

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple –Un But –Une Foi

Université de Bamako

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2007-2008

N°

Thèse de médecine

L'impact de la pandémie du VIH/SIDA sur la stabilité du couple à propos de 52 cas de personnes vivant avec le VIH en consultation dans le service des Maladies infectieuses du CHU du Point G.

Présentée et soutenue publiquement le 05/03/ 2008
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par Mr Massahoudou Joseph ALLA-SENE

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

Jury

Président : Professeur Sahare FONGORO

Membre: Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE

Membre: Docteur Samba DIOP

Directeur : Professeur Sounkalo DAO

DESIRS

Sois serein au milieu du bruit et de l'agitation et songe au calme paisible qui se dégage du silence. Vis en bonne entente avec tout le monde sans pour cela te renier. Expose calmement et clairement tes idées. Ecoute les autres, même celui que tu considères moins intelligent que toi, car lui aussi a quelque chose à t'apprendre.

Evite les personnes bruyantes et agressives, elles sont un supplice pour l'esprit. Si tu te compares aux autres, tu te sentiras parfait, vaniteux et aigri, car il y en aura toujours de plus grands et de plus petits que toi. Sois heureux de ce que tu réalises et de ce que tu te proposes de faire, si modeste que soit ta profession, elle est réellement une richesse dans un monde instable. Sois prudent en affaires car le monde veut te tromper, mais garde les yeux grands ouverts devant ses beaux côtés ; beaucoup recherchent un idéal élevé et font preuve de grand courage.

Reste toi-même, ne simule pas l'affection mais ne parle pas non plus de l'amour cyniquement, car en présence de l'indifférence et du désenchantement, il est aussi fragile que le brin d'herbe. Accepte sans amertume la sagesse des années en échange de ta jeunesse. Fortifie ton esprit, il te soutiendra en cas de malheur soudain. Ne te laisse pas entraîner par ton imagination et tes chimères ; l'angoisse naît de la fatigue ou de la solitude. Impose-toi une saine discipline, mais reste néanmoins indulgent envers toi-même.

Tu es un enfant de l'univers, tout comme les arbres et les étoiles tu as le droit d'exister. Et même si cela échappe à ta compréhension, l'univers poursuit son évolution. Vis en paix avec la puissance supérieure, quel que soit le nom que tu lui donnes ; et quels que soient tes actes et tes aspirations, vis en paix avec ta conscience dans ce monde bruyant.

La vie est quand même belle, malgré toutes ses hypocrisies, ses perfidies, ses tracasseries et ses rêves envolés. Reste vigilants et tends inlassablement vers le bonheur.

Baltimore.

d'après un texte anonyme, trouvé en 1692 en l'Eglise St. Paulus à

DEDICACES

*À Allah, le Très Miséricordieux, le
Tout Miséricordieux, Qui m'a protégé durant tous
ces jours, mois, années ; jusqu'à ce que je puisse
voir de mes yeux par Sa Grâce, ce jour heureux
pour Sa Gloire et selon Sa Volonté Souveraine.*

A ma chère maman, feu BASSA DJOBO Mériga Justine, je te dois la vie et bien plus encore car tu as été une personne exceptionnelle à mes yeux et ton amour, je le ressens encore aujourd'hui malgré ta disparition. Ce travail est pour te rendre hommage et perpétuer ta mémoire si chère à mes yeux.

A mon grand-papa, feu ALLA-SENE Bassa Bozinambo Adrien, tu as été le véritable architecte de ma vie et tu resteras un exemple et un idéal à atteindre pour moi. J'aurais voulu apercevoir ce regard, qui est resté gravé dans ma mémoire au moment où je m'apprêtais à quitter le TOGO pour le MALI. Cet instant m'a ouvert les yeux sur l'étendue de ton affection à mon endroit.

A ma grand-maman, ALLA-SENE Samata née YERIMA, ton affection pour moi est du baume dans mon cœur et un bienfait de tous les jours. Que tes jours se prolongent et que tu sois encore plus fière de ton petit-fils que je suis.

A mon grand-papa, feu BAH-TRAORE SEITI, ta stature et ton affection resteront un souvenir impérissable dans ma mémoire.

A ma grand-maman, BAH-TRAORE, ton affection est une preuve de ce lien inaltérable qui nous unit.

A mon oncle, ALLA-SENE Bassa Dorica Cyrille, tu as toujours été là pour me soutenir et m'encourager à aller de l'avant. Merci pour tout cela et plus encore.

A mon oncle, Foudou ZAKARI, tu as été très tôt sensible à mon devenir et tu es resté fidèle jusqu'au bout vis-à-vis de moi dans ton soutien matériel et moral. Ce travail est le fruit de ces efforts sans cesse renouveler.

A mon oncle El hadj Nouhoum BOUKARI, ta spiritualité et ton souci de la perfection et ton apport matériel inespéré m'ont toujours donné envie d'aller le plus loin possible dans mes efforts.

A mon oncle Hamza BAH-SEITI, le souci permanent que tu as de me savoir dans des conditions optimales d'études, est une marque qui me restera longtemps.

A mes oncles ; ALLA-SENE Bassa Sando Désiré, ALLA-SENE Bassa Dieu-donné, ALLA-SENE Bassa Roger, vos encouragements et votre affection est pour moi aussi précieuse que tout l'or du monde.

A mes tantes ; Mme AMEWADAN Marthe née ALLA-SENE, Mme OURO-TAGBA Félicité née ALLA-SENE, Mme DJOUA Catherine née ALLA-SENE, Mme MAL'OURO Akouvi Brigitte née ALLA-SENE, Mme Leocadie née ALLA-SENE, Feue Colette née ALLA-SENE ; j'ai de la chance de vous avoir et toute l'affection et l'attention que vous ne cessez de me porter est pour moi comme un oasis dans un immense désert qu'est notre existence en ce monde.

A mes oncles, ABDOUL SALAMI, Feu BAH-TRAORE Nouroudine, Saliou, Roufai, DJIBRIL Yahouza, Django ; merci.

