :

- Les dons de sang, d'organes et de tous produits organiques, doivent être testés et éliminés en cas de test positif au VIH.
- Il faut éviter l'utilisation par plusieurs personnes d'objets coupants, piquants, tranchants tels que les lames de barbière, les instruments de scarification, les aiguilles de tatouage. Le cas échéant, les objets doivent être décontaminés par l'eau de javel.
- Utiliser des seringues à usage unique. Le matériel de soins doit être soigneusement décontaminé.

I-3 La prévention au niveau de la transmission mère-enfant. (12), (13)

Une femme enceinte comme nous l'avons déjà vu peut transmettre le virus à son enfant. Pour éviter cela, il est conseillé à toute femme enceinte de se faire dépister sur le VIH/SIDA. Si elle est séropositive, elle prendra de la névirapine (VIRAMUNE) pour protéger son enfant à partir du troisième mois de grossesse jusqu'à l'accouchement, puis une perfusion de névirapine au cours du travail. Le nouveau-né sera également traité à la névirapine pendant six semaines à raison de 2mg/kg/jr.

Les femmes séropositives ne doivent en aucun cas allaiter leur enfant. Elles doivent avoir recours soit à des nourrices saines, soit à des substituts de laits maternels pour nourrir leur enfant.

En matière de prévention en général, le conseil majeur est le dépistage volontaire du VIH/SIDA et l'adoption d'un comportement responsable quel que soit le résultat.

II/ LA PREVENTION EN MILIEU DE SOINS (4), (37).

La prévention en milieu de soins vise à protéger le personnel soignant et les patients. Plusieurs mesures doivent être mises en œuvre.

- Porter des gants pour manipuler des organes et des liquides biologiques, des objets ensanglantés, pour pratiquer des accouchements, pour des manipulations mortuaires.
- Manipuler les aiguilles avec prudence.
- Recueillir les objets piquants ou tranchants dans des récipients imperforables
- Utiliser du matériel d'injection jetable, à usage unique.
- Décontaminer les espaces souillés par le sang ou des sécrétions à l'eau de javel.
- Décontaminer le matériel réutilisable à l'autoclave ou par désinfection chimique.
- Ne jamais pipeter des produits biologiques à la bouche.

III/ TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE APRES EXPOSITION ACCIDENTELLE AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH (10), (36).

Ce traitement peut être conseillé dans le cas, d'une exposition au sang et à toute autre sécrétion biologique (sperme, sécrétions vaginales), préservatif déchiré au cours d'un rapport sexuel. La conduite à tenir est la suivante :

- cas de projection cutanée : nettoyer la région abondamment à l'eau et au savon, rincer et aseptiser avec du Dakin ou de l'alcool à 70° pendant cinq minutes.
- en cas de projection sur des muqueuses, laver abondamment avec de l'eau ou du sérum physiologique.
- quand on a la certitude que le partenaire, les objets manipulés ou les produits manipulés sont VIH positifs, il est conseillé de mettre la personne accidentée sous antirétroviraux pendant quatre semaines au plus tard dans les quarante huit (48) heures.

Nous avons les principaux procédés d'inactivation du VIH en annexes p105.

**B/
GENERALITES SUR LA
MEDECINE TRADITIONNELLE
RADITIONNELLE**

CHAPITRE VIII/ DEFINITIONS

Médecine traditionnelle (1) : la médecine traditionnelle est encore appelée médecine indigène ou médecine populaire. Elle se définit selon le contexte dans lequel on se trouve. La médecine traditionnelle peut être définie comme : « *La combinaison de connaissances et de pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer une maladie physique, mentale, sociale et pouvant se baser exclusivement sur l'expérience et les observations anciennes transmises de génération en génération, oralement ou par écrit.* »

En Afrique, on y ajoute : « *en tenant compte du concept originel de la nature qui inclut le monde matériel, l'environnement sociologique qu'il soit vivant ou mort et les forces métaphysiques de l'univers.* »

L'OMS a redéfini la médecine traditionnelle comme étant « l'ensemble des pratiques thérapeutiques existant souvent depuis des centaines d'années avant le développement de la médecine scientifique et étant toujours applicables aujourd'hui. Ces pratiques varient largement en accord avec l'héritage social et culturel des différents pays (OMS 1991). (1)

Tradipraticien : le tradipraticien est encore appelé tradithérapeute ou guérisseur. Pour certaines personnes, ce sont même des sorciers et des magiciens.

Le tradipraticien est la personne qui pratique la médecine traditionnelle. Il joue à la fois le rôle du médecin en diagnostiquant et en prescrivant les médicaments ainsi que le rôle du pharmacien en préparant et délivrant lui-même les médicaments prescrits (54). Le tradipraticien est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle il vit, comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des substances végétales, animales ou minérales (30).

CHAPITRE IX/ LA MEDECINE TRADITIONNELLE EN AFRIQUE

En Afrique, les populations ont toujours fait confiance à la médecine traditionnelle. On estime que plus de 80% de la population a recours à la médecine traditionnelle pour ses soins de santé aussi bien en campagne qu'en ville (28). En effet, pendant longtemps, nos peuples ne connaissaient que la médecine traditionnelle pour se soigner (45), (53). La médecine traditionnelle constitue le premier recours des populations à faibles ou moyennes ressources pour leurs soins de santé primaires (46).

Depuis la découverte du SIDA, la médecine traditionnelle était restée longtemps en marge de cette nouvelle maladie. Avec le regain actuel dont fait objet la médecine traditionnelle et dans la mesure où la médecine moderne est jusqu'à ce jour incapable de guérir le SIDA, la médecine traditionnelle trouve l'occasion de montrer ce dont elle est capable, en s'investissant dans la lutte contre ce fléau. Les guérisseurs ont cette capacité de véhiculer un message d'espoir à leurs patients, espoir dont ont besoin les malades du SIDA. C'est ainsi que dans beaucoup de pays africains, des tradipraticiens avouent pouvoir guérir le SIDA (5), (6), (57).

❖ Les avantages de la médecine traditionnelle. (1), (65).

- Elle est peu coûteuse. Ce qui est un avantage certain pour des populations à revenus faibles.
- Elle est plus accessible par rapport à la pénurie des hôpitaux et des centres de santé.
- Elle est acceptée par les populations.
- Les tradipraticiens peuvent être utilisés comme personnel de santé. Il faut pour cela, une formation sur les règles d'hygiène élémentaires, sur l'éducation sanitaire, les soins de santé élémentaires et les concepts de santé moderne. Leur intégration sera d'autant plus bénéfique qu'ils ont déjà une compétence dans la dispensation des soins curatifs, préventifs et réhabilitatifs. Ils respectent le patient dans sa valeur morale et sont habiles dans les relations humaines. Les patients sont reçus avec sympathie et sont écoutés avec patience. Ils sont efficaces dans la médecine psychosomatique et dans l'utilisation des plantes locales pour divers traitements.
- La médecine traditionnelle est une source potentielle pour de nouveaux produits.

❖ Les inconvénients de la médecine traditionnelle. (64), (5)

Les inconvénients de la médecine traditionnelle se résument dans le fait qu'il y a un manque de preuves scientifiques en faveur de son efficacité ; le diagnostic est imprécis, ce qui fait que ce sont les symptômes qui sont le plus souvent soignés plutôt que la cause du mal. Les produits sont fabriqués dans des conditions hygiéniques peu satisfaisantes. Les pratiques occultes n'ayant pas d'explication scientifique et la sorcellerie jettent la suspicion et le discrédit sur la médecine traditionnelle de la part de la médecine moderne (64), (5).

❖ La médecine traditionnelle au Burkina Faso. (30), (49), (61)

Au cours de la période précoloniale, la médecine et la pharmacopée traditionnelles assuraient les besoins de santé des populations. De nouvelles maladies, entrées dans le pays avec la colonisation ont eu un impact négatif sur cette médecine. En effet la médecine traditionnelle s'est vue relayée au second plan par rapport à la médecine moderne qui allait devenir la seule alternative pour se soigner. Les guérisseurs traditionnels allaient même se voir interdire l'exercice de leur art. Il a fallu attendre les indépendances pour que la médecine et la pharmacopée traditionnelle soient tolérées.

C'est en 1979, à l'issue de la réunion de l'Initiative de Bamako (IB) sur les médicaments essentiels génériques que le Burkina Faso a rendu légale la médecine traditionnelle. En 1983, le gouvernement encourage la formation d'associations de tradipraticiens. Depuis des efforts ne cessent d'être faits pour revaloriser la médecine traditionnelle, l'organiser et lui donner une place de choix au sein du système de santé.

Du point de vu du SIDA, le Burkina possède un centre de phytothérapie nommé "**Centre de Phytothérapie de Saint Camille**" qui reçoit des personnes vivant avec le VIH et qui sont traitées uniquement avec des remèdes traditionnels proposés par des tradipraticiens. Les produits sont analysés dans un premier temps au laboratoire de pharmacognosie de l'Université de Ouagadougou en vue d'évaluer leur toxicité avant d'être administrés aux patients. Ces traitements sont moins chers et permettent une amélioration de la qualité de vie des personnes qui y sont suivies.

Le centre de phytothérapie se trouve au sein du centre de santé de Saint Camille de Ouagadougou qui possède un plateau technique complet pour les différents examens de laboratoire.

CHAPITRE X/ MEDECINE TRADITIONNELLE ET VIH/SIDA : **TRAVAUX ANTEREUIURS.**

Depuis le regain d'intérêt de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, les chercheurs s'intéressent de mieux en mieux à l'étude des remèdes traditionnels. Cependant on ne peut pas pour le moment parler d'un intérêt débordant pour la question.

En juillet 2002, à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou, a été présentée une thèse intitulée : « Contribution à la connaissance de quelques plantes médicinales utilisées par les tradipraticiens pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la ville de Ouagadougou. »

Nous retrouvons dans cette thèse les plantes les plus utilisées par les tradipraticiens dans le traitement des maladies opportunistes et du VIH/SIDA. Ainsi cette étude a permis de recenser vingt quatre (24) espèces correspondant à dix huit (18) familles de plantes utilisées dans le traitement d'entretien du VIH/SIDA et quatorze espèces correspondant à onze (11) familles pour le traitement des maladies opportunistes (cf annexes p108 et 111).

Certaines plantes sont utilisées dans les deux cas. **(18)**

Les plantes les plus utilisées sont les suivantes : *Fagara xanthoxyloides* Lam , *Cassia sieberiana* DC , *Combretum micranthum* D.Don , *Mitraginas inermis* O.Kuntze , *Euphorbia hirta* , *Ceratotheca sesamoïdes* Endl. , *Striga hermonthea* (Del) Benth. **(18)**

Les plantes sont le plus souvent utilisées sous forme de poudre à mélanger à de la bouillie, à du miel, à du lait ou tout simplement à de l'eau pour ce qui concerne la voie orale. Concernant l'application en dermatologie, la poudre est mélangée à du beurre de karité. Les décoctions sont également utilisées, mais surtout dans les stades avancés. **(18)**

Un criblage chimique de quelques plantes à été réalisé. Il s'agit de *striga hermonthea* (Del) Benth , *Ceratotheca sesamoïdes* Endl , *Cassia sieberiana* DC. Ce criblage a permis de retrouver des saponosides et des flavonoïdes dans *Striga hermonthea*. Des saponosides, des flavonoïdes, des triterpènes et des tanins ont été décelés dans *Cassia sieberiana* et dans *Ceratotheca sesamoïdes* .**(18)**

Notre travail peut être considéré comme une suite ou un complément de l'étude ci-dessus.

Quelques anthropologues et sociologues ont fait des études pas très poussées sur le SIDA au niveau des tradipraticiens. Dans la littérature, on ne retrouve pas beaucoup d'écrits à ce sujet.

Néanmoins ceux que nous avons trouvés traitent surtout de cas particuliers concernant quelques guérisseurs qui soignent le SIDA.

Les auteurs tels que Jean BENOIST, Alice DESCLAUX se sont penchés sur le rôle que pourraient avoir les tradipraticiens dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.

Les auteurs Frank HAGENBUCKER-SACRIPANTI, Jean Pierre DOZON, Laurent VIDAL, quant à eux sont allés vers des tradipraticiens réputés comme étant capables de soigner le SIDA pour discuter avec eux à ce propos. (20), (11)

DEUXIEME PARTIE
**PRESENTATION DU
TRAVAIL PERSONNEL**

CHAPITRE I : PRESENTATION SOMMAIRE DU BURKINA FASO. (31)

I/ SITUATION GEOGRAPHIQUE.

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Le Burkina Faso recouvre une superficie de 274 200 km². Il est limité au Sud-Est par la Cote d'Ivoire, au Sud par le Ghana et le Togo, au Sud-Est par le Bénin et enfin au Nord-Ouest par le Mali.

II/ POPULATION.

La population du Burkina Faso était estimée au dernier recensement en l'an 2000, à 11 334 000 millions habitants. D'après les statistiques datant de l'an 2000, la densité de la population est 41,3 habitants au km² ; le taux de croissance démographique est de 2,37% ; l'espérance de vie est de 46,7 ans. La population est à 17,9% urbaine et à 82,1% rurale.

La population du Burkina Faso est extrêmement jeune. Au recensement de 1996, les jeunes de moins de 15 ans représentaient 47,9% de la population totale.

La population du Burkina Faso est composée de nombreuses ethnies avec trois grandes ethnies majoritaires : les Mossi, les Dioula, les Peuls.

III/ DIVISION ADMINISTRATIVE

Le Burkina Faso est découpé en 45 provinces regroupées en 13 régions (voir annexes p 114).

Il comprend 350 départements et près de 8000 villages. Chaque province a un chef-lieu. La capitale administrative est Ouagadougou chef-lieu de la province du Kadiogo. La capitale économique est Bobo-Dioulasso, chef-lieu de la province du Houet.

Notre enquête s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou située comme nous l'avons dit dans la province du Kadiogo. La province du Kadiogo est située au cœur du Burkina dans la région du Centre.

CHAPITRE II/ ENQUETE AUPRES DES TRADIPRATICIENS ET DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA.

I/ CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est faite en deux parties. Ces deux parties ont fait l'objet d'enquêtes.

I-1 Cadre de l'enquête auprès des tradipraticiens.

L'enquête auprès des tradipraticiens s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou, capitale de la république du Burkina Faso et ses environs. Elle a couvert la période de juin à octobre 2003.

L'enquête s'est réalisée au sein d'associations de tradipraticiens en collaboration avec le service de médecine et de pharmacopée traditionnelle de la DGPML. Nous avons également approché des tradipraticiens reconnus mais qui n'appartiennent pas à une association.