A Mes grands frères ZERMAN Abdoul Karim, Razak, ABDOUL SALAMI AZIZ ; merci.

A Mr BAH-SEITI Rabiou, merci.

Au Dr BANG'NA A. B. Inoussa , tu m'as encouragé comme personne n'a su le faire ; que Dieu te garde longtemps.

A Mr TOUDEKA Félicien, votre affection est restée la même du début à la fin de mon cursus universitaire, soyez béni abondamment.

A Mr LAAM KUABA Daniel, très tôt, j'ai trouvé en vous un confident et vos conseils sont toujours pour moi des repères dans chacun de mes pas dans ma vie.

A Mr AGBOSSOU Jérôme, merci de toujours nous encourager à aller de l'avant.

A Mr AKATOR Salomon, tu m'as soutenu comme je ne pouvais l'espérer à des moments cruciaux de ma vie et ton affection est une fierté pour moi que j'espère mériter toujours.

A Mr Bila BELEMGOABGA, ton soutien inespéré et tes conseils me suivent dans mes décisions de tous les jours.

Au Dr Adjo Enyonam AKATOR, tout le long de ce parcours quelquefois sinueux, s'il y a une chose dont je pouvais me rassurer, c'est ta présence, ton soutien et ton affection. L'avenir nous ouvre les bras dès à présent et le temps fortifiera tout ce que patiemment nous avons gagné dans la persévérance et l'abnégation.

REMERCIEMENTS

A mon grand-oncle, BASSA Zakari
A Mr Zakari Foudou, son épouse, ses enfants : Taouffik, Myriam, Nassira.
A El hadj BOUKARI Nouhoum, son épouse Mme BOUKARI Aicha, ses enfants :
Amina, Daoud, Rasheeda, et toute sa famille.
A Mr AMEWADAN Casimir et sa famille,
A Mr MAL'OURO Mounirou et sa famille
Mr OURO-TAGBA Séni et sa famille,
A Maître DJOUA Sina et sa famille,
A Mr TOUDEKA Félicien, son épouse et leurs enfants
A Mr KPOGO Innocent et toute sa famille
A Mr KPOGO Kokou Daniel
A Mr AKATOR Salomon, son épouse et sa famille.
A la Famille ALLA-SENE
A la Famille BAH-TRAORE
A la Famille YERIMA
A Mr et Mme AGBOSSOU
A Mr Komlan Hervé SOUKA et sa famille
A Mr BELEMGOABGA Bila et sa famille
A la Révérende sœur Marie Cécile KUTOLBENA
A Mr LAAM-KUABA Daniel et sa famille
A Mr BRANGAMA et sa famille
A Mr NOVISSI et sa famille
Au Dr OURO BANG'NA Inoussa et sa famille
A Mr TCHASSEI Bozinambo et sa famille,
A Mr TCHASSEI Rachidou et sa famille
A l'Union des Elèves, Etudiants et Stagiaires Togolais au Mali (UESTM) et sa cellule
FMPOS

A mes aînés : Dr Edem TOUDEKA, ZIMARE Samah Salissou, SABLIKOU Eric, KODOM Michel, EGAH Kelly, GOUNDO Hyacinthe, GBEGNEDI Kodjo, FOADEY Madjey, Yvette, DOGBE Sonia, Julienne, Efoe, TCHALLA ABALO Mebinesso, TCHALLA ABALO Mewenenissi, RANDOLPH Simon, Edem.

A mes ami(e)s et compagnons, AKILA Raganande, DOVI Amessouwo, DOVI Adodo PANA Koboyo, NAMMANGUE Boanyene Williams, TCHAKPEDEOU Manaf, OURO ADEI Essofa, OURO ADEI Webi, AKPABIE AKUE Adoté, SAKPA Kossivi, OURO ADOYI Abdel, AGUIDI Didier, BANWODOUGOU Karim, EDOH Michel, CHANGO Malimda, TCHEDRE Adja, Monfaye, BATOULIM Rahim.

A tous les internes et le personnel du Service des Maladies Infectieuses du CHU du point G.

Aux communautés étudiantes congolaise, ivoirienne, mauritanienne, béninoise, camerounaise, centrafricaine, tchadienne, burkinabais

Au personnel enseignant et administratif du Collège ASSOMPTION (Sokodé) de 1992-1996, du Lycée Sainte Marie (Sokodé) de 1996-1999.

A mes cousins et cousines.

Au TOGO, la terre de mes aïeux, l'or de l'humanité.

Au MALI, terre d'hospitalité (DJATIGUIYA) et de belles traditions.

A toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA et toutes celles qui ont perdu un de leurs proches emportés par le VIH/ SIDA.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

*Au Professeur Sahare FONGORÉ,
Spécialiste en néphrologie,
Praticien hospitalier
Maître de conférences,
Enseignant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie.
Votre ouverture d'esprit, la franchise et l'amour du
travail qui vous caractérisent, font de vous une personne
chez qui apprendre est un véritable plaisir. Plaise à
Dieu que nous puissions suivre vos illustres pas.*

*Au Docteur Cheick Mohamed Chérif ELISSA,
Spécialiste en chirurgie urologique, en andrologie
Praticien hospitalier.*

*La sérénité, le calme, l'esprit pratique et pragmatique
qui vous caractérisent, nous ont très tôt impressionnés.
Merci pour votre investissement personnel dans ce
travail.*

*Au Docteur Samba DRBP,
Spécialiste en écologie humaine, anthropologie et
éthique publique.
Chercheur au SFRFB.
Responsable de cours à la Faculté de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie.*

*Votre érudition exceptionnelle loin de vous griser vous a
rendu plus sensible au genre humain tout simplement, à
notre plus grand intérêt .
Nous espérons vous rendre fière de nous avoir encadré .*

*Atu Professeur Sounkalo DAtC,
Maître de conférence,
Spécialiste en Maladies infectieuses.
Praticien hospitalier,
Chercheur au SFRFC.
Responsable de cours à la Faculté de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie.
Par amour de la science et de la personne humaine,
vous avez accepté suivre ce travail qui est tout
simplement le vôtre malgré un emploi du temps de plus
en plus bousculé.
Le dynamisme, la chaleur que nous ressentons chaque
fois avec vous, est un véritable privilège. Nous avons le
devoir d'essaimer et de suivre votre exemple dans le droit
chemin.*

SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	6
I-OBJECTIFS.....	8
1. Objectif général.....	8
2. Objectifs spécifiques.....	8
II-GENERALITES	9
1. Epidémiologie du VIH/SIDA.....	9
2. Agent pathogène.....	11
3. Impact socio-anthropologique du VIH/SIDA	18
4. Physiopathologie.....	24
5. Aspects cliniques et biologiques du VIH/SIDA.....	30
6. Traitement du VIH/SIDA.....	39
III- MALADES ET METHODES.....	52
1. Cadre et lieu d'étude.....	52
2. Type et période d'étude.....	52
3. Population d'étude.....	52
4. Critères d'étude.....	52
5. Echantillonnage.....	53
6. Variables mesurées.....	53
7. Collecte des données.....	54
8. Saisie et analyse des données.....	54
9. Aspects éthiques.....	54

IV- RESULTATS.....	55
1. Aspects épidémiologiques.....	55
2. Modalités selon les circonstances de contamination.....	57
3. Modalités selon les circonstances de découverte.....	58
4. Type de VIH.....	60
5. Modalités selon que le partenaire soit informé ou non.....	60
6. Modalités selon le désir d'informer l'autre partenaire de son statut sérologique.....	63
7. Modalités selon le statut sérologique du partenaire sexuel.....	63
8. Modalités selon le changement de comportement de l'autre partenaire.....	64
9. Nature des réactions de l'autre partenaire informé de la séropositivité.....	64
10. Modalités selon la fréquence des rapports sexuels.....	66
11. Modalités d'utilisation des moyens de protection.....	67
V-DISCUSSION.....	71
1. Limites de l'étude.....	71
2. Echantillonnage.....	72
3. Aspects épidémiologiques.....	72
4. Circonstances de contamination.....	73
5. Circonstances de découverte.....	74
6. Type de VIH.....	74
7. Information du partenaire.....	75
8. Désir d'informer le partenaire.....	75
9. Statut sérologique du partenaire sexuel.....	75
10. Réactions après l'annonce d'une sérologie positive.....	76
11. Fréquence des rapports sexuels.....	76

12. Utilisation des moyens de protection.....	77
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	78
CONCLUSION.....	78
RECOMMANDATIONS.....	79
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	81
VIII-ANNEXES.....	86

LEXIQUE DES SYMBOLES ET ABREVIATIONS :

ABC : Abacavir

ADN : acide désoxyribonucléique

ARN: acide ribonucléique

AZT: Zidovudine

CA: Capside

CD4: cluster of differentiation

CMV: cytomégalovirus

CRF: Circulating Recombinant Form

BID: 2 fois par jour

D4T : Stavudine

DDI : didanosine

EBV : Epstein Baar virus

EDSM : Enquête Démographique de la santé au Mali

EFV: Efavirenz

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

HAART: High Active Antiretroviral Therapy

HPV: Human Papilloma Virus

IDV : Indinavir

IL : Interleukine

IN : Intégrase

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteur de la Protéase

IST : Infection Sexuellement Transmissible

Massahoudou Joseph ALLA-SENE

LPV: Lopinavir

LTR: Long Terminal Repeat

MA : Matrice protéique

NC : Nucléocapside

NK : Natural Killer

NVP : Névirapine

NFV : Nelfinavir

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OD : 1 fois par jour

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

PCR : Polymerase Chain Reaction

PR : Protease

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

r : Ritonavir

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SU : surface

3TC : Lamivudine

TDF : Ténofovir

TI : Transcriptase Inverse

TM : Glycoprotéine transmembranaire

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

Est-il encore besoin de rappeler que le SIDA marque profondément notre époque, notre chair, nos esprits et nos comportements ? Avec le SIDA se dessine et s'accroît quotidiennement un paysage « d'urgence pour la vie » : augmentation géométrique du nombre de séropositifs, éclatement des groupes dits à risques et extension du phénomène à un plan épidémique, voire pandémique [10].

Un total de 39,5 millions (34,1 millions - 47,1 millions) de personnes vivaient avec le VIH en 2006 ; 2,6 millions de plus qu'en 2004 [33].

Aussi pouvons-nous remarquer une inflation du nombre de PVVIH et ceci depuis 1996, année de l'introduction des traitements antirétroviraux avec les inhibiteurs de protéase dans la prise en charge du VIH/SIDA [19]. Et les résultats ne se sont pas faits attendre car la mortalité des PVVIH a chuté de 40 % et les infections opportunistes se sont raréfiées dans les pays industrialisés [20;39]. En outre, ce traitement permet au patient de vivre sa vie avec une augmentation de l'espérance de vie et une sexualité active [19;43].

Le VIH/SIDA est passé donc de statut de maladie incurable à celui de maladie chronique [19]. Néanmoins il faut mettre un bémol à l'enthousiasme né de cette nouvelle donne car la progression du VIH/SIDA semble inexorable au vu de cette logique implacable « il est irréfutable que plus il y a de nouvelles personnes infectées de VIH, plus il y aura de morts dus au SIDA » [33]. Il faut ajouter à cela la tendance des PVVIH à adopter des comportements de moins en moins prudents avec pour corollaire un contexte de risque de contamination très élevé (statut sérologique du partenaire non connu, statut sérologique du PVVIH non décliné) à cause de l'optimisme inespéré qu'apporte le traitement antirétroviral pour ces personnes [12; 28;43].

Pendant longtemps, l'épidémie de VIH/SIDA a été principalement étudiée sous l'angle des groupes à risque : professionnels du sexe, routiers, migrants, etc...

Il apparaît aujourd'hui nécessaire d'envisager aussi ses répercussions dans la population générale, largement menacée dans les pays à forte prévalence, et en particulier dans le couple [13].

Aussi convient-il de s'intéresser particulièrement à «une notion complexe et en mutation» qu'est le couple en Afrique Subsaharienne ? [13].

En effet, dans les sociétés africaines, où se côtoient divers types d'unions (unions polygames et monogames, unions formelles et informelles, unions coutumières et légales), définir ce que recouvre la notion de couple est une entreprise périlleuse. Les types de couple sont multiples, et les rapports conjugaux connaissent de profondes mutations actuellement [13].

Quelle que soit la forme d'union adoptée, toutes les études s'accordent sur le fait que, d'une part la communication entre les conjoints augmente avec le niveau d'instruction des deux membres du couple, et en particulier de la femme [13], et que, d'autre part, plus il y a le dialogue dans le couple, meilleurs sont les indicateurs de santé reproductive.

Il est donc important de recadrer les campagnes de prévention qui sont à l'état actuel adressé au large public pour les spécifier aux PVVIH et à leurs partenaires si possible car ils sont les mieux concernés et sont les nouveaux vecteurs de la diffusion de la maladie [29;33].

Notre étude se propose de mettre en lumière la vie de couple des PVVIH en mettant un accent particulier sur leur vécu sexuel et leur part de responsabilité sur la diffusion du VIH/SIDA par la mise en pratique effective ou non des moyens de prévention.

Objectif général :

Evaluer les difficultés conjugales et les risques de contamination des partenaires par les PVVIH.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des rapports sexuels sans utilisation des moyens de protection chez les PVVIH.
2. Décrire les facteurs constituant un obstacle à la prévention du VIH/SIDA dans la sexualité des PVVIH.
3. Décrire les difficultés relationnelles du partenaire VIH positif connu depuis la révélation de sa séropositivité au VIH.

1. Epidémiologie du VIH/SIDA :

1.1. Répartition géographique :

1.1.1. Au monde :

Le nombre de PVVIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA. Un total de 39,5 millions (34,1 millions-47,1 millions) de PVVIH en 2006 — 2,6 millions de plus qu'en 2004. Ce chiffre comprend les 4,3 millions (3,6 millions - 6,6 millions) d'adultes et d'enfants dont on estime qu'ils ont contracté une infection en 2006, soit environ 400000 de plus qu'en 2004 [33].

1.1.2. Afrique subsaharienne:

Elle supporte toujours la plus grande partie du fardeau de l'épidémie mondiale. Deux tiers (63%) de tous les adultes et enfants vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne, et l'épicentre de l'épidémie se situe en Afrique australe. Un tiers (32%) de toutes les PVVIH dans le monde se trouvent en Afrique australe et 34% de tous les décès dus au SIDA en 2006 s'y sont produits.

Près de trois quarts (72%) de tous les décès dus au SIDA en 2006 se sont produits en Afrique subsaharienne : 2,1 millions (1,8 millions - 2,4 millions) sur un total mondial de 2,9 millions (2,5 millions – 3,5 millions). Globalement, l'Afrique subsaharienne abrite quelque 24,7 millions (21,8 millions – 27,7 millions) d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, soit 1,1 million de plus qu'en 2004 [33].

1.1.3. Au Mali :

Selon les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique et Santé en 2001, le Mali pourrait être considéré au premier regard comme un pays à faible prévalence (1,7%).

Toutefois, l'examen attentif de cette étude révèle des caractéristiques variables selon :

- Le sexe : globalement les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes (respectivement 2% et 1,3%). L'épidémie frappe plus les jeunes filles en comparaison avec les garçons dans la tranche d'âge 15-19 ans (respectivement 1,1% et 0,3%).
- Les régions : Bamako est la région la plus touchée (2,5%), suivie par Ségou (2%), Kayes (1,9%), Koulikoro (1,9%). Notons que ces villes sont au cœur de multiples mouvements migratoires.
- Les tranches d'âge : le pic de séroprévalence se situe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, dans la tranche d'âge 30-34 ans (3,9%), ce qui témoigne d'une épidémie déjà bien installée.
- Le milieu : la séroprévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

L'étude comportementale associée à l'analyse sérologique a révélé des comportements à haut risque :

- Chez les populations des groupes les plus exposés : 30,2% seulement des vendeuses ambulantes ont utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel.
- Chez les jeunes : près de 50% des jeunes n'ont pas utilisé des préservatifs lors de leurs derniers rapports occasionnels ; deux jeunes sur trois ne croient pas à l'existence du SIDA. A cela s'ajoute la précocité des rapports sexuels (65% des jeunes ont leurs premiers rapports avant 18 ans).

Le pays réunit donc tous les facteurs clés de la propagation et de potentialisation de l'impact de l'épidémie : grande pauvreté (près de 70% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté), illettrisme (70%) notamment chez les femmes, flux migratoires internes et externes importants et croissants, pratiques socioculturelles à risque telles que le lévirat et le sororat [9].

Il faut noter que selon l'EDSM IV, le taux de prévalence, en 2006, est évalué à 1,3%.

2. Agent pathogène :

2.1. Structure et classification :

2.1.1. Classification des rétrovirus:

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus. Ces rétrovirus sont très largement répandus parmi les diverses espèces animales. Ils sont définis essentiellement par leur mode de répllication. Ces virus possèdent en effet un ARN de haut poids moléculaire transcrit en un ADN dit «proviral» grâce à une enzyme contenue dans le virion et caractéristique de cette famille: la transcriptase inverse (ou RT, du terme anglo-saxon reverse transcriptase).

Les rétrovirus se présentent sous forme de particules sphériques d'un diamètre de 80 à 100 nm. Ces particules sont constituées d'une enveloppe externe, surmontée de spicules, qui entoure un noyau central ou excentré contenant la nucléocapside. Elles sont libérées de la cellule dans laquelle elles se répliquent dans un processus de bourgeonnement [22].

2.1.2. Structure du virus :

Il comporte, de l'extérieur vers l'intérieur, une enveloppe membranaire ou péplos dont la bicouche lipidique provient de la membrane cytoplasmique et se trouve hérissée de spicules glyco-protéiques.