Les associations visitées sont les suivantes :

- Fondation KOANGA (caïlcédrat)
- Association ATHK comprenant en son sein plusieurs petites associations réparties en zones géographiques.
- Association APMT
- Association Pengd Wendé, cellule des tradipraticiens de l'association "Sa Yaogo Niid Laafi Ti Kamb Laadé " qui s'occupe des veuves et orphelins.

I-2 Cadre de l'enquête auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

L'enquête auprès des PVVIH s'est déroulée au sein du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Ouagadougou durant le mois de décembre.

Le CTA à été créé sous l'initiative de la 'croix rouge française' en collaboration avec le Ministère de la Santé du BURKINA FASO. Le CTA comprend un service administratif, un service psycho-social et un service médical.

I-2-1 Les missions du CTA.

Le CTA comporte :

- **Un réseau de soins pluridisciplinaires** dont les activités sont les suivantes :
 - Le dépistage.
 - Le traitement des infections opportunistes.
 - La délivrance d'antirétroviraux dans un contexte de sécurité et selon des conditions d'accès facilitées.
 - Le soutien social et un suivi psychologique des PVVIH.
- **Un réseau de prévention** incluant divers acteurs communautaires et les patients eux-mêmes.
- **Un réseau de renforcement des compétences nationales.**

A ce titre, le CTA est un lieu de formation pour le personnel de santé, les étudiants et les acteurs communautaires.

Le CTA est un support pour la recherche clinique.

I-2-2 Présentation du CTA

I-2-2-1 Le service administratif

Le service administratif du CTA comprend :

- Une salle d'accueil.
- Une salle d'attente.
- Une caisse.
- Un secrétariat.
- Une direction.
- Un service de gestion.
- Une salle de réunion.

I-2-2-2 Le service psycho-social.

Le CTA dispose d'une équipe de conseillers qui s'entretient avec les patients. Ils sont à l'écoute des patients. La méthode utilisée est le counseling. L'entretien est fait de telle manière que ce soit le malade qui donne lui-même les solutions à son problème. Il ne lui est imposé quoi que ce soit. L'entretien peut aboutir à la prise en charge thérapeutique globale ou partielle du patient.

Les patients sont exonérés ou non de paiement du traitement antirétroviral selon leur condition sociale. Le CTA dispose d'une subvention qui lui permet d'offrir des ARV gratuitement à certains patients. Mais il existe aussi de bonnes volontés (associations, entreprises) qui prennent en charge les frais de certains malades.

Ainsi les PVVIH sont classés en quatre (4) catégories : A, B, C, D. La catégorie A paye 20.000 francs CFA par mois, la catégorie B paye 15.000 francs par mois, la catégorie C paye 5.000 francs CFA par mois, la catégorie D paye 0 francs par mois.

Le centre perçoit auprès de ses patients, une cotisation de 2500 francs par mois.

Il arrive qu'un patient change de catégorie. Généralement le changement de catégorie se fait dans le sens de la baisse de la participation financière. Pour cela le patient doit s'entretenir avec les conseillers qui jugent la situation et décident ou non du changement de catégorie.

Les conseillers ont également pour rôle de s'entretenir avec les personnes désirant faire le test de dépistage du VIH/SIDA. Deux entretiens sont faits : un entretien avant et un autre après le dépistage. L'entretien est fait de telle sorte que ce soit le demandeur lui-même qui prend la décision finale pour faire ou non le test. On lui explique les conséquences du résultat qu'il soit négatif ou positif. Lors de l'entretien post test, on explique à la personne la conduite à tenir en fonction de son résultat.

I-2-2-3 Le service médical.

Le service médical comprend : la consultation, l'hospitalisation, le laboratoire, la radiologie, la pharmacie.

➤ **La consultation** est assurée par des médecins. Elle concerne exclusivement les PVVIH. Ce sont les médecins qui décident de la mise en route du traitement antirétroviral, de son changement. Les traitements prescrits sont des trithérapies antirétrovirales. Les patients sont mis en majorité sous cotrimoxazole pour prévenir les maladies opportunistes.

Cependant d'autres produits leurs sont administrés toujours dans le but de combattre les maladies opportunistes et les symptômes courants du SIDA. Ce sont des médicaments tels que : les antitussifs, les antidiarrhéiques, les antihémoroïdaires, les antimycosiques, les anti-inflammatoires, les antibiotiques, les pansements gastriques, les antipyrétiques, les antalgiques.

Les médecins suivent de près l'évolution de la maladie. Tous les trois mois les PVVIH sous antirétroviraux passent au laboratoire pour un contrôle. Ils passent ensuite en consultation avec les résultats du laboratoire.

➤ **L'hospitalisation** est assurée par des infirmiers. En fait, il s'agit d'une hospitalisation de mise en forme. Certains patients arrivent dans un état qui ne leur permet pas de retourner immédiatement chez eux. Ils sont reçus en hospitalisation de jour pour recevoir du sérum, des vitamines et des fois de la quinine en perfusion. Ils ne passent pas la nuit au centre.

Les infirmiers reçoivent aussi les patients lors des contrôles pour prendre leurs constantes biologiques. Ils établissent les ordonnances des patients qui seront signées par les médecins. Il faut noter que chaque patient inscrit au centre a un carnet et un dossier. Les ordonnances sont établies en fonction de l'ordonnance précédente.

➤ **Le laboratoire** compte dans son personnel, des techniciens de laboratoire. Ils réalisent les examens de laboratoire tels que : le test de dépistage, la charge virale, le taux de CD4, la biochimie, l'hématologie, l'immunologie, la parasitologie (paludisme).

Le contrôle se fait tous les trois mois. Il comprend outre les constantes biologiques prises par les infirmiers, les examens de laboratoire tels que le dosage des CD4, la NFS, la glycémie, les transaminases, la créatininémie etc.

Il faut noter que les examens de laboratoire sont exonérés pour certaines personnes.

➤ **Le service de radiologie** assure les examens radiologiques avec un personnel compétent.

➤ **La pharmacie** assure le ravitaillement en antirétroviraux et autres médicaments couramment utilisés pour prévenir et traiter les maladies opportunistes.

Les antirétroviraux sont mis à part dans une armoire et font l'objet d'une gestion particulière. A partir d'une liste de tous les patients sous ARV, l'on peut suivre la régularité et le suivi des stocks.

Quand un patient se présente avec son ordonnance, les produits qu’il prend sont marqués. Ainsi à partir de son protocole, on sait quand est ce que la personne sera en manque de produits. Le ravitaillement est mensuel. Donc chaque mois les patients sous ARV du centre doivent passer se ravitailler.

La pharmacie dispose d’ARV sous forme générique et sous forme de spécialité.

Les différents protocoles antiretroviraux proposés au CTA sont :

- | | |
|--|---|
| - EPIVIR + ZERIT + CRIXIVAN
(lamivudine) (stavudine) (indinavir) | - EPIVIR + ZERIT + STOCRIN
(lamivudine) (stavudine) (efavirenz) |
| - COMBIVIR + STOCRIN
(lamivudine zidovudine) (éfavirenz) | - EPIVIR + RETROVIR + STOCRIN
(zidovudine) (zidovudine) (éfavirenz) |
| - EPIVIR + RETROVIR + NEVIMUNE
(lamivudine) (zidovudine) (viamune) | - COMBIVIR + CRIXIVAN
(lamivudine) (indinavir) |
| - COMBIVIR + NEVIMUNE
(lamivudine,zidovudine) (névirapine) | - VIDEX + ZERIT + CRIXIVAN
(didanosine) (stavudine) (indinavir) |
| - AVOCOMB + NEVIMUNE
(combivir) (névirapine) | - VIDEX + ZERIT + STOCRIN
(didanosine) (stavudine) (éfavirenz) |
| - EPIVIR + ZERIT + NEVIMUNE
(lamivudine) (stavudine) (névira | - EPIVIR + ZERIT 30 + NEVIMUNE
(zidovudine) (stavudine) (névirapine) |
| - COMBIVIR + VIDEX
(lamivudine,zidovudine) (didanosine) | - VIDEX + ZERIT + NEVIMINE
(didanosine) (stavudine) (névirapine) |
| - VIDEX + RETROVIR + EPIVIR
(didanosine) (zidovudine) (lamivudine) | - VIDEX + RETROVIR + NEVIMUNE
(didanosine) (zidovudine) (névirapine) |
| - VIDEX + RETROVIR + CRIXIVAN
(didanosine) (zidovudine) (indinavir) | - EPIVIR + RETROVIR + CRIXIVAN
(lamivudine) (zidovudine) (indinavir) |

II / METHODOLOGIE.

II -1 Type d'étude.

L'étude réalisée a été menée sous forme d'enquêtes questionnaires-réponses.

II-2 Population d'étude.

La population d'étude est composée de tradipraticiens et de personnes vivant avec le VIH.

II-3 Echantillonnage.

Concernant l'enquête auprès des tradipraticiens, nous avons interrogé tous les tradipraticiens qui ont bien voulu se prêter au questionnaire proposé. L'enquête s'est limitée à la ville de Ouagadougou et à ses environs.

L'enquête auprès des PVVIH visait les patients sous ARV uniquement du CTA.

II- 4 Instruments d'enquêtes.

II-4-1 Fiches d'enquêtes. (voir en annexes p99 , p103)

Lors de l'enquête auprès des tradipraticiens, on recherchait les informations suivantes :

- 1- L'origine du savoir, la durée dans la profession, les relations avec les autres tradipraticiens.
- 2- Le degré de connaissances et les conceptions personnelles des tradipraticiens sur le VIH/SIDA.
- 3- Les méthodes de diagnostic du VIH/SIDA et les critères de gravité de la maladie.
- 4- La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les tradipraticiens.
- 5- Quelques renseignements complémentaires.
- 6- L'avis des tradipraticiens quant à la place de la médecine traditionnelle dans la recherche du remède contre le VIH/SIDA et l'éventuelle collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle.

L'enquête auprès des malades nous a permis de recueillir les informations suivantes :

- 1- Le coût du traitement antirétroviral.
- 2- La régularité du traitement.
- 3- L'impact du traitement antirétroviral sur la vie des patients.
- 4- L'utilisation des produits de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles dans le traitement du VIH/SIDA et le coût de ces traitements.
- 5- L'association de remèdes traditionnels au traitement antirétroviral par les patients sous ARV.
- 6- L'avis des patients sur le centre qu'ils fréquentent.

II-4-2 Répertoire des tradipraticiens du service de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

II-4-3 Carnets de suivi des patients du CTA.

II-5 Validation des instruments d'enquêtes.

Les fiches d'enquêtes ont été testées dans un premier temps sur de petits échantillons (15 personnes pour l'enquête auprès des tradipraticiens et cinq personnes pour l'enquête auprès des PVVIH sous ARV). Ceci en vue de juger de leur efficacité quant aux objectifs des enquêtes menées.

Le répertoire des tradipraticiens du service de la médecine et la pharmacopée traditionnelle de la DGPMML regroupe la plupart des tradipraticiens du BURKINA FASO. Il a été réalisé à partir d'une enquête-resensement.

II-6 Méthodes d'enquêtes.

II-6-1 Déroulement de l'enquête auprès des tradipraticiens.

Le répertoire des tradipraticiens du service de médecine et pharmacopée traditionnelles, nous a permis, en collaboration avec ce service, de cibler les tradipraticiens pouvant intéresser notre enquête. Nous avons surtout repéré les présidents d'associations de tradipraticiens. De concert avec ces derniers nous avons pu entrer en contacts avec les membres des dites associations.

D'autres tradipraticiens ne relevant pas d'associations ont été aussi visités. Cela s'est fait sur témoignage et avec l'aide de personnes fréquentant beaucoup le milieu de la médecine traditionnelle.

Le questionnaire a été administré en 'moré' et en 'dioula', deux des langues nationales les plus parlées au BURKINA. Le Français a été de rares fois utilisé. Avant chaque entretien, les salutations d'usage ont été respectées (s'agenouiller ou fléchir les genoux, plusieurs poignées de mains). Une fois que la parole nous a été donnée, l'objet de l'entretien est expliqué au tradipraticien. C'est quand il est d'accord seulement que le questionnaire est administré. Pour recueillir le plus d'informations, il fallait user de patience et donner le loisir au tradipraticien de parler librement et d'être écouté avec intérêt et attention. L'observation du tradipraticien était d'une importance capitale car elle nous permettait de nous rendre compte de sa disposition à répondre au questionnaire.

II-6-2 Déroulement de l'enquête auprès des PVVIH.

L'enquête auprès des patients comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, a été faite au Centre de Traitement Ambulatoire de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso.

Nous avons travaillé de concert avec l'accueil et le service d'hospitalisation, c'est à dire avec les infirmiers. Avec leur participation, nous avons pu cibler les patients sous ARV du centre car les patients concernés passent par eux pour se faire établir l'ordonnance qui leur permettra de passer à la pharmacie pour le ravitaillement en ARV. Les patients qui nous intéressent étaient dirigés vers nous.

La méthode d'approche était la suivante :

- 1 - Aborder le patient par les salutations d'usage.
- 2 - Expliquer au patient les raisons de l'entretien et les caractéristiques du questionnaire : individuel, anonyme, volontaire.
- 3 - Demander son accord avant d'administrer le questionnaire.
- 4 - Une fois que le patient est d'accord pour répondre aux questions, il est pris à l'écart pour lui permettre une certaine liberté d'expression.
- 5 - Amener le patient à s'exprimer par des questions simples et précises.
- 5 - maintenir un climat de bonne ambiance durant l'entretien.

II-7 Traitement des données.

Les données recueillies ont été regroupées en données qualitatives et en données quantitatives par des pourcentages et des sommes simples. Certaines données sont matérialisées sous forme de graphiques.

Les pourcentages ont été pris par rapport au nombre de tradipraticiens visités soit cent soixante quatre (164) tradipraticiens

II-8 Limites de l'étude et difficultés rencontrées.

II-8-1 Limites de l'étude.

Les limites de l'étude menée résident dans le fait que les informations que nous devions recueillir pouvaient être biaisées. En effet nous n'avons pas de moyens pour être sûr que ce qui nous est dit est véridique. C'est dans le but d'amoindrir ce fait que nous avons opté pour une enquête volontaire et de proximité et également de respecter les caractéristiques des milieux que nous avons intégrés. Ainsi la personne avec laquelle nous nous entretenions, le fait de son propre chef et répond aux questions avec sérénité. De ce fait, nous avons observé de la part des tradipraticiens et des patients interrogés, une participation très ouverte.

II-8-2 Difficultés rencontrées lors de l'enquête auprès des tradipraticiens.

Concernant l'enquête auprès des tradipraticiens, les difficultés rencontrées ont été les suivantes :

- Nous devons rendre visite au tradipraticien à son lieu de travail qui est souvent sa concession. Les indications d'adresses n'étaient pas toujours fiables.
- Il fallait établir un climat de confiance pour recueillir des informations valables. En effet, en première approche, le tradipraticien est sur ses gardes car il se demande ce que vous lui voulez. Surtout concernant le VIH/SIDA, quelques-uns sont très réticents et ont peur d'en parler. Cependant, de plus en plus, avec la promotion de la médecine traditionnelle, les tradipraticiens ont de moins en moins peur de parler du SIDA. Cela nous a facilité la tâche.

- Il fallait se faire comprendre pour que le sens de la question posée ne soit pas mal compris.
- Il fallait comprendre ce que le tradipraticien veut passer comme information. Il arrivait qu'ils soient évasifs dans leurs propos.
- Les symptômes étaient donnés en langue nationale. La difficulté était de pouvoir les transmettre en français.

Les difficultés énoncées n'ont pas entravé la bonne marche de l'enquête. Ce qui nous fait dire que le milieu de la médecine traditionnelle jadis considéré comme un milieu fermé et impénétrable s'ouvre de plus en plus à ceux qui veulent en savoir davantage sur la médecine traditionnelle. Nous avons remarqué en général, une bonne collaboration des tradipraticiens.

Ce qui nous a beaucoup aidé dans notre travail.

II-8-3 Difficultés rencontrées lors de l'enquête auprès des PVVIH.

L'enquête auprès des malades s'est déroulée dans une bonne ambiance. Néanmoins, nous avons rencontré quelques difficultés.

- Nous avons rencontré des malades qui refusaient de répondre au questionnaire.
- Certains malades n'étaient pas en mesure de répondre au questionnaire car ils n'étaient pas en bonne condition physique.
- Il y a des malades qui ne viennent pas eux-mêmes pour le ravitaillement en ARV. Ils sont présents pour le contrôle qui se fait tous les trois mois.

Ainsi nous avons obtenu un échantillon qui peut paraître faible mais qui est très représentatif car nous avons pu recueillir divers opinions.

CHAPITRE III/ RESULTATS.

I / RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES TRADIPRATICIENS DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU.

L'enquête a été réalisée de juin à octobre 2003. Nous avons au total visité cent soixante quatre (164) tradipraticiens.

I-1 Caractéristiques des tradipraticiens.

Nous avons visité quatre vingt onze (91) hommes et soixante treize (73) femmes. Le moins âgé avait vingt sept (27) ans et le plus âgé soixante treize (73) ans. Cent (100) tradipraticiens ont hérité de leurs parents l'art de la médecine traditionnelle ; quarante trois (43) sont devenus tradipraticiens par don ou révélation des esprits divins. Trente huit (38) tradipraticiens tiennent l'origine de leur savoir de l'apprentissage auprès d'autres tradipraticiens et en se déplaçant de pays en pays.

Cent cinquante (150) tradipraticiens ont des relations avec d'autres tradipraticiens sous forme d'associations. Dix tradipraticiens travaillent avec des structures et des spécialistes de la santé. Ces derniers font partie d'associations de tradipraticiens. Quatre (4) tradipraticiens n'appartiennent à aucune association.

Les données ci-dessus sont répertoriées dans le **tableau VIII**

Tableau VIII : Caractéristiques des tradipraticiens : sexe, profession, origine du savoir, relations.

	SEXE		PROFESSION		ORIGINE DU SAVOIR			RELATIONS		
	H	F	TRADIP SEUL	TRADIP + AUTRE	HE	R	E	ASSO	MED MODERNE	AUCUNE
NOMBRE	91	73	153	11	100	43	38	157	10	4
%	55,5	44,5	-	-	60,98	22,26	23,17	97,73	6,10	2,44

H : homme F : femme ; HE : héréditaire ; R : révélé ; E : expérience ; ASSO : association ; MED : médecine

I-2 Connaissances et conceptions des tradipraticiens sur le VIH/SIDA.

- Tous les 164 tradipraticiens que nous avons rencontrés ont entendu parler du SIDA.
 - . Cent soixante trois (163) tradipraticiens sur 164 croient en l'existence du SIDA.
 - . De tous les tradipraticiens que nous avons rencontrés, un seul ne croit pas en l'existence du SIDA. Pour ce dernier, le SIDA n'est pas vraiment une maladie. Cependant il n'a pas pu nous expliquer clairement son opinion. Il est resté très évasif sur le sujet.
- Cent quarante sept (147) tradipraticiens sur 164 soit un pourcentage de 89,63% n'ont jamais reçu de formation sur le VIH/SIDA contre dix sept tradipraticiens sur 164 soit 10,37 % ayant déjà suivi une formation sur le VIH/SIDA. D'après les renseignements recueillis, il s'agit de formations organisées par des médecins en collaboration avec des ONG ou le Ministère de la Santé.

I-2-1 Les différentes conceptions des tradipraticiens sur le VIH/SIDA.

- Quatre vingt dix sept tradipraticiens (97) sur 164 soit 59,15 % pensent que le SIDA est une maladie comme les autres.
- Un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% nous a avoué que le SIDA est un sort que l'on peut lancer à autrui en lui attirant la malchance de contracter la maladie.
- Vingt (20) tradipraticiens sur 164 soit 12,12% disent que le SIDA est en fait une maladie des animaux transmise à l'homme par la zoophilie et les Blancs en sont responsables.
- Selon seize (16) tradipraticiens sur 164 soit 9,76 %, la présence du SIDA parmi les hommes est la volonté de Dieu. Pour ces derniers, Dieu a permis cette maladie à cause de la dégradation de la morale dans le monde (débauche, homosexualité, adultère, divagation sexuelle, dévalorisation de la famille). Le SIDA, mal sans remède devrait amener l'homme à réfléchir sur son mode de vie défaillant et à changer de comportement.
- Seize (16) tradipraticiens sur 164 soit 9,76% disent que le SIDA est une maladie des Blancs apportée en Afrique et disséminée dans le monde par le biais du tourisme.
- Nous avons rencontré un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% selon qui le SIDA est apparu dans le monde à cause du non-respect des traditions. Egalement, un tradipraticien (1) sur 164 soit 0,61% nous a fait savoir que le SIDA est une ancienne maladie devenue dangereuse.

- Il faut noter qu'en général, hormis le fait que les tradipraticiens nous donnent une autre opinion du SIDA, la maladie a une cause mystique et est liée à la volonté de Dieu. En effet selon eux, un homme ne peut être malade si Dieu ne le veut pas. Ainsi tout est déjà écrit. S'il est écrit qu'une personne mourra du SIDA, il l'aura de quelque manière que ce soit.
- Dix neuf (19) tradipraticiens sur 164 soit 11,59% ne se sont pas prononcés sur la question de la conception que les tradipraticiens se font du SIDA.

La répartition des tradipraticiens selon leur conception du VIH/SIDA est matérialisée à la **figure 1**.

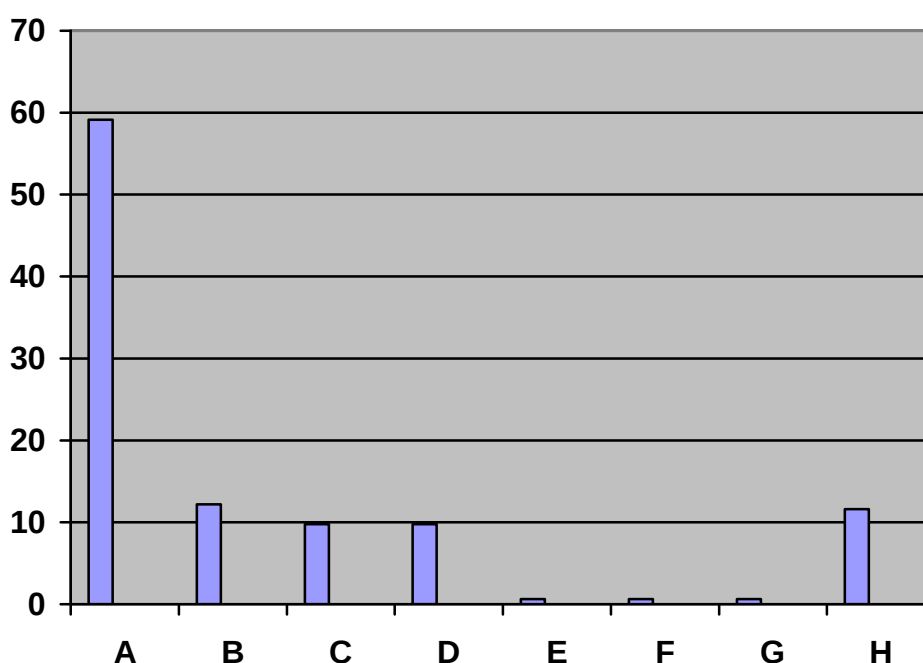


Figure 1 : Répartition des tradipraticiens selon leur conception du VIH/SIDA.

Légende : Abscisses→ pourcentage de tradipraticiens.

Ordonnées→ conception des tradipraticiens sur le SIDA.

- | | |
|--|---|
| A : maladie comme les autres (59,15%). | E : sort jeté (0,61%). |
| B : maladie des animaux (12,20%). | F : non respect des traditions (0,61%). |
| C : volonté divine (9,76%). | G : ancienne maladie (0,61%). |
| D : maladie des Blancs (9,76%). | H : pas d'opinion (11,59%). |

I-2-2 Les noms vernaculaires du SIDA au Burkina Faso.

Nous avons recensé quelques noms vernaculaires du VIH/SIDA que nous avons regroupé dans le **tableau IX**.

Tableau IX : Noms vernaculaires donnés au SIDA et leurs correspondances françaises.

LANGUE	NOMS VERNACULAIRES	TRADUCTION FRANCAISE
MORE	Saang koudougo Saang maasga Saag paalga Yimwamdum Nabouré Sabtoalga	Diarrhée persistante Diarrhée lente Diarrhée nouvelle Démangeaison - -
DIOULA	Soula bana	Maladie du singe

I-2-3 Les causes de la maladie du SIDA selon les tradipraticiens.

Cent trente deux tradipraticiens (132) soit 80,49 % disent que le SIDA est du à un agent pathogène. Parmi ces derniers, treize (13) tradipraticiens avouent que le SIDA est causé par un virus, trois (3) tradipraticiens affirment que le virus fait partie de la famille du virus du zona, dix (10) tradipraticiens attribuent le SIDA au VIH.

- Quatre (4) tradipraticiens sur 164 soit 2,44% affirment que le SIDA est du à la mauvaise alimentation.
- Selon un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% que nous avons rencontré, le SIDA est héréditaire. Il apparaît dans certaines générations et pas dans d'autres.
- Un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% a affirmé que le SIDA est du à la dégradation de l'environnement.
- Un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% nous a fait savoir que le SIDA est l'aboutissement des maladies sexuellement transmissibles.
- Vingt cinq (25) tradipraticiens sur 164 soit 15,24 % n'ont aucune idée sur la cause du SIDA.

Les informations sur la cause du SIDA selon les tradipraticiens sont inscrites dans le **tableau X** et matérialisées à la **figure 2**.

Tableau X : Différentes causes du SIDA selon les tradipraticiens.

	Agent pathogène			Alimen- Tation	Hérédi- taire	Dégradation environnement	MST	aucune	GRAND TOTAL
	VIRUS		Pas De nom						
	Famille Virus zona	VIH							
nombre	3	10	119	4	1	1	1	25	
TOTAL	132			4	1	1	1	25	164
%	80,49			2,44	0,61	0,61	0,61	15,24	

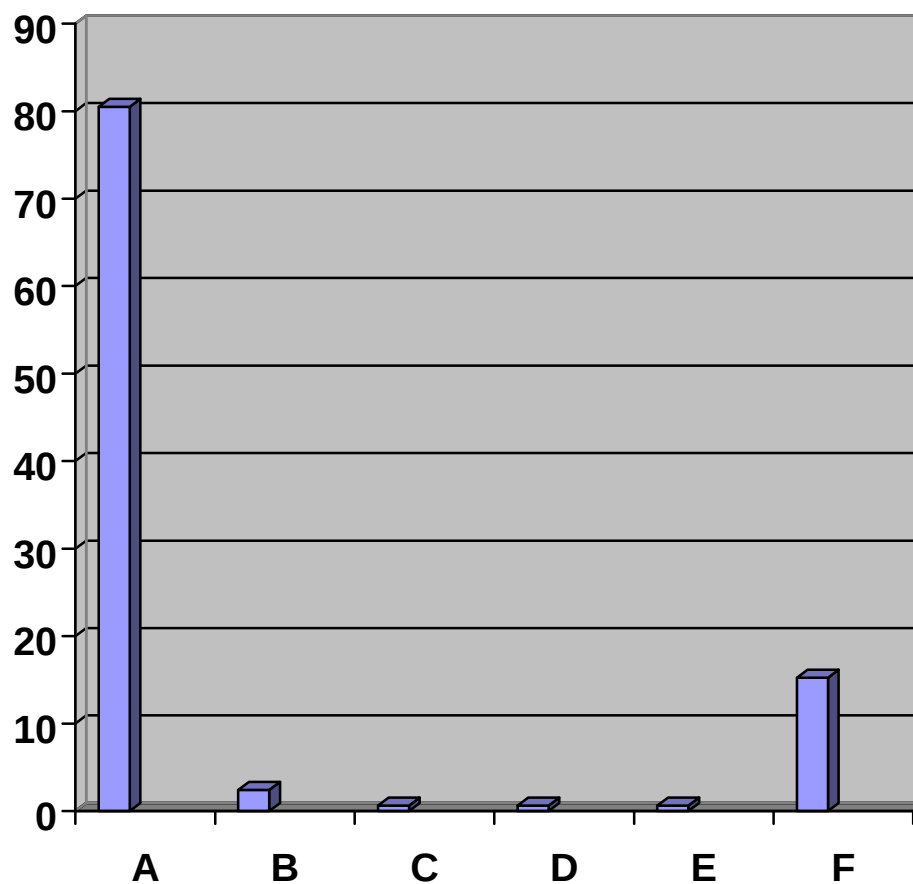


Figure 2 : Avis des tradipraticiens sur la cause du SIDA.

Légende : Abscisses → causes du SIDA selon les tradipraticiens.

Ordonnées → pourcentage de tradipraticiens

A : agent pathogène (80,49%).

D : dégradation de l'environnement (0,61%).