Celles-ci comportent une partie interne, la gp41 ou glycoprotéine transmembranaire (TM) et une partie externe, la gp120 (SU pour surface).

La face interne de l'enveloppe est tapissée d'une matrice protéique faite de la p17(MA).La capsid virale en forme de cône tronqué est faite de p24 (CA).

A l'intérieur se trouve l'ARN, entouré de la protéine de nucléocapside (NC).

La transcriptase inverse (TI) ou RT pour rétro-transcriptase (ou en anglais reverse transcriptase), qui intervient en début de cycle, est à l'intérieur de la capsid, associée à une intégrase (IN, enzyme nécessaire à l'intégration de l'ADN proviral dans l'ADN cellulaire) et à une protéase (PR).Ces trois enzymes sont des cibles potentielles pour la chimiothérapie antirétrovirale.

L'ARN viral se trouve en deux exemplaires, sans qu'on sache la raison de cette diploïdie (figure 1) [25].

Coupe schématique du virus de l'immunodéficience humaine

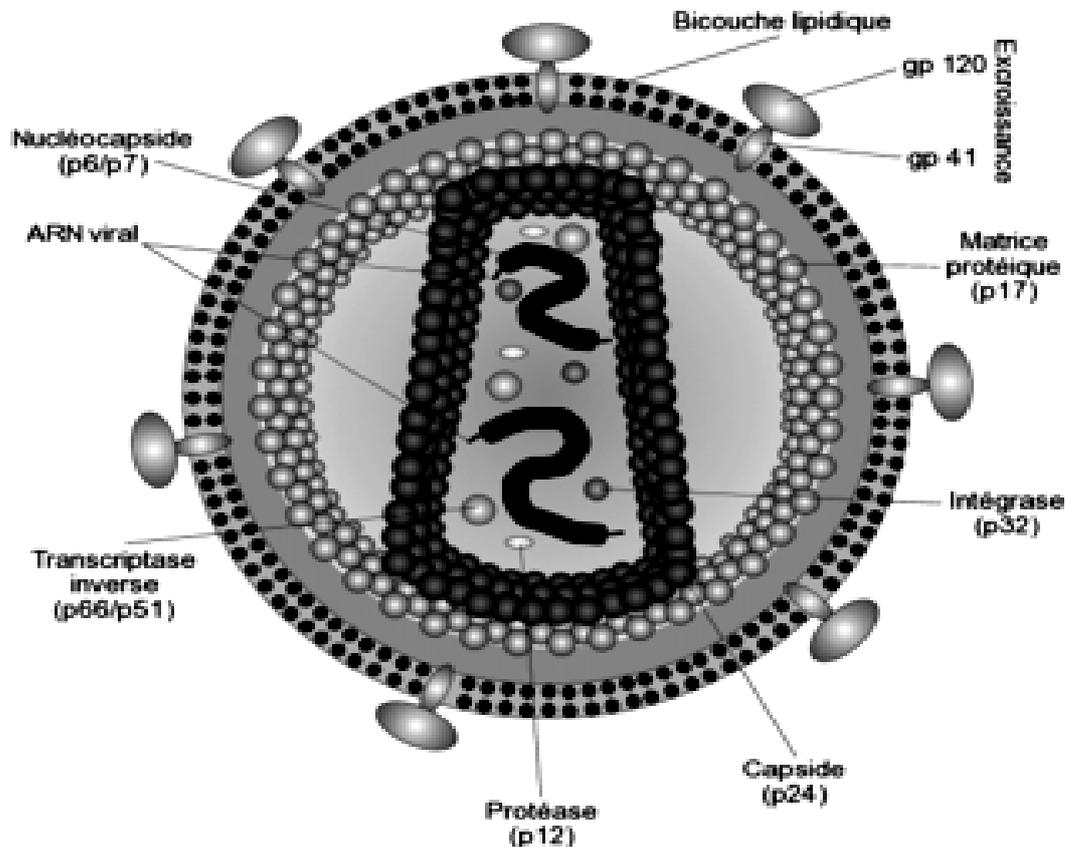


Figure 1 : Le VIH, virus responsable du sida selon GALLO, R.C in [www.google.fr / article/](http://www.google.fr/article/) de Wikipédia, encyclopédie libre [45].

2.1.3. Génome viral :

-Organisation génétique des VIH-1 :

Le génome viral que l'on analyse ici sous forme d'ADN proviral comporte en plus des gènes classiques de structure qui sont les gènes gag, pol et env, des gènes de régulation qui ont un rôle essentiel dans le pouvoir pathogène du virus : parmi ces derniers tat, rev et nef ont été les premiers étudiés.

Tous ces gènes de l'HIV utilisent les trois phases de lecture du génome comme l'indique leur disposition en trois strates sur la figure 2 ci-dessous. D'autre part, pour utiliser au maximum les possibilités d'information du génome, certains gènes fonctionnent avec un épissage des RNA messagers ; c'est en particulier le cas de tat et de rev.

Certains gènes expriment leur information sous forme de précurseurs polypeptidiques secondairement clivés. Il en est ainsi de Gag et Pol d'une part, et d'autre part de gp120 et gp41.

Le clivage du précurseur Gag-Pol, assuré par la protéase virale, est nécessaire à l'accomplissement du cycle viral ; elle intervient en fin de cycle. En revanche, le clivage de la gp160, précurseur des deux glycoprotéines d'enveloppe, en gp41 et gp120, est assuré par des protéases cellulaires.

Indiquons dès à présent que les deux enzymes cibles des chimiothérapies antivirales actuelles sont la rétro-transcriptase et la protéase. Des antiviraux anti-intégrases sont en préparation, et l'on dispose par ailleurs d'anti-gp41, inhibiteurs de la fusion-lyse [25].

2.2. Réservoir du virus:

Il est strictement humain et concerne les organes lymphoïdes qui constituent un réservoir important de virus. Cette fonction de réservoir semble aussi particulièrement applicable aux cellules de la microglie, située dans le sanctuaire immunologique qu'est le cerveau [22].