B : mauvaise alimentation (2,44%).

E : IST (0,61%).

C : héréditaire (0,61%).

F : pas d'opinion (15,24%).

I-2-4 Les modes de transmission du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.

Les modes de transmission du VIH/SIDA selon les tradipraticiens sont résumés dans le **tableau XI** (ci-dessous) et matérialisés à la **figure 3**.

Tableau XI : Modes de transmission du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.

MODES DE TRANSMISSION	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
Rapports sexuels non protégés	148	90,24
Transfusion sanguine	100	60,98
Mère-enfant	17	10,37
Contact humain	1	0,61
Héréditaire	1	0,61
Capotes	1	0,61

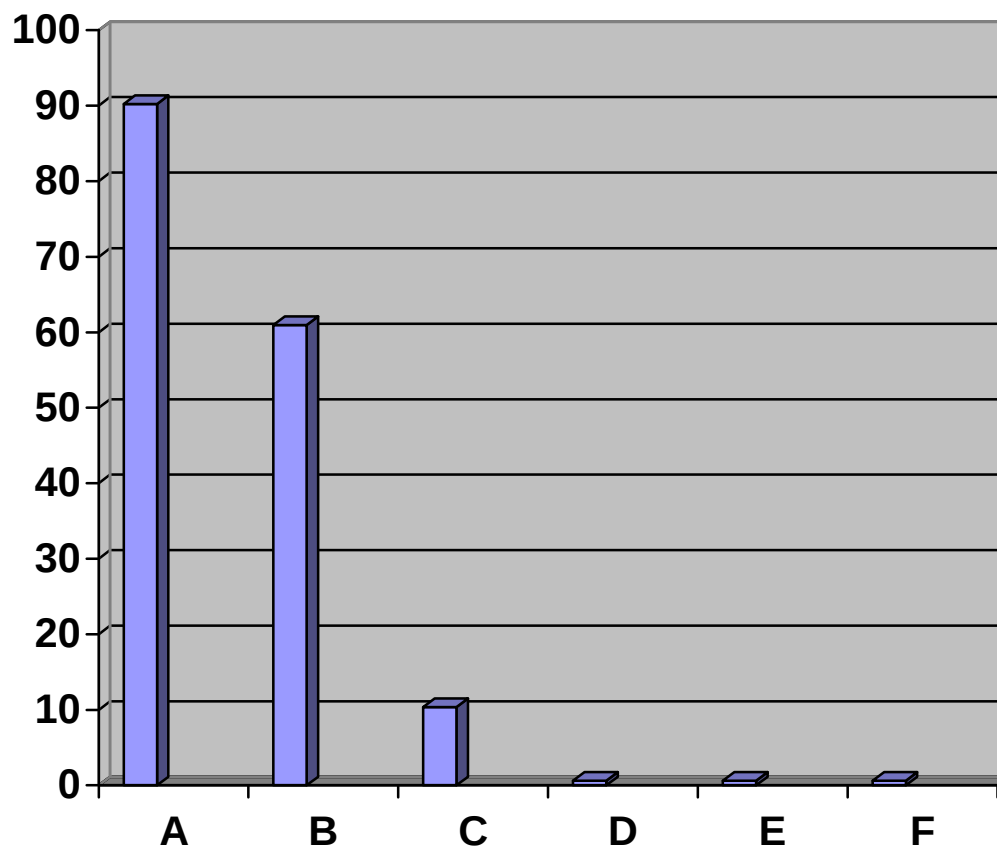


Figure 3 : Les modes de transmission du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.

Légende : Abscisses → modes de transmission du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.

Ordonnées → pourcentages de tradipraticiens.

A : transmission par les rapports sexuels non protégés (90,24%).

B : transmission sanguine (60,98%).

C : transmission mère-enfant (10,37%).

D : héréditaire (0,61%).

E : contacts humains (0,61%).

F : transmission par les capotes (0,61%).

I-2-5 Les moyens de prévention du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.

Les avis des tradipraticiens sur les moyens de prévention du VIH/SIDA sont divers.

- Quarante sept (47) tradipraticiens sur 164 soit 28,66% sont pour l'utilisation du préservatif masculin.
- Quatre vingt sept (87) tradipraticiens sur 164 soit 53,05% des tradipraticiens sont pour l'abstinence.
- Cent quarante un (141) tradipraticiens sur 164 soit 85,98% conseillent fortement la fidélité entre partenaires sexuels pour lutter contre le SIDA.
- Sept (7) tradipraticiens sur 164 soit 4,27% conseillent l'utilisation de lames stériles, de seringues individuelles et de faire attention aux objets piquants et coupants.
- Deux (2) tradipraticiens sur 164 soit 1,22% conseillent le test de dépistage et d'adopter un comportement conséquent en fonction du résultat. Pour celui qui est dépisté positif, il devra mettre tout en œuvre pour ne pas contaminer d'autres personnes. Celui qui sera dépisté négatif devra opter pour un comportement responsable afin d'éviter d'avoir le SIDA à l'avenir.
- Un (1) tradipraticien conseille des campagnes d'informations sur le VIH/SIDA et les moyens de l'éviter.
- Un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% que nous avons rencontré nous a fait savoir qu'on peut éviter le SIDA en prenant régulièrement les plantes utilisées dans le traitement de la maladie.
- Un (1) tradipraticien sur 164 soit 0,61% nous a affirmé qu'il n'y a pas de solution contre le SIDA. C'est Dieu qui décide.
- Onze (11) tradipraticiens sur 164 soit 6,71% n'ont pas d'idées sur les moyens de prévention du VIH/SIDA.
- Les tradipraticiens, sur la question du préservatif, disent en majorité qu'ils ne sont pas pour son utilisation.
- Tous les tradipraticiens aimeraient avoir une part active dans la lutte contre le SIDA. Les moyens de prévention selon les tradipraticiens sont matérialisés à la **figure 4**.

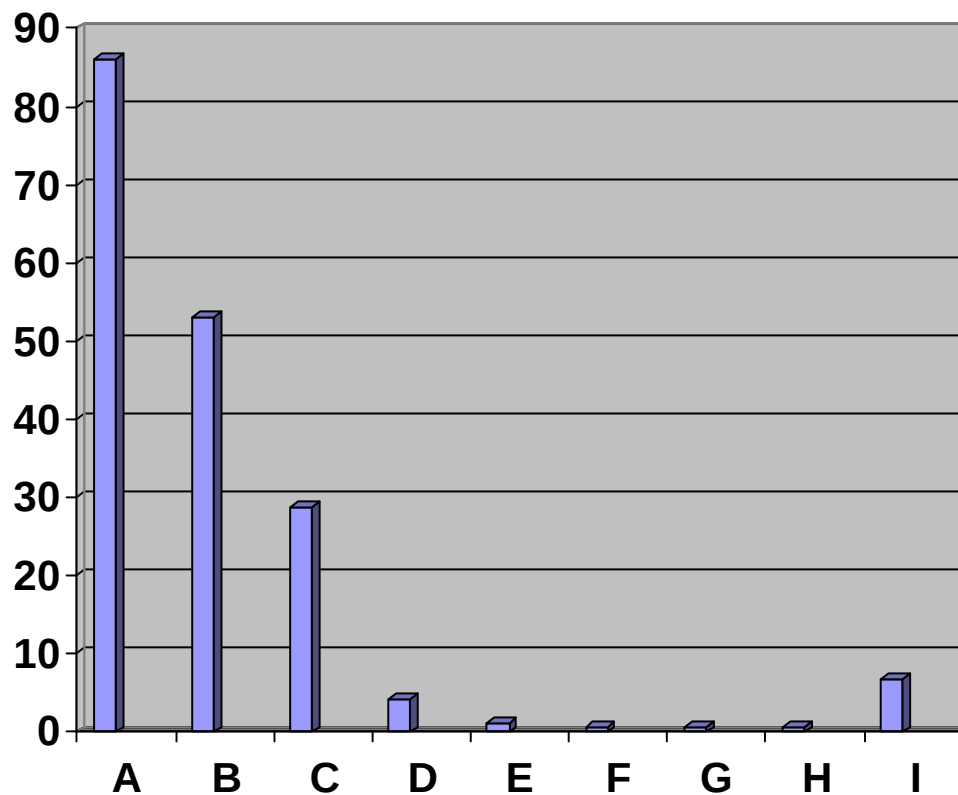


Figure 4 : Les moyens de préventions du VIH/SIDA selon les tradipraticiens

Légende : Abscisses → moyens de prévention

Ordonnées → pourcentage de tradipraticiens.

A : fidélité (85,98%).

B : abstinence (53,05%).

C : utilisation du préservatif (28,66%).

D : utilisation de matériel coupant stérile (4,27%).

E : test de dépistage (1,22%).

F : campagnes d'informations sur le SIDA (0,61%).

G : prise régulière des plantes utilisées dans le traitement du SIDA (0,61%).

H : pas de prévention possible (0,61%).

I : pas d'opinions (6,71%).

I-3 Prise en charge des PVVIH : attitudes et pratiques.

I-3-1 Diagnostic du VIH/SIDA par les tradipraticiens.

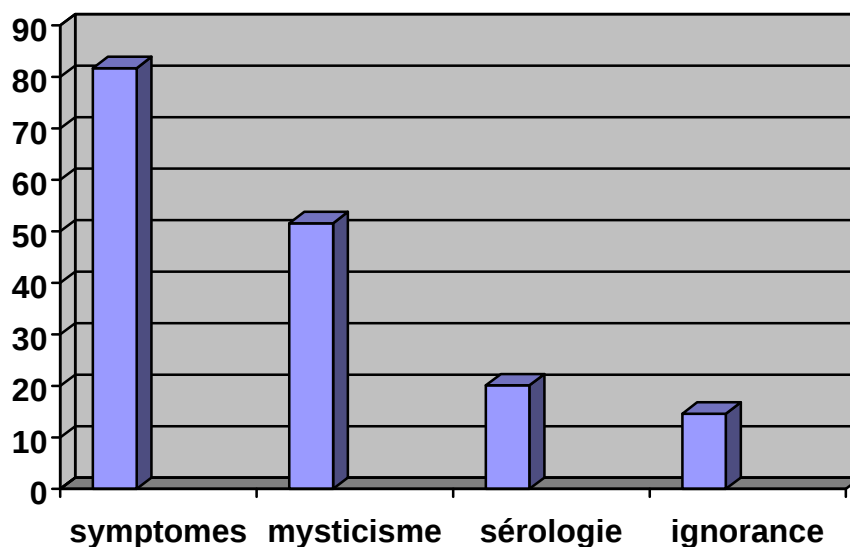
Le diagnostic du VIH/SIDA chez les tradipraticiens suit des voies rationnelles et irrationnelles.

- Cent dix huit (118) tradipraticiens sur 164 ont affirmé avoir déjà reçu des patients atteints du SIDA. De ces cent dix huit (118) tradipraticiens, trente quatre (34) ont reçu entre 1 et 5 malades ; vingt cinq (25) ont reçu entre 10 et 50 patients ; cinquante neuf (59) ont reçu entre 10 et 20 patients.
- Trente trois (33) tradipraticiens sur 164 soit 20,12% se basent sur le résultat de la sérologie pour affirmer qu'un patient a le SIDA.
- Cent trente quatre (134) tradipraticiens sur 164 soit 81,71% utilisent uniquement ou en plus d'autres procédés, les symptômes que présente le patient pour poser le diagnostic.
- Quatre vingt cinq (85) tradipraticiens sur 164 soit 51,58% utilisent les procédés mystiques en plus ou non de la sérologie et de la symptomatologie. Ces procédés mystiques sont entre autres : consultation des oracles, la géomancie, la consultation des cauris, la voyance avec la calebasse d'eau, la radiosthésie (utilisation de pendules et des zones de représentation du corps au niveau des pieds).
- Cent deux (102) tradipraticiens utilisent uniquement la symptomatologie pour affirmer qu'un patient a le SIDA. Parmi eux, quatre vingt dix sept affirment la possibilité de se tromper et cinq affirment ne jamais se tromper.
- Vingt quatre (24) tradipraticiens sur 164 soit 14,63% disent ne pas savoir comment établir le diagnostic du SIDA.

Les informations sur le diagnostic du SIDA selon les tradipraticiens à partir des symptômes sont réunies dans le **tableau XII**. Les informations sur le diagnostic du VIH/SIDA selon les tradipraticiens sont matérialisées à la **figure 5**.

Tableau XII : Répartition des tradipraticiens en fonction des symptômes utilisés dans le diagnostic de l'infection à VIH/SIDA.

SYMPTOMES	Nombre de tradipraticiens
Diarrhées chroniques	87
Dermatoses buccales et cutanées	50
Chute de cheveux	37
Fatigue générale	37
Prurit général	34
Perte importante de poids	26
Anémie : conjonctives et paumes blanches	23
Toux	22
Maux de tête chroniques	19
Vomissements chroniques	17
Fièvre persistante	15
Maux de ventre récurrents	12
Hémorroïdes	6
Déshydratation	3
Dilatation de l'iris	2
œdèmes	2
Vertiges chroniques	2
Bourdonnement d'oreilles	1
Maladies sexuellement transmissibles	1



Symptômes: 81,71%. Mysticisme : 51,58%. Sérologie : 20,12%. Ignorance : 14,63%.

Figure 5 : Répartition des tradipraticiens selon le type de diagnostic de l'infection à VIH.

Légende : Abscisses → type de diagnostic

Ordonnées → pourcentage de tradipraticiens.

I-3-2 Critères de gravité de l'infection à VIH selon les tradipraticiens.

Nous avons pu relever des critères qui permettent aux tradipraticiens de situer le stade de la maladie chez un patient. Selon les réponses que nous avons eues nous avons pu classer les critères en en deux stades : « **pas grave** » et « **grave** ». Les tradipraticiens n'arrivent pas à situer clairement les stades « moyen » « un peu » « très ». Certains tradipraticiens utilisent la voyance pour déterminer les chances de survie d'un patient. Nous avons souvent entendu le terme suivant : « *quand nous recevons un malade, nous savons déjà si dans un mois il sera toujours des nôtres ou pas* ». A la question « *comment faites-vous pour le savoir ?* », la réponse est : « *nous avons nous aussi nos petits moyens pour le savoir.* » Ces petits moyens étant les consultations mystiques dont ils ne veulent pas le plus souvent parler. Hormis le coté mystique de la détermination du pronostic vital chez un patient, certains utilisent des signes physiques pour se prononcer. Ce sont ces signes que nous avons classés dans le **tableau XIII**.

Tableau XIII : Classification de l'infection à VIH selon les tradipraticiens.

Etat peu grave d'un patient atteint du SIDA	Etat grave d'un patient atteint du SIDA
Fièvre	Insomnies
Céphalées	Diarrhée chronique
Perte légère de poids	Perte importante de poids
Dermatoses	Anémie poussée
	Pavillon de l'oreille qui se décolle
	Œdèmes des membres inférieurs
	Regard hagard
	L'aspect général du patient dégradé.

I-3-3 Traitement du VIH/SIDA par les tradipraticiens.

Lors de notre étude, nous nous sommes intéressés aussi bien à la prise en charge thérapeutique qu'à la prise en charge psycho-sociale.

I-3-3-1 Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH par les tradipraticiens.

- Quatre vingt six (86) tradipraticiens sur les 164 interrogés soit un pourcentage de 52,44% ont affirmé qu'ils soignent et soigneront les patients atteints du SIDA, si ces derniers se présentent à eux.
- Soixante quinze (75) tradipraticiens sur 164 soit un pourcentage de 45,73% nous ont confié que s'ils recevaient des patients infectés par le VIH, ils ne les rejetteraient pas, mais ils les dirigeraient vers les structures de la santé moderne plus compétentes qu'eux pour les soigner. Il faut noter qu'avant de les envoyer vers les hôpitaux, les tradipraticiens tentent le plus souvent de soulager le patient avec un ou des remèdes.
- Trois (3) tradipraticiens nous ont confié que si des patients infectés par le VIH se présentaient chez eux et qu'ils en aient la certitude, ils ne les traiteront pas et leur diront simplement qu'ils sont impuissants face à leur mal.

- Selon les tradipraticiens, les personnes vivant avec le VIH/SIDA qu'ils reçoivent, sont dans près de 70% passés soit dans les centres de la santé moderne avant de venir chez eux, soit sont déjà passés chez eux avant d'aller à l'hôpital et sont de nouveau revenus chez eux.
- Les tradipraticiens ne peuvent pas dire avec certitude que leurs patients prennent des antirétroviraux en même temps que leurs remèdes. Cependant ils pensent que les patients en recherchant la santé prennent simultanément les ARV et les produits traditionnels.
- Mis à part quelques tradipraticiens qui traitent le VIH/SIDA lui-même, la majorité des tradipraticiens reconnaît qu'ils traitent avec succès les maladies opportunistes.
- Soixante trois tradipraticiens sur les 164 que nous avons rencontré conseillent à leurs malades d'aller à l'hôpital pour diverses raisons : se faire soigner, faire le test de dépistage du VIH, se faire perfuser.
- Cinquante un (51) tradipraticiens donnent des rendez-vous précis à leurs patients pour suivre leur état de santé et juger de l'efficacité du traitement. Les rendez-vous varient d'une semaine à un mois. Ainsi, le traitement peut être reconduit ou changé.
- Trois (3) tradipraticiens rendent visite à leurs patients à domicile pour s'enquérir de leur état de santé.
- Trente quatre (34) tradipraticiens ne donnent pas de rendez-vous. Les patients reviennent les voir selon leur état de santé. Il n'y a pas de suivi particulier. Les remèdes sont prescrits pour une situation ponctuelle.

Nous avons à la **figure 6**, le comportement des tradipraticiens face à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Données de la figure 6 :

- Les tradipraticiens qui traitent les PVVIH : 52,44%.
- Les tradipraticiens qui dirigent les PVVIH vers l'hôpital : 45,75%.
- Les tradipraticiens qui rejettent les PVVIH : 1,83%.

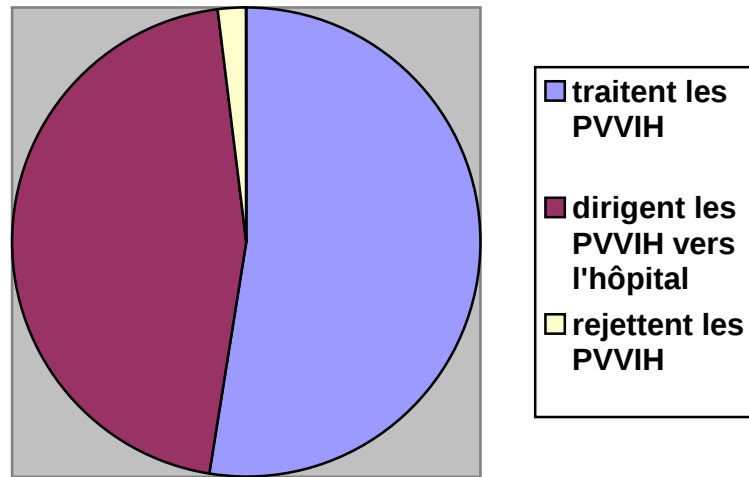


Figure 6 : Conception des tradipraticiens face à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

I-3-3-2 Prise en charge psycho-social des personnes vivant avec le VIH par les tradipraticiens.

- Les tradipraticiens sont conscients que les personnes atteintes du SIDA ont besoin d’encouragements. De ce fait, ils encouragent tous les patients atteints du VIH/SIDA qui se présentent chez eux.
- nous avons noté des exemples de conseils donnés aux patients atteints du VIH/SIDA par les tradipraticiens :
 - Avoir des rapports sexuels protégés pour éviter de se recontaminer et de contaminer les autres.
 - Eviter absolument les rapports sexuels.
 - Eviter le vagabondage sexuel.
 - Respecter les traitements prescrits et éviter les ruptures.
 - Ne pas suivre plusieurs traitements à la fois.
 - surveiller son alimentation en évitant l’excès de viande, d’huile, de sucre et l’excès d’épices.
 - Varier l’alimentation avec une préférence pour les plats végétariens : feuilles, fruits, crudités, salades vertes, viandes blanches, miel à la place du sucre, légumes.
 - Boire beaucoup.
 - Eviter les longs voyages qui épuisent physiquement.
 - Eviter les travaux lourds et fatigants.

I-3-3-3 Support du traitement

Les tradipraticiens utilisent des produits de la nature pour préparer leurs remèdes : plantes (écorces, racines, feuilles, fleurs sève), des extraits d'animaux (os, urines), des minéraux (argile, terre de termitière). La récolte et la préparation des remèdes se font le plus souvent autour de rites.

Les remèdes sont sous plusieurs formes : poudre, potion, décoction. Les produits sont destinés à la voie orale, aux bains, à la voie dermique.

Selon certains tradipraticiens chaque patient a son traitement. Ce traitement est souvent établi avec l'aide des oracles. Ce sont les esprits qui dictent la composition du remède en fonction de chaque patient. Ainsi, il arrive que le même mal soit traité par des remèdes différents.

I-3-4 L'avis des tradipraticiens sur la guérison du SIDA.

La question de la guérison du SIDA reste une question délicate dans le milieu des tradipraticiens. Sur les cent soixante quatre tradipraticiens que nous avons rencontrés, dix (10) pensent que le SIDA peut se guérir ; cent cinquante trois (153) disent que le SIDA ne se guérit pas ; trois (3) n'ont pas eu d'avis à donner.

Nous avons cependant remarqué que parmi ceux qui nous ont dit que le SIDA était inguérissable, la majorité l'a dit pour 'ne pas avoir de problèmes' comme ils le disent. Nous avons entendu des expressions telles que : « on dit que la maladie n'a pas de remède, je ne vois pas pourquoi moi je vous dirai qu'elle se guérit. » ; « non, non, non la maladie ne se guérit pas c'est ce qu'on dit. »

I - 4 Renseignements complémentaires.

Les tradipraticiens sont conscients que le SIDA est une maladie grave et difficile à cerner. Selon eux, le remède contre le SIDA existe réellement. Cependant, du fait de leur analphabétisme ils ne peuvent pas toujours retrouver après un traitement, toutes les plantes qui ont été utilisées.

Le coût du traitement chez les tradipraticiens varie largement. Il va du traitement gratuit à des traitements de 100 000 F CFA. Le traitement donné est soit un traitement unique ou un traitement à renouveler à des intervalles de temps : deux semaines, un mois, deux mois, trois mois. Les traitements gratuits sont données par des tradipraticiens qui tiennent leurs connaissances des esprits.

Parfois, la somme à donner est une somme modique et significative : quinze (15) francs pour les hommes, vingt (20) francs pour les femmes. Des fois, il s'agit de 10 francs accompagnés ou pas soit de noix de colas, soit de galettes de mil, soit d'une étoffe tissée. Certains tradipraticiens se font payer après le résultat du traitement. Le coût du traitement est parfois laissé à la discrétion du malade. C'est ainsi que nous avons rencontré des tradipraticiens qui ont reçu de leurs patients d'importantes sommes d'argent parce qu'ils ont été satisfaits du traitement. Ces sommes vont jusqu'à 200 000.

Les tradipraticiens sont prêts à dévoiler les produits utilisés contre le VIH/SIDA, à condition d'avoir des garanties de la sauvegarde de leur vie et de la reconnaissance du brevet de découverte. Ils ont toujours à l'esprit des tradipraticiens qui ont perdu la vie pour avoir dit qu'ils ont le médicament contre le SIDA. Ils sont prêts à collaborer avec la médecine moderne à condition d'être respectés et à condition que leurs connaissances soient reconnues.

II/ RESULTATS DE L' ENQUETE AUPRES DES PERSONNES SOUS ANTIRETROVIRAUX AU CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE OUAGADOUGOU.

Nous avons interrogé vingt huit (28) personnes vivant avec le VIH/SIDA : treize (13) patients de sexe masculin et quinze (15) patients de sexe féminin.

Treize patients (13) fréquentent le centre depuis un an et demi ; dix (10) patients depuis environ deux ans ; cinq (5) depuis trois ans.

Un (1) patient ne dispose pas d'exonération. Dix (10) patients font partie de la catégorie D et ne payent rien. Ils sont totalement exonérés. Neuf (9) patients font partie de la catégorie C et payent 5.000 francs CFA par mois. Huit (8) patients sont de la catégorie B et payent 15.000 francs par mois.

Dix sept (17) patients suivent correctement le traitement sans interruption et ne souffrent d'aucun effet secondaire.

Deux (2) patients n'arrivent pas à respecter les heures de prise. Ils oublient souvent de prendre leurs médicaments.

Cinq (5) personnes ont eu un début de traitement difficile : deux (2) ont changé de traitement et trois (3) se sont adaptés à leur traitement et n'ont présentement aucun problème.

Quatre (4) patients souffrent de quelques effets secondaires mais qu'ils trouvent supportables : un (1) souffre de troubles de mémoire et de fatigue, un (1) patient souffre de fièvre et de diarrhée, un (1) patient se plaint de nausées, un (1) patient ressent de la torpeur.

Trois patients (3) n'ont pas été malades avant d'être mis sous ARV. Ils ont découvert leur séropositivité lors d'une campagne de dépistage et se sont rendus au centre pour être mis sous ARV.

Treize (13) patients n'ont jamais utilisé de traitement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

Quinze (15) patients ont déjà utilisé des produits de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles dans le cadre du VIH/SIDA. Il s'agissait de produits contre le VIH et les maladies opportunistes. Les maladies opportunistes qui nous ont été citées sont les suivantes : maux de ventre, diarrhée, hémorroïdes, dermatoses, problèmes d'audition, migraines, fustule ano-rectale, zona, hépatites, fièvre.

Dix (10) patients nous ont dit ne pas avoir eu de satisfaction réelle.

Trois (3) patients ont eu une satisfaction totale.

Deux (2) patients ont eu une satisfaction relative.

Le coût du traitement allait de la gratuité à la somme de 100.000 /3 mois.

Quatre (4) patients utilisent en même temps que les antirétroviraux les produits de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles.

Deux (2) patients ont associé les deux traitements à un moment mais de nos jours ils ne prennent que les antirétroviraux.

Neuf (9) patients ont arrêté le traitement de la médecine traditionnelle au profit des antirétroviraux.

Vingt et un (21) patients pensent que la médecine traditionnelle est une bonne chose et qu'elle peut être efficace dans la lutte contre le SIDA. Ils sont prêts à utiliser des remèdes traditionnels qui seront reconnus efficaces contre le VIH, mais sans laisser tomber la prise des ARV.

Les patients sont satisfaits des prestations du centre. Ils trouvent que le personnel est très aimable, mais déplorent l'attente souvent longue pour être reçu et les changements de médecins.

CHAPITRE IV : DISCUSSION-INTERPRETATION DES RESULTATS

I/ ENQUETE AUPRES DES TRADIPRATICIENS.

I-1 Caractéristiques des tradipraticiens.

Au cours de notre enquête, nous avons interrogé plus d'hommes que de femmes. Les femmes étaient un peu réservées par rapports aux hommes. Au vu des chiffres que nous avons recueillis, nous voyons qu'en majorité (153/164), les tradipraticiens ont fait du métier de médecin traditionnel, un métier à plein temps. Ils consultent les patients, préparent les médicaments et les vendent eux-mêmes. Cependant, au cours de la saison pluvieuse, 73 tradipraticiens vont au champs certains matins de la semaine pour quelques heures avant de recevoir les patients.

La plupart d'entre eux tiennent leurs connaissances de leurs parents qui ont aussi hérité de leurs parents et ainsi de suite. On a donc souvent des familles de tradipraticiens qui sont reconnues dans la société où ils vivent. Ils jouissent d'une notoriété qui fait que les populations ont entièrement confiance en eux. Cependant, ce métier a été touché par le charlatanisme. On rencontre donc des personnes qui n'ont aucunes connaissances en matière de médecine traditionnelle et qui trompent les gens avec de faux traitements.

De plus en plus les tradipraticiens s'infiltrant dans la médecine moderne. On rencontre de plus en plus des tradipraticiens qui travaillent de concert avec les hôpitaux car il est reconnu que certaines affections sont très bien prises en charge par la médecine traditionnelle. C'est le cas des infections urinaires, de certaines affections dermatologiques telle que le zona pour ne citer que ceux là.

I-2 Etat des connaissances et des conceptions des tradipraticiens sur le VIH/SIDA.

Les tradipraticiens ont des connaissances plus ou moins erronées sur le VIH/SIDA. Très peu de tradipraticiens ont reçu une formation sur le VIH/SIDA. Tenant compte des résultats que nous avons obtenus, les tradipraticiens ont besoin d'être fixés sur tous les aspects du VIH/SIDA, c'est à dire de la définition, de la cause, des modes de transmission, de prévention du VIH/SIDA. Cela permettra à ceux qui ont déjà des connaissances assez poussées de se rassurer et à ceux qui n'en avaient pas de s'informer.