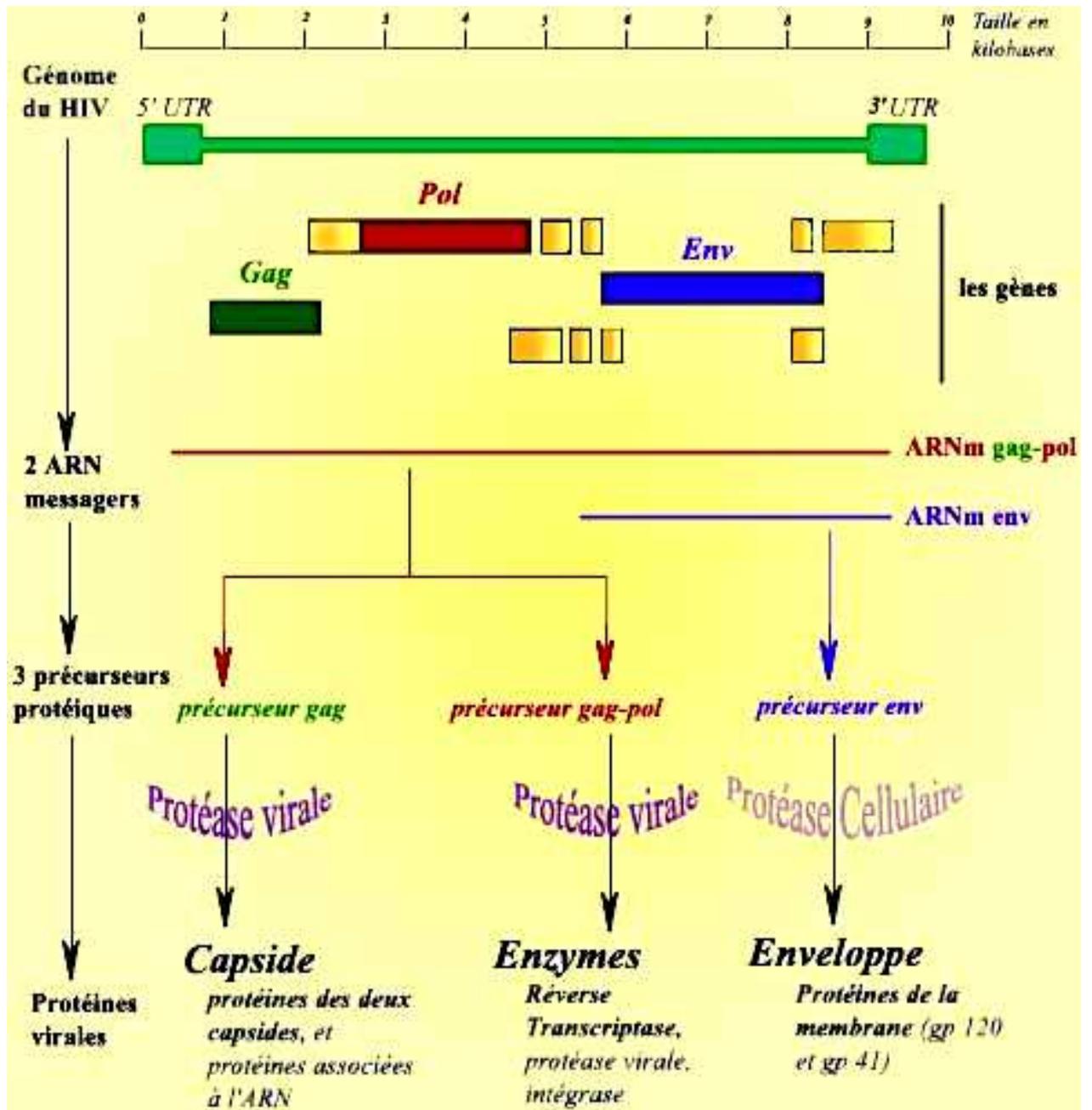


Figure 2 : génome du VIH et cycle de réplication [2]

2.3. Modes de transmission :

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés :

- la transmission par voie sexuelle ;
- la transmission par voie sanguine ;
- la transmission verticale [22].

2.3.1. Transmission sexuelle :

A l'échelon mondial, la grande majorité des infections par le VIH ont été acquises à l'occasion de rapports sexuels non protégés.

La transmission sexuelle de l'infection VIH se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccale, génitale ou rectale, lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus. La muqueuse présente une certaine perméabilité vis-à-vis du VIH, et on peut retrouver des cellules infectées (cellules dendritiques) dans la sous-muqueuse après une exposition non traumatique de l'épithélium vaginal au VIH. La muqueuse rectale, par son épithélium monocellulaire, est la plus susceptible à l'infection [22].

2.3.2. Transmission par voie sanguine :

La transmission par voie sanguine concerne principalement trois groupes de population :

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

Quelques transmissions nosocomiales entre patients ont été décrites et quelques cas anecdotiques ont été publiés suite à des contacts cutané-muqueux avec le sang de personnes séropositives (lors de sports violents ou de bagarres), suite à l'utilisation d'aiguilles souillées (tatouages, acupuncture), ou suite à des morsures profondes avec saignement [22].

2.3.3. Présence et transmission du VIH à travers d'autres liquides biologiques :

En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques et notamment dans le liquide céphalo-rachidien, le liquide pleural, et le liquide broncho-alvéolaire. Le virus a aussi été retrouvé dans la salive, les larmes, les urines, mais en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus, le risque de transmissibilité est considéré comme nul [22].

2.4. Facteurs de risques de la transmission sexuelle:

Il ne peut y avoir transmission de VIH sans exposition préalable. Pour des populations qui ont été exposées au risque d'infection, le risque de transmission n'est pas identique. Les comportements sexuels favorisant l'exposition sont donc déterminants dans l'évolution de l'épidémie, mais il existe toute une série de déterminants qu'on appelle cofacteurs, qui peuvent influencer fortement le risque de transmission et donc l'évolution de l'épidémie.