De la conception que se font les tradipraticiens du SIDA, nous pouvons dire que les tradipraticiens y compris le fait qu'ils la considèrent en majorité (**figure 1**) comme une maladie nouvelle n'omettent pas de mentionner le fait que dans le temps il existait une diarrhée qui se traitait difficilement. Il pourrait s'agir selon eux de la même maladie qui s'est aggravée.

Au Congo, lors d'études faites auprès de certains tradipraticiens, il est ressorti qu'une maladie nommée *Mwanza* a des symptômes semblables aux signes dermatologiques du SIDA. Les patients atteints de cette maladie sont en majorité séropositifs (**57**). Aucune preuve n'indique avec certitude que cette maladie pourrait être le SIDA. Il pourrait s'agir de la même maladie qui s'est aggravée avec le temps. La médecine traditionnelle, forte de son côté mystique, ne pourra jamais écarter le caractère punition divine du VIH/SIDA.

Cette situation fait que la cohabitation entre les deux médecines est difficile car la médecine moderne est basée sur l'expérience et l'objectivité alors que la médecine traditionnelle explique souvent la maladie par le surnaturel et la subjectivité. En voulant donc leurs inculquer des connaissances tangibles sur le SIDA, ils seront réceptifs mais on peut se heurter à des contradictions qui n'auront pas de fin.

Les tradipraticiens tentent de donner des noms au SIDA. Le fait qu'on n'ait pas pu recenser un même nom pour une langue donnée, prouve que le SIDA est une maladie qui n'a pas encore été bien cernée par la médecine traditionnelle. Le SIDA est le plus souvent nommé par les maladies opportunistes les plus rencontrées. La diarrhée revient souvent dans les appellations du SIDA. Ainsi, toute diarrhée persistante est soupçonnée. Cela prouve que dans la médecine traditionnelle, la notion de syndrome n'est pas très bien cernée.

Les tradipraticiens en majorité savent que le SIDA est du à un agent pathogène (**figure 2**). Cependant, il existe des causes erronées qui ont besoin d'être écartées. Il s'agit des idées qui veulent que le SIDA soit du à la dégradation de l'environnement, à l'hérédité, à la mauvaise alimentation. Il ne faut pas non plus omettre que 15,24 n'ont aucune idée à ce sujet ;ce qui n'est pas négligeable. On peut dire que les tradipraticiens traitent une maladie qu'ils ne connaissent pas. Cela peut poser problème quand on sait la complexité du VIH/SIDA.

Du point de vue des modes de transmission, les tradipraticiens ont donné des réponses satisfaisantes. En effet les rapports sexuels non protégés et la transmission sanguine sont souvent ressortis dans leurs propos (**figure 3**). En revanche la transmission mère-enfant est très peu connue.

Il ne faut pas négliger les réponses erronées que nous avons obtenues, à savoir la transmission par les contacts humains, la transmission héréditaire et la transmission par les capotes, qui même si elles ont été données par très peu de tradipraticiens (trois tradipraticiens) sont révélatrices de l'existence de telles idées dans ce milieu.

Quelques-uns des tradipraticiens pensent que le SIDA peut se guérir (10 tradipraticiens). Il faut dire que les tradipraticiens ont peur de se prononcer sur cette question. Cela dénote du climat tendu qui prévaut sur la question du SIDA. Même si les tradipraticiens sont moins secrets depuis les essais de revalorisation de la médecine traditionnelle, il reste des questions sur le SIDA auxquelles les tradipraticiens se méfient de répondre. Il s'agit surtout de la question sur le traitement du SIDA. Pour eux c'est s'exposer à des dangers que de dire ce qu'ils pensent réellement sur la guérison du SIDA.

La prévention du VIH/SIDA est une question qui intéresse toutes les couches de la société. Les tradipraticiens ne sont pas en reste. Etant des gens respectés et crédibles dans le milieu où ils vivent, les tradipraticiens aimeraient avoir une part active dans les campagnes de prévention du VIH/SIDA. L'utilisation du préservatif ne fait pas la majorité parmi les tradipraticiens. Selon eux, le préservatif va à l'encontre des valeurs morales et culturelles et n'est pas fiable. Ils n'ont pas une entière confiance au préservatif. Seuls 28,66% des tradipraticiens ont préconisé l'utilisation du préservatif. Ce qui n'est pas non plus négligeable.

Les tradipraticiens sont pour la promotion des valeurs telles que la fidélité et l'abstinence : 85,98% pour la fidélité et 53,05% pour l'abstinence (**figure 4**). Selon eux seuls les changements de comportements peuvent en venir à bout du SIDA. Mis à part le côté moral de la prévention, les tradipraticiens conseillent l'utilisation des plantes utilisées dans le traitement de la maladie. On peut voir en cela un type de vaccination. En effet, il existe des méthodes de vaccination où l'on introduit sous la peau des préparations à base de plantes ou d'autres produits.

I-3 Diagnostic et critères de gravité du VIH/SIDA selon les tradipraticiens.

Les tradipraticiens reçoivent beaucoup de malades du SIDA. Nous ne pouvons pas donner de nombre précis car les tradipraticiens n'ont pas de registres de malades si bien qu'ils ne peuvent pas donner des statistiques fiables et utilisables. Les malades du SIDA vont chez les tradipraticiens pour se faire traiter à moindre coût. Il faut noter qu'en campagne ou les structures sanitaires ne sont pas développées, les malades se traitent chez le guérisseur du village ou du village voisin, qu'il s'agisse du SIDA ou non.

Mis à part le problème lié au manque des structures de santé, les populations des campagnes se sont toujours soignées chez les guérisseurs en qui ils ont totale confiance. Dans nos villes africaines, les populations consultent le plus souvent les deux médecines pour se soigner. Depuis que les ARV sont subventionnés, certains malades ont abandonné la médecine traditionnelle. Cependant, les ARV ne sont pas en quantité suffisante pour satisfaire tous les malades du SIDA.

Le problème qui réside dans le diagnostic du VIH/SIDA par les tradipraticiens c'est qu'il n'y a pas de méthode standard. Le diagnostic est en majorité basé sur un simple constat. Le SIDA étant un ensemble d'affections, se baser sur l'apparition des maladies opportunistes peut conduire à une erreur de diagnostic. Ainsi toute diarrhée chronique n'est pas forcément liée au SIDA. Il en est de même pour la toux, les dermatoses, les vomissements, la perte de poids etc.

Seulement 20,12 % des tradipraticiens demandent la sérologie à leurs patients qui présentent des manifestations rappelant le SIDA (**figure 5**). Ceci est un problème car certains malades peuvent ne pas être atteints du SIDA et être soupçonnés de l'être. Il faut noter que les tradipraticiens sont conscients de ce problème et reconnaissent qu'ils peuvent se tromper. Le fait que les tradipraticiens utilisent le mysticisme dans l'établissement du diagnostic, rend difficile son évaluation scientifique.

Les tradipraticiens n'arrivent pas toujours à établir un pronostic vital des malades du SIDA. Il n'existe pas de classification des symptômes du SIDA. Cela se justifie par le fait que le SIDA n'est pas encore bien connu des tradipraticiens. Les critères donnés n'ont pas toujours une signification dans la médecine moderne. Nous avons essayé de comprendre les critères qui nous ont été donnés.

❖ **L'état peu grave** : il est caractérisé par la fièvre, les céphalées, perte légère de poids et les dermatoses. En effet, même si ce sont des signes qui peuvent être très gênant et difficiles à soigner, ces affections mettent rarement la vie du patient en danger.

❖ **L'état grave** : il se traduit par le déclenchement de la diarrhée chronique, des insomnies, une perte importante de poids, une anémie poussée, des œdèmes des membres inférieurs, le décollement des pavillons de l'oreille. Comparé au stade terminal de la maladie du SIDA, nous ne pouvons pas vraiment situer ce qui a été dit par les tradipraticiens. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'il s'agit d'un essai de description de cachexie. La médecine traditionnelle ne se base pas sur une classification bien établie de la maladie.

Chaque patient a son tableau et en fonction de ce tableau et du savoir du tradipraticien (savoir thérapeutique et métaphysique), le patient peut être sauvé ou pas. Ce que nous avons aussi constaté au cours de l'enquête c'est que les tradipraticiens disent rarement à un patient qu'ils sont impuissants devant un mal. Il y va de leur réputation.

En conclusion les tradipraticiens ne disposent pas encore, à l'instar de la médecine moderne une classification de la maladie du SIDA. C'est une affection qui les échappe et qu'ils ne peuvent diagnostiquer sans l'aide de la médecine moderne, mais qu'ils essaient de diagnostiquer en se basant surtout sur les symptômes que présente le patient et leur évolution.

I-4 Prise en charge et suivi des personnes vivant avec le VIH selon les tradipraticiens.

Nous avons constaté que plus de la moitié des tradipraticiens (52,44%) est prête à soigner les personnes atteintes de la maladie du SIDA (**figure 6**). Nous avons déjà vu plus haut que les patients atteints par le VIH /SIDA fréquentent beaucoup les tradipraticiens. Le suivi thérapeutique se résume le plus souvent au traitement des maladies opportunistes. Cependant, des travaux antérieurs ont montré que certains tradipraticiens combattent le VIH/SIDA lui-même. Certaines plantes ont montré des pouvoirs antiviraux (**18**). Les patients font la navette entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle en fonction de leurs moyens financiers.

Les tradipraticiens se plaignent du fait que les patients vont un peu partout pour se traiter au lieu de faire confiance à un seul tradipraticien. Nous pouvons dire que c'est l'angoisse qui habite souvent les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui les pousse à cela, afin d'être sûr de trouver le traitement approprié. Les tradipraticiens voient de plus en plus la nécessité de travailler de concert avec la médecine moderne pour une meilleure prise en charge de leurs patients. 38,4% des tradithérapeutes envoient leurs patients dans les structures de la santé moderne pour faire des examens avant de revenir les voir. Certes, cette proportion n'est pas très convaincante mais, cela dénote de la part des tradipraticiens une volonté allant dans ce sens.

Les tradipraticiens prenant en charge les personnes vivant avec le VIH sont conscients du caractère chronique de la maladie. 59,3% de ces derniers donnent des rendez-vous à leurs patients. Les traitements prescrits ont une durée allant d'une semaine à un mois. C'est pour ces derniers un début de normalisation de leur profession.

En analysant les différents conseils donnés par les tradipraticiens à leurs patients nous constatons que ces conseils sont aussi diversifiés qu'utiles et fondés. En effets les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent éviter la recontamination et doivent protéger les autres en ayant des rapports sexuels protégés.

Ils doivent faire attention à leur alimentation en général et éviter les grandes fatigues. Ce qui peut être remis en cause dans les dires des tradipraticiens, c'est l'absence totale de rapports sexuels. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont le droit d'avoir une vie sexuelle. La possibilité d'avoir des enfants est de plus en plus grande avec un suivi médical rigoureux. Les tradipraticiens, une fois qu'ils sont assurés que leur patient souffre du SIDA, ils l'encouragent à ne pas perdre espoir et à tenir bon.

Ces conseils, ces encouragements que donnent les tradipraticiens à leurs patients, ainsi que le faible taux de tradipraticiens qui rejettent les PVVIH (trois tradipraticiens sur 164 soit 1,83%) montrent que ces derniers peuvent prendre une part active dans la lutte contre le SIDA.

Conclusion partielle

Les tradithérapeutes ont des connaissances plus ou moins fondées sur le VIH/SIDA. Des connaissances fondées côtoient des connaissances erronées. Certaines de ces connaissances échappent au discernement et à l'appréciation de la médecine traditionnelle, compte tenu de leur caractère irrationnel. Le diagnostic de la maladie est basé sur le constat. Le traitement est autant basé sur la pharmacopée traditionnelle que sur les forces surnaturelles. Le suivi du traitement est laissé à l'appréciation de chaque tradithérapeute. La prise en charge psychologique est assurée par l'administration de conseils et d'encouragements à l'endroit des patients. Ces conseils concernent le traitement, la prévention, l'alimentation, le mode de vie que devrait avoir une personne vivant avec le VIH/SIDA.

II/ ENQUETE AUPRES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA SOUS ANTIRETROVIRAUX.

L'enquête auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA et étant sous ARV a été menée au Centre de Traitement Ambulatoire de Ouagadougou. Elle a intéressé vingt huit personnes (28).

En majorité (60,7%) les patients supportent leurs traitements et ne se plaignent pas d'effets secondaires. Rappelons que la trithérapie est la méthode adoptée par le centre. Cette méthode présente en effet moins d'effets secondaires et est supportable par les patients. L'efficacité des ARV n'est plus à démontrer. Les patients ont une vie normale grâce aux ARV. Ils sont moins malades et vaquent à leurs occupations quotidiennes sans problèmes.

53,7% des patients interrogés c'est à dire plus de la moitié ont déjà eu recours à la médecine traditionnelle pour se soigner du VIH/SIDA avant le traitement antirétroviral. 66,6% de ces derniers n'ont pas eu de satisfaction réelle. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients en allant voir les tradipraticiens s'attendent à un remède miracle. Le plus souvent, ce n'est pas le cas. Le tradipraticien va soigner les maladies opportunistes. Puisque le VIH/SIDA est une affection chronique, les maladies opportunistes peuvent être récurrentes. C'est ainsi que le patient se dira que le tradipraticien ne l'a pas soigné car après un temps de répis les mêmes maux réapparaissent.

Nous avons rencontré quatre (4) personnes qui nous ont avoué qu'ils prenaient les ARV en même temps que les produits que leurs prescrivent les tradipraticiens. Ce chiffre même s'il est faible montre ce fait existe. De plus, il ne faut pas la majorité des patients avoue qu'ils sont prêts à associer des remèdes traditionnels à leur traitement antirétroviral si le traitement traditionnel en question est reconnu comme soignant le SIDA. Des études pourront étudier l'effet des associations de plantes sur le traitement antirétroviral.

En conclusion donc nous pouvons dire que certaines personnes vivant avec le VIH/SIDA associent les ARV aux produits fabriqués par les tradipraticiens à leur intention.

CHAPITRE V/ PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS.

Tout au long de notre enquête, nous nous sommes rendu compte du fervent désir des tradipraticiens d'être reconnus par la médecine moderne. Les tradipraticiens reprochent à la médecine moderne de les considérer tous comme des charlatans. Nous avons pu constater également en marge de notre étude que les tradipraticiens entre eux ne s'entendent pas toujours. Il existe des querelles intestines sur le pouvoir dans les associations.

Tenant compte de toutes ces considérations, nous formulons les propositions et les recommandations suivantes.

- 1- Nous proposons de créer des cadres de concertations et d'études entre les tradipraticiens et les médecins afin de permettre aux deux médecines de mieux se connaître car l'une ne peut en aucun cas remplacer l'autre mais elles peuvent se compléter. Cela permettra de déterminer le cadre d'intervention de chaque médecine dans la prise en charge du VIH.
- 2- Nous proposons l'organisation d'ateliers de formation pour améliorer les connaissances des tradipraticiens sur les maladies en général et le VIH/SIDA en particulier.
- 3- La formation des herboristes sur les techniques de séchage et de conservation des matières premières permettra de garantir la qualité des plantes utilisées dans la fabrication des remèdes. En effet, les tradipraticiens se plaignent de la qualité des plantes vendues par les herboristes. Les forêts étant de plus en plus éloignées, certains tradipraticiens ne peuvent pas aller cueillir eux-mêmes les plantes dont ils ont besoin.
- 4- Nous proposons de créer des lieux de vente sains pour les herboristes.
- 5- Nous proposons la formation des tradipraticiens sur les techniques galéniques, de conditionnement, de conservations. Il y a un début timide dans ce domaine qui demande à être conforté.
- 6- Nous proposons et recommandons la motivation de la recherche des tradipraticiens sur le SIDA, en analysant au laboratoire les produits qu'ils auraient proposés. Cela se fait déjà mais a besoin d'être mieux organisé et de faire l'objet d'un programme financé. Ce programme permettra de mettre à la disposition des tradipraticiens les moyens et la formation dont ils ont besoin pour préparer des remèdes de qualité destinés à être étudiés et aux chercheurs également les moyens dont ils ont besoin pour la recherche.

Pour que cela soit effectif, les tradipraticiens auront besoin d'être rassurés qu'ils ne courent aucun danger, que l'éventuelle découverte d'un bon remède contre le SIDA grâce à eux, leur sera officiellement reconnu et qu'ils pourront profiter des retombées pécuniaires de la découverte.

- 7- Certaines plantes sont en voie de disparition. Pour éviter cela, la création de pépinières et de jardins botaniques entretenus par les tradipraticiens et les herboristes permettra aux tradipraticiens de trouver à tout moment les plantes dont ils ont besoin.
- 8- Nous recommandons que des études soient financées dans le but de mesurer l'impact des remèdes traditionnels sur le traitement antirétroviral. Cette étude pourrait se faire dans un premier temps en laboratoire et ensuite faire l'objet de recherches au niveau de l'homme. Les résultats de cette étude permettront de confirmer ou d'infirmer que la prise concomitante des remèdes traditionnels avec les ARV est bénéfique pour les PVVIH.

CONCLUSION

CONCLUSION GENERALE

Les connaissances et pratiques des tradipraticiens dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont fait l'objet d'une enquête qui a intéressé cent soixante quatre (164) tradipraticiens de la ville de Ouagadougou et vingt huit (28) personnes vivant avec le VIH/SIDA suivant un traitement antirétroviral.

Les résultats obtenus nous permettent de conclure que les tradipraticiens ont besoin de formation concernant l'infection à VIH surtout sur les causes, les modes de transmission, les moyens de préventions. Cela permettra de supprimer les idées erronées sur l'infection et permettre une meilleure prise en charge des patients qu'ils reçoivent.

Les tradipraticiens reçoivent un nombre non négligeable de patients souffrant de diverses maladies. Ce sont des personnes respectées des populations. Nous avons assisté à la formation des vendeuses de la bière de mil à la prévention du VIH/SIDA parce qu'elles reçoivent par jour beaucoup de monde. A l'instar de ces dernières, les tradipraticiens peuvent être formés et avoir des actions de sensibilisation allant dans ce sens au sein de leurs associations.

Les tradipraticiens pensent bien que les patients prennent les produits qu'ils leur prescrivent en même temps que les antirétroviraux. L'enquête auprès des patients a permis dans une certaine mesure de confirmer en effet que les patients, dans le souci d'obtenir la santé, sont prêts à suivre plusieurs traitements en même temps.

Une étude plus poussée allant dans le sens de notre thème de recherche sur la majorité du territoire aura pour intérêt d'organiser et de mieux penser l'intégration des tradipraticiens dans le système de santé en général et dans la lutte contre le SIDA en particulier, car la médecine de nos ancêtres a beaucoup à apporter à la médecine moderne.

Une harmonie entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle aura pour intérêt d'élargir les possibilités de se soigner dans l'intérêt de nos populations en général et des personnes vivant avec le SIDA en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- ABAYOMI SOFOWORA

Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique.

Edition Karthala, 1996 341p.

2- Amélioration du traitement contre le VIH.

Pour la science : dossier sida, sept 1998. p, 27 – 33.

3- BARTLETT John, MOORE Richard

Inconvénients des trithérapies.

Pour la science Sept. 1998 n° 251.

4- BELEC Laurent

Thérapeutique pratique du SIDA.

Edition Med-Line 1993.

5- BENOIST Jean

Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme médical.

Edition Karthala Paris (France) 1996.

6- BENOIST Jean, DESCLAUX Alice

Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique.

Anthropologie et sida : bilan et perspectives.

Médecine du monde, karthala paris (France) 1996.

7- BOURDILLON François

Accès au traitement : de Durban à Barcelone, un bilan très contesté.

XIV CISMA juillet 2002 10p.

8- Bulletin de l'ANRS, n°38, Paris (France) novembre/décembre 2002.

9- CASSUTO Gill-Patrice, PESCE Alain, QUARANTA Jean-François.

Sida et infection par le VIH.

Paris MASSON 3^{ème} édition 1996.

10- CHEMINOT Nathalie, DELFRAISSY Jean-François, GUIGUELMY Suzanne, CAFON Gilles, LANG Jean-Marie.

TETU+ : le guide gratuit d'information sur le VIH.

Paris 2000.

11- CHRISTOPHE Nathalie, POILLARD Hélène.

Le sida en Afrique : recherches en sciences de l'homme et de la société.

Collection Sciences sociales et sida.

Paris ANRS/ORSTOM 1997.

12- CNLS/Ouagadougou/Burkina Faso (2001).

Plan d'action National de lutte contre le VIH/SIDA.

13- COATES Thomas, COLLINS Chris.

La prévention de l'infection par le virus du SIDA.

Pour la science(FRA), n°521, 1998, p42-43.

14- Comment le virus déjoue les pièges qui lui sont tendus ?

La recherche n°275 Vol 26, avril 1995.

15- Contre le SIDA.

Revue trimestrielle éditée par le SP/CNLS/IST DU Burkina Faso.

N°00 Octobre-Décembre 2003.

16- NSENG-NSENG NDONG Corinne.

Le SIDA au Gabon : mise en place du programme ACCES et analyse des résultats préliminaires.

Thèse pharm. N°89 du 26 juillet 2002 UCAD Dakar Sénégal.

17- DELFRAISSY Jean-François.

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe des experts.

Médecine Science, Paris FLAMMARION 2000.

18- DJIERRO Kadidja.

Contribution à la connaissance de quelques plantes médicinales utilisées pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la ville de Ouagadougou.

Thèse Pharmacie n°32, juillet 2002. Ouagadougou.

19- DOROSZ Pierre.

Les antirétroviraux généraux. Guide pratique des médicaments.

DOROSZ 2001

20- DOZON Jean-Pierre, VIDAL Laurent.

Médecine traditionnelle et sida : les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien.

Les sciences sociales face au sida : cas africain autour de l'exemple ivoirien.

ORSTOM Paris 1995, 582p.

21- FLEUTELOT Eric et GOUDJO Abdon.

Que fait le fond mondial ? XIV^{eme} Cisma Barcelone, juillet 2002.

22- GALLO Robert, MONTAGNIER Luc.

Le sida.

Paris Pour la science 1988, 139p.

23- GOULD Peter.

La géographie du SIDA : étude des flux humains et expansion d'une épidémie.

La recherche N°280 octobre 1995 Vol 26 ; p.36-37.

24- GUIARD-SCHMID Jean-Baptiste.

Le sida au Burkina Faso : historique, épidémiologie, politique nationale, intervenants de la lutte contre le Sida.

Limoges, Faculté de Médecine, thèse de Doctorat en Médecine, 1994.

25- KERNBAUM Serge.

Le praticien face au sida.

Médecine Science FLAMMARION, mars 1996.

26- KERNBAUM Serge.

Thérapeutiques antirétrovirales.

Médecine Science FLAMMARION, octobre 1996.

27- Le Journal De La Démocratie Sanitaire.

Janvier février 2003, p3, 11.

28- MARC Olivier.

Guide de production des médicaments traditionnels améliorés (MTA) à base de plantes médicinales.

Projet Phava, PROMETRA SAMA Bioconsult, 2001.

29- MICHON Christophe.

Programme pilote d'accès aux antiretroviraux.

XIVème CISMA juillet 2002, p8-10.

**30- Ministère de la Santé / Secrétariat général / Direction générale de la santé publique /
Direction des Services Pharmaceutiques / OMS / CREDES.**

Document de base de l'atelier sur la politique nationale en matière de médecines traditionnelles et les critères de sélection des médicaments traditionnels améliorés.

Kaya du 11 au 13 novembre 1999 Ouagadougou BF.

31- Ministère de l'économie et des finances.

Coopération au développement : cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, cadre référentiel d'intervention des partenaires au développement du Burkina Faso.

Rapport 2000. Ouagadougou mars 2003.

32- MONTAGNIER Luc.

SIDA : Les faits, l'espoir.

Paris Med Edition, 11^{ème} édition 1997.

33- MONTAGNIER Luc, ROSENBAUM Willy, GLUCKMAN Jean-Claude

SIDA et infection à VIH.

Médecine science Paris FLAMMARION 1989, 579p.

34- MOUTON Yves, DEBOSQUERY Yves, OUBREUILL Luc.

Antibiotiques, antiviraux, anti-infectieux.

Montrouge, John Libbey, Eurotext 1997, 261p.

35- NEBOUT Nicole.

Lumières sur le SIDA.

Versailles, les classiques africains, 1994, 103p.

36- OMS/2001. Rapport du Programme régional de lutte contre le SIDA.

Atelier pour le renforcement des capacités de laboratoire dans le cadre de la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

37- OMS.

Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection contre le virus de l'immunodéficience humaine.

Genève 1990, 2^{ème} édition 14p

38- OMS / FAO.

Living well with HIV / AIDS.

A manual on nutritional care and support for people living with HIV / AIDS.

39- OMS / ONUSIDA.

Le point sur l'épidémie de SIDA.

Genève 2001.

40- OMS/ONUSIDA.

Le point sur l'épidémie de SIDA.

Genève, décembre 2003.

41- ONUSIDA 2000.

Le SIDA en Afrique pays par pays : forum 2000 pour le développement de l'Afrique.
Genève.

42- ONUSIDA.

Méthodes de dépistage du VIH : ONUSIDA actualisation.

Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA.

Genève 1997.

43- ONUSIDA.

Prévention du VIH. Méthodes novatrices, sélection d'études de cas.
Collection Meilleures Pratiques.
Genève / Suisse 2001.

45- ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH / SIDA 2002.

46- ONUSIDA / Etudes de cas février 2003.

Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle.
L'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA. Accroissement de
l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est.

47- ONUSIDA / Organisation Internationale des employeurs. Février 2003.

Manuel des employeurs sur le VIH/SIDA. Guide pour l'action.

48- ONUSIDA / The global business council HIV/AIDS.

Riposte des entreprises au VIH/SIDA : impact et leçons tirées.
Genève / Londres 2003.

49- OUANGO Jean-Gabriel.

SIDA et traditions au Burkina Faso.
Santé mentale au Québec vol 17, 1992.

50- OUEDRAOGO Koudaogo.

Les médicaments essentiels et génériques dans le traitement des infections opportunistes
liées au VIH/SIDA.
Ouagadougou, 1998.

51- PAYOT et RIVAGES.

Histoire du SIDA : début et origine d'une pandémie actuelle.
Paris, 1998, 491p.

52- PIALLOUX Gilles.

Les chiffres de la pandémie.
XIVème CISMA juillet 2002 p6-7.

- 53- PIOT Peter, KAPITA Bila M, NGUGI Elisabeth. N, MANN Jonathan, M. COLBUNDERS Robert.**
Le SIDA en Afrique : manuel du praticien.
Genève OMS 1993.
- 54- POUSSET Jean-Louis.**
Plantes médicinales africaines : utilisation pratique.
Edition Ellipse 1989.
- 55- RICHMAN Douglas, STASZEWSKIS Schlomo.**
HIV drugs résistance and its implication for antiretroviral treatment stratégies.
- 56- Rosenheim, ITOUA Ngaparo A.**
SIDA : infection à VIH, aspects en zone tropicale.
- 57- SACRIPANTI Franck Hagenbucker.**
Représentation du SIDA et médecine traditionnelle au Congo (Pointe Noire).
ORSTOM Paris (France) 1994.
- 58- SARR Anta épouse GUEYE.**
Surveillance par ‘ ‘ réseau sentinelle ‘ des infections VIH au Sénégal.
Thèse pharm N°83 UCAD Dakar /Sénégal.
- 59- SLAGA Laurence, GUESSANI Sabine.**
Aide à la prise des antirétroviraux.
Pateaux, Bristol Meyer Squibb 2000.
- 60- SIBARLET André, COULAUD Jean Pierre et Coll.**
Maladies sexuellement transmissibles.
Abrégés deuxième édition MASSON 1991.
- 61- SIMPORE Jacques.**
Médicaments issus de la médecine traditionnelle et traitement du VIH/SIDA au Centre Saint Camille de Ouagadougou Burkina Faso, 2001.

62- SOUTEYRAND Yves, PIALOUX Gilles.

Connaissances et engagement pour l'action.

XIVème CISMA, juillet 2002 Barcelone p7-12.

63-TAYLE Didier, PIALOUX Gilles.

Le guide du SIDA.

Paris CRIOS 1996, 565p.

64- TRAORE Dominique.

Médecine et magie africaines.

Présence africaine : ACCT, décembre 1983.

65- WILFERT Catherine, Mckinney Ross.

Pour la science N°251 septembre 1998 p. 40-41.

ANNEXES

ANNEXE I

VU

LE PRESIDENT DU JURY

LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE CHEICK ANTA DIOP DE DAKAR

ANNEXE II

FICHE D'ENQUÊTE

**CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES TRADIPRATICIENS
DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH/SIDA**

PUBLIC CIBLE : Tradipraticiens

VILLE, SECTEUR, PROVINCE,

RÉGION :

NUMERO DE LA FICHE : /___/

NOM, PRENOMS,

ADRESSE

.....
.....