Il a été montré que les rapports sexuels pendant les règles, les rapports anaux, et l'application de substances dessicantes sur la muqueuse vaginale sont associés à un risque plus élevé de l'infection à VIH. On connaît mal la répartition de ces pratiques dans les différentes populations d'Afrique subsaharienne, mais il semble peu probable qu'elles y soient la cause majeure dans l'évolution des épidémies du VIH [21].

2.4.1. Les pratiques sexuelles :

Ces pratiques participent de façon différente au risque de transmission selon leur nature et leur fréquence. Le risque de transmission est plus élevé lors des rapports anaux que vaginaux. Plus que la fréquence des rapports sexuels, ce sont les types de pratiques qui influent sur la transmission. Des enquêtes de séroconversion ont montré que lors des rapports anaux, le risque d'infection est plus élevé [21].

2.4.2. Irritations vaginales et "dry sex" :

Toutes les pratiques pouvant provoquer des irritations ou des lésions de la paroi vaginale favorisent la transmission du VIH. Il y a alors, autour de ces lésions, une affluence des cellules qui constituent le point d'attaque du VIH.

Le "dry sex", pratique connue en plusieurs endroits d'Afrique dans les relations hétérosexuelles, met en cause l'introduction de substances dans le vagin pour en provoquer l'assèchement ou la contraction afin d'accroître le plaisir masculin. Il pourrait constituer un facteur favorable de transmission du VIH par une irritation de la paroi vaginale [21].

Les méthodes de contraception traditionnelle nécessitant l'introduction de produits dans le vagin, et l'avortement, surtout s'il est clandestin, peuvent aussi provoquer des lésions importantes.

L'excision peut causer des lésions, plus ou moins importantes selon le type d'opération. Les complications liées à la pratique sont, à court terme, des infections de la plaie pouvant aller jusqu'au tétanos ou à la gangrène. A long terme, il s'agit d'infections chroniques, d'infections urinaires ou kystes [21].

2.4.3. Circoncision masculine :

Deux études de nature écologique ont révélé une association négative entre la circoncision masculine et la prévalence de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne. Plusieurs études ont trouvé une association entre l'absence de circoncision et l'infection à VIH au niveau individuel ; d'autres études ont échoué à le démontrer. Biologiquement, il est plausible que l'absence de circoncision augmente la susceptibilité au VIH, mais on ne sait pas vraiment si la circoncision a un effet direct dans la transmission du VIH, ou indirectement à travers, par exemple, son rôle protecteur vis-à-vis des MST ulcéraires [21].

2.4.4. Utilisation du préservatif :

L'usage du préservatif a besoin d'être étudié en tenant compte du contexte d'utilisation ; ce n'est pas le nombre ou le pourcentage d'utilisations qui est le plus important, mais avec qui il est utilisé. De même il ne suffit pas de mesurer le nombre de partenaires, mais il faut les caractériser et connaître le type d'activité sexuelle protégée ou non protégée qu'il y a eu avec chacun d'eux.

En Afrique, l'utilisation du préservatif est faible. Cependant, sa bonne utilisation pour chaque rapport empêche la transmission du VIH et influe sur l'extension de l'épidémie. Le préservatif doit être pris en compte dans un schéma général des déterminants. Le risque de transmission n'est cependant pas nul, car ce sont les conditions d'utilisation du préservatif qui importent le plus. Le préservatif peut ne pas être utilisé à chaque rapport sexuel, mais selon les partenaires [21].

2.4.5. Les maladies sexuellement transmissibles :

La présence d'autres maladies sexuellement transmissibles, ulcératives ou non ulcératives, augmente le risque de transmission sexuelle du VIH. L'ulcère génital et le chancre en particulier augmenteraient fortement la probabilité de transmission [21].

3. Impact socio-anthropologique du VIH/SIDA sur la vie de couple :

3.1. Approche anthropologique de l'étude du SIDA :

En définition, l'anthropologie est l'étude de la dimension sociale de l'homme. Elle s'intéresse aux pratiques comme aux représentations comparatives, et vise à l'intercompréhension des sociétés et des cultures [35].

L'anthropologie est conviée à la clarification de ses rapports avec le sexe, la culture et la société. Des efforts sont demandés pour combler des lacunes. Pour les auteurs de ces travaux, en effet, l'anthropologie, malgré sa réputation d'ouverture, «n'a jamais envisagé les aspects importants de la sexualité comme universelle et transculturelle». Les dimensions sociales des MST sont également à étudier par l'anthropologie comme par l'épidémiologie [11].

Les études des cas en Sicile et en Papouasie-Nouvelle Guinée démontrent la complexité et les contradictions inhérentes à l'exercice de la sexualité dans une société.

En Sicile, les auteurs traitant du « sexe et de la respectabilité dans une période de déclin de fécondité» examinent le coït interrompu comme pratique sexuelle. Dans un contexte de changement culturel et économique et de plaignance d'un point de vue théologique qui condamnait le coït interrompu face à un autre point de vue qui désignait cette pratique comme moyen de planification des naissances, les auteurs indiquent que l'adoption de cette pratique par le groupe accroît l'accès à la responsabilité. En même temps, ceux qui ont adopté la pratique stigmatisent les couples ayant beaucoup d'enfants comme «dominés par leurs instincts sexuels et indignes de respect».

En Papouasie-Nouvelle Guinée, l'idéologie sexuelle dominante donne à l'homme le contrôle des rencontres sexuelles.

Mais dans la pratique, non seulement la femme prend l'initiative dans les limites de la prohibition après les naissances, mais aussi l'homme éprouve de l'anxiété concernant les relations sexuelles dans le mariage. «Une distinction analytique entre "idéologie culturelle" et "expérience individuelle" aide à clarifier le climat des relations sexuelles dans un contexte culturel donné» [11].

3.1.1. SIDA et processus sociaux :

«Le SIDA (est) une maladie qui emprunte les lignes de faille de la société (...)». L'étude des réactions à une maladie telle que le SIDA révèle des tensions et des conditions sociales existant avant l'épidémie et qui sont accentuées par des phénomènes socio-culturels plus vastes et de les comprendre [11].