SEXE : /___/

AGE : /___/

1- Origine du

savoir

2- Depuis quand exercez-vous dans la profession ?

3- Avez-vous des relations avec :

-autres tradipraticiens /___/

-Structures, spécialistes et agents de santé ? /___/

-hôpitaux, structures sanitaires /___/

4- De quelle nature sont vos relations ?

-association /___/

-courtoisie /___/

-travail /___/

-autres

1/ CONNAISSANCE DE LA MALADIE

5- Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ? Croyez-vous en son existence ?

6- Avez-vous déjà reçu une formation sur les IST/SIDA ? oui /___/ non /___/



.....

- maladie comme les autres /___/
- malédiction divine /___/
- sort jeté par une tierce personne /___/
- possession par les mauvais esprits /___/
- autres.....

10- Quelle est la cause de la maladie ?
 -agent pathogène /___/ lequel(son nom) ?
 -aucune idée /___/
 - autres.....

-rapports sexuels non protégés /___/
-Sang(explications)
/___/.....

.....

- mère –enfant /___/
- possession par les mauvais esprits /___/
- contacts humains(salutations, bises, repas communs...) /___/
- air /___/
- eau /___/
- autres.....

13- Comment peut-on éviter le SIDA ?

- préservatif /___/
- abstinence sexuelle /___/
- fidélité entre partenaires /___/
- protection contre le mauvais sort /___/
- dispositif de sécurité /___/
- autres / /

14- Avez-vous déjà reçu des malades du SIDA ? oui /___/ non /___/

- Toux chronique
- fatigue générale
- fièvre persistante
- diarrhée
- perte importante du poids corporel.
- Dermatoses.
- autres.....

- observation des jets de cauris /___/
- géomancie /___/
- voyance dans laalebasse d'eau /___/
- autres techniques...

16- vous arrive t-il de vous tromper ? oui /___/ non /___/

17- Degré de la maladie

STADE DE LA MALADIE	CRITERES DE GRAVITE
PAS GRAVE	
GRAVE	

3/ PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

18- vous êtes-vous déjà engagé dans le traitement des malades du SIDA ? SIDA ? oui /___/ non/___/

19- Si oui recevez-vous beaucoup de patients ?

20- D'où viennent vos patients ?

- des hôpitaux /___/
- sur conseil de proches/___/
- après échecs de traitements /___/ origine du traitement.....
- autres.....

21- Les traitez-vous seul ou avez-vous recours à des personnes ressource ?

- seul /___/
- personnes ressources /___/
 - d'autres tradipraticiens ☐
 - hôpital ou structures sanitaires ☐
 - associations prenant en charge des séropositifs du VIH/SIDA ☐

22- En quoi consiste le traitement ?

- détruire l'agent causal /___/
- traiter les maladies opportunistes /___/
- séances rituelles /___/.....
- autres.....

23 Procurez-vous des conseils à vos patients pour un meilleur résultat du traitement ?

Oui /___/ non /___/

24 Si oui, lesquels ?

.....

25- Le suivi des patients :

- Nous leur fixons des rendez-vous qu'ils doivent respecter /___/
- Nous allons les voir chez eux /___/
- pas de suivi particulier. Ils reviennent nous voir selon leur état de santé /___/

26- Font-ils des analyses pour suivre leur état de santé ? oui /___/ non /___/

27- Si oui lesquelles ?

.....

4/ SUPPORT DU TRAITEMENT

28- Qu'utilisez-vous pour traiter vos patients ? -plantes /___/

-extraits d'animaux /___/

-minéraux /___/

- autres.....

5/ RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

29- Avez-vous déjà guéri des cas de SIDA confirmés ?

-non /___/

-oui /___/ Combien /___/ raisons.....

30- coût du traitement.....

6/ PERSPECTIVES

31- La médecine moderne est à la recherche d'un remède qui puisse empêcher un homme sain d'avoir le SIDA.Pensez-vous trouver un remède semblable ?

32- Dans le cas où vous trouveriez ce remède ? cela restera un secret pour vous ou au contraire vous en ferez profiter le monde entier ?

.....

33- Que pensez-vous de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ?.....

.....

DERNIER MOT

.....

MERCI D'AVOIR REPONDU AUX QUESTIONS

ANNEXE III

FICHE D'ENQUETE DES PVVIH

CIBLE : personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV au Centre de Traitement Ambulatoire de Ouagadougou.

TYPE : questionnaire individuel, anonyme et volontaire.

SEXE : F : ☐ H : ☐

Q1 : depuis combien de temps fréquentez-vous le CTA ? -----

Q2 : combien vous coûte le traitement que vous suivez ? -----

Q3 : arrivez-vous à suivre le traitement sans l'interrompre ? Si non, les raisons de

L'interruption -----

Q4 : Qu'avez-vous noté comme changements dans votre santé depuis que vous prenez les ARV ? -----

Q5 : avez-vous déjà suivi un ou plusieurs traitement(s) à base des produits de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans le cadre du SIDA ? Pour quel symptôme ou maladie ? -----

Q6 : Avez-vous eu satisfaction à l'issue de ce traitement traditionnel ? -----

Q7 : combien vous a coûté le traitement traditionnel que vous avez suivi ? -----

Q8 : Depuis que vous êtes sous ARV au CTA, avez-vous déjà eu recours à la médecine traditionnelle ou continuez-vous un traitement traditionnel que vous suiviez ? Pourquoi ? -----

Q9 : Que pensez vous de la médecine traditionnelle en générale et de sa participations dans le traitement du SIDA ?

Q10 : Vos observations sur le CTA-----

MERCI DE VOTRE COLLABORATION ET MEILLEURE SANTE

ANNEXE IV

DIFFERENTS PROCEDES D'INACTIVATION DU VIH

PRINCIPAUX PROCEDES D'INACTIVATION	PRODUITS	CONCEN TRATION	TEMPS DE CONTACT	MODE D'UTILISATION	REMARQUE
PROCEDES CHIMIQUES	Eau de javel (hypochlorite de sodium) 12 °Cl	1/10 ^e	30 min	Uniquement désinfection des surfaces et sols, WC. Pas sur la peau sauf urgence imprévue. Ne pas nettoyer l'autoclave.	vérifier le date de péremption du produit. Solution instable à utiliser dans les 48 h. Corrosif pour métaux oxydables
	Alcool (éthanol, propanol)	70°	4min	Antisepsie cutanée. Désinfection des optiques. Désinfection de surfaces lisses pas trop souillées.	Agit rapidement mais évaporation forte.
	Ammoniums Quaternaires	0,1 p. 100	10 à 30 min	Antisepsie cutanée. Désinfection du matériel	Conservation limitée.
	Aldéhydes : Formol, Formaldéhyde	0,5 p. 100	30 à 60 min	Désinfection du matériel chirurgicale et endoscopique.	Activité réduite par les protéines. Le formol à 0,1 est inactif car d'action trop lente.
	glutaraldéhyde	2 p. 100			
	Dérivés iodés (bétadine)	≥1p.100 d'iode libre	15 min	Antisepsie cutané-muqueuse.	Moins corrosif que l'eau de javel.
	Diguanidines (chlorhexidine)			Inefficaces	Certaines préparations associées sont actives.
PROCEDES PHYSIQUES	Chaleur	plus de 56°C Ou ébullition	30 min	Désinfection, inactivation du virus en laboratoire.	Procédé utilisable pour les produits sanguins, le linge et la vaisselle.
		Autoclave 121 °C	15 min		Stérilisation des matériels.
	Ultraviolets Froid Rayons X et gamma			inefficaces	

ANNEXE V

LES EFFETS INDESIRABLES DES ANTIRETROVIRAUX

Les effets indésirables des Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI)

INNTI	Effets secondaires indésirables
Névirapine DCI (VIRAMUNE®)	Éruptions cutanées, fièvre (parfois), syndrome de Sterens Johnson
Délavirdine DCI (RESCRIPTOR®)	Eruptions cutanées, nausées, vomissements, diarrhées, insomnies, fatigue, leucopénie, cauchemars, céphalées, bénignes.
Efavirenz DCI (STOCRIN®)	Eruptions cutanées, nausées, diarrhées, insomnies, fatigue, céphalées, éruptions maculo-papuleuses bénignes

Les effets indésirables des Inhibiteurs de la protéase : antiprotéases

IP	Effets secondaires indésirables
Nelfinavir DCI (VIRACEPT®)	Diarrhées, augmentation des transaminases, hyperglycémie, Nausées.
Ritonavir DCI (NORVIR®)	Arrière goût amer, nausées, vomissements, diarrhées, Polynévrites, hyperglycémie.
Indinavir DCI (CRIXIVAN®)	Nausées, vomissements, polynévrites, lithiases rénales, prurit , Cauchemar, fatigues.
Saquinavir DCI (INVIRASE®)	Eruptions cutanées, nausées, diarrhées, céphalées, hyperglycémie

Les effets indésirables des Inhibiteurs de Transcriptase Inverse (INTI)

Zidovudine DCI (RETROVIR [®])	Céphalées, nausées, malaises, fatigues, anémie, Neuropathie, myélopathie, insomnies.
Didanosine DCI (VIDEX [®])	Polynévrites, pancréatites, nausées, vomissements, Diarrhées, prurit, éruptions cutanées.
Zalcitabine DCI (HIVID [®])	Polynévrite, pancréatites, stomatites ulcérations buccales, Nausées, vomissements anorexie, céphalées.
Lamivudine DCI (EPIVIR [®])	Bien tolérées mais pancréatites chez les enfants, parfois Céphalées, fatigues nausées. Anémie et neutropénies si administrée avec la zidovudine.
Stavudine DCI (ZERIT [®])	Polynévrites, pancréatite, hépatite, nausées, vomissements, fièvre, céphalées, éruptions cutanées, diarrhées, fatigue.

PLANTES MEDICINALES UTILISEES EN TRAITEMENT D'ENTRETIEN DU VIH/SIDA.

(ANNEXE VI)

Famille botanique	Nom de l'espèce	Partie utilisée	Forme utilisée
Annonaceae	<i>Annona senegalensis</i>	feuilles	Poudre essentiellement
Apocynaceae	<i>Saba senegalensis</i> (A.DC) Pichon Var. <i>senegalensis</i>	feuilles	poudre
Balanitaceae	<i>Balanites aegyptiaca</i> (L.) Del	Ecorce du tronc	Poudre et décoction
Cesalpiniaceae	<i>Cassia sieberiana</i> DC	Ecorces des racines	Poudre et décoction
Cesalpiniaceae	<i>Cassia tora</i> L.	feuilles	poudre
Cochlospermaceae	<i>Cochlospermum</i> <i>Planchtoni</i> Hooukf.ex Planck	rhizome	Poudre essentiellement
Cochlospermaceae	<i>Cochlospermum</i> <i>tintorium</i> A. Rich	rhizome	Poudre essentiellement
Combretaceae	<i>Combretum</i> <i>micranthum</i> G. Don	feuilles	poudre
Combretaceae	<i>Guiera senegalensis</i> J.F.Gmel	Spores	poudre
Euphorbiaceae	<i>Euphorbia hirta</i> L.	Plante entière	poudre
Euphorbiaceae	<i>Securigena virosa</i> (Roxb.ex.Willd.)baill	écorces	Poudre et détection
Meliaceae	<i>Khaya senegalensis</i> (Ders)A.Juss	Ecorces du tronc	poudre
Meliaceae	<i>Azadirachta indica</i> A.Juss	feuilles	poudre
Mimosaceae	<i>Parkia biglobosa</i> (Jacq)Benth	feuilles	Poudre et décoction
Olacaceae	<i>Ximenia americana</i> L.	racines	poudre
Pedaliaceae	<i>Ceratotheca</i> <i>sesamoides</i> Endl	plante entière	poudre
Poaceae	<i>Zea mays</i> L.	graines	poudre
Polygalaceae	<i>Securidaca</i> <i>longepedunculata</i> Fres	écorces des racines	poudre
Rhamnaceae	<i>Ziziphus mauritiana</i> Lam.	pulpe du fruit	poudre
Rhamnaceae	<i>Ziziphus mucronata</i> Wild.	écorces	poudre

Rubiaceae	Gardenia sokotensis Hutch.	parties aériennes	poudre
Rubiaceae	Mitragyna inermis O.	écorces du tronc	poudre
Rutaceae	Fagara xanthozyloides Lam.	Ecorces du tronc	poudre
Zinziberaceae	Aframomum melegueta K. Schum	Fruits	poudre

ANNEXE VII : LES PLANTES UTILISEES POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES OPPORTUNISTES.

Les plantes utilisées pour le traitement de la diarrhée.

Noms des espèces	Familles	Parties utilisées	Formes utilisées
<i>Adansonia digitata</i> L.	Bombacaceae	les fruits	poudre
<i>Euphorbia hirta</i> L.	Euphorbiaceae	plante entière	poudre et décoction
<i>Ficus platyphylla</i> Del	Moraceae	écorces du tronc	poudre et décoction
<i>Psidium gajava</i> L.	Myrtaceae	feuilles	poudre et jus des feuilles fraîches pilées
<i>Spermocoe verticilla</i> L.	Rubiaceae	feuilles	poudre
<i>Terminalia laxiflora</i> Engl	Combretaceae	écorces	poudre et décoction

Les plantes utilisées pour le traitement des dermatoses.

Noms des espèces	Familles	parties utilisées	Formes utilisées
<i>Annona senegalensis</i> Pers	Annonaceae	feuilles	poudre
<i>Stryga hermontheca</i> (Del) Benth	Srophulariaceae	feuilles	poudre

Les plantes utilisées pour le traitement de la toux.

<u>Noms des espèces</u>	Familles	parties utilisées	Formes utilisées
<i>Acacia albida</i> Del	Mimosaceae	écorces et feuilles	poudre pour la voie orale ou par inhalation
<i>Acaia gampylatcantha</i> Hochst ex. A. Rich	Mimosaceae	écorces	poudre
<i>Entada africana</i> Guill. Et Perr.	Cesalpiniaceae	écorces	poudre
<i>Gueira senegalensis</i> J.F Gmel	Combretaceae	écorces	poudre

Les plantes utilisées pour le traitement de la fatigue générale et de l'anémie.

Noms de l'espèce	Familles	Parties utilisées	Formes utilisées
<i>Heeria insignis</i> (Del) O. Ktze	Anacardiaceae	racines et feuilles	poudre et décoction
<i>Cassia sieberiana</i> DC	Cesalpiniaceae	écorces	poudre
<i>Gardenia sokotensis</i> Hutch.	Rubiaceae	parties aériennes	poudre