Pour différentes raisons, des auteurs ont aussi exprimé leur réserve à propos de l'identification de «groupes à risques» en tant qu'entités bien déterminées, plutôt que l'identification de «comportements à risque» terme plus descriptif et de valeur plus neutre [11].

La stratification économique constitue une autre «ligne de faille de la société». Le SIDA est identique aux autres maladies épidémiques dans le sens où ils se développent aux moments, aux endroits et dans les populations déjà touchées par des difficultés économiques [11].

3.1.2. Programmes de prévention :

Une croyance ou une pratique particulière qui pourrait conduire au SIDA (ou protéger contre le SIDA) n'est pas isolée mais constitue une partie d'un tissu complexe d'attitudes, croyances et de pratiques qui s'expriment dans un contexte économique et social particulier [11].

3.1.3. SIDA chez la femme :

Après avoir décrit dans son article, les conditions dans lesquelles les femmes ont été infectées, SYLVA insiste sur le fait qu'en dehors des trois modes de transmission connus du SIDA, le statut social des femmes africaines les expose particulièrement au VIH. Pour l'auteur, les victimes du SIDA le sont également «de l'ordre social établi : la "confiance" aveugle dans le ménage monogame, la soumission qu'impose la polygamie, la faiblesse dans la prostitution» [11].

3.2. La notion de couple en Afrique subsaharienne :

En effet, dans les sociétés africaines, où se côtoient divers types d'unions (unions polygames et monogames, unions formelles et informelles, unions coutumières et légales), définir ce que recouvre la notion de couple est une entreprise périlleuse. Les types de couple sont multiples, et les rapports conjugaux connaissent de profondes mutations actuellement.

Dans bien des régions, la société traditionnelle, essentiellement fondée sur l'agriculture, favorisait la perpétuation du lignage (auquel appartient la terre) lors de la constitution des couples. Dans ce système, le lien conjugal était faible et passait après le lien lignager. Les femmes ayant peu de pouvoir de décision et peu d'autonomie, avoir de nombreux enfants représentait le seul moyen pour elles d'acquérir pouvoir, respect, accès à la terre et aux ressources.

Avec la monétarisation et l'accès à un travail salarié, cette relation de dépendance au lignage s'amenuise : l'individu ne dépend plus des anciens qui repartissent la terre, il peut choisir librement sa ou son partenaire. L'accès des filles à l'instruction et leur entrée sur le marché du travail salarié rend les nouvelles mères plus autonomes dans leurs choix, augmente leur pouvoir de négociation, en fait de plus en plus partenaires de leur mari dans le couple [13].

Marida Hollos et Ulla Larsen définissent ainsi à partir de leurs travaux sur la Tanzanie deux types de couple : un type traditionnel fondé sur l'alliance entre lignages(lineage-based marriages),ou le mariage est arrangé par la famille, dans un contexte souvent polygame, et où la femme a peu de pouvoir de décision dans le couple, et à l'opposé, un type de couple moderne, monogame, où les conjoints, qui se sont choisis librement ,se définissent comme partenaires dans la gestion de leur famille(partnership marriages) .L'alliance fondatrice du couple relie deux individus et non plus deux familles. Le lien conjugal, qui devait composer avec d'autres réalités (liens lignagers, liens filiaux, etc.) prend peu à peu le devant de la scène.

Cette évolution se traduit par une plus grande place des femmes dans les décisions qui concernent la famille et un dialogue plus équitable dans le couple qui évolue vers « un partenariat » entre l'homme et la femme.

Ce schéma de transition, s'il révèle un courant existant, ne rend cependant pas compte de la diversité du paysage conjugal en Afrique. La réalité est plus complexe. La polygamie, si elle est officiellement en recul, car de plus en plus de pays l'ont déclarée illégale, se maintient dans les faits (37% des femmes ont déclaré avoir au moins une coépouse en 1994 en Côte d'Ivoire, EDS 1994) ou réapparaît sous de nouvelles formes : maîtresses entretenues, « femmes à l'extérieur » [13].

Thérèse Locoh (1994) a montré comment la recherche d'une plus grande autonomie conduit les femmes à « inventer » de nouvelles formes d'union, entre les unions polygamiques des sociétés traditionnelles africaines et le modèle occidental du ménage nucléaire. Des jeunes filles peuvent avoir un partenaire déclaré, éventuellement père de leur(s) enfant(s), tout en continuant à habiter chez leurs parents. Autre type de nouvelle forme d'union : la femme « entretenue » qui a sa propre maison, dans laquelle elle habite avec ses enfants sans son partenaire, qui habite de son côté chez sa femme « officielle ». Selon que le ménage est polygame ou monogame, officiel ou officieux, légal ou coutumier, que la femme habite seule, avec ou sans coépouses, le lien conjugal pourra prendre bien des formes [13].

Quelle que soit la forme d'union adoptée, toutes les études s'accordent sur le fait que, d'une part la communication entre les conjoints augmente avec le niveau d'instruction des deux membres du couple, et en particulier de la femme, et que, d'autre part, plus il y a le dialogue dans le couple, meilleurs sont les indicateurs de santé reproductive.

Cette communication au sein du couple sur les aspects sexuels et reproductifs semble en progrès, des femmes nigérianes déclarent participer aux décisions en matière de relations sexuelles, de planification familiale, et deux sur trois affirment qu'elles refuseraient une relation sexuelle si leur partenaire avait une infection sexuellement transmissible (IST). Soulignons qu'il leur paraît plus facile, en cas de IST chez le partenaire, de refuser la relation sexuelle que d'imposer le préservatif [13].

3.2.1. Stabilité des relations sexuelles :

Une relation sexuelle est une relation sociale, économique et physique unissant deux personnes ayant des rapports sexuels. Ces relations sexuelles ne se font pas de façon aléatoire, mais répondent à des règles sociales, culturelles, économiques qui définissent les types de relation présents dans la société. Elles sont caractérisées par leur stabilité. Si les relations sont stables, le réseau sexuel est stable et la probabilité de diffusion du VIH à l'intérieur n'est pas accrue avec le temps [21].

Par contre si les relations sont instables, la population au sein du réseau est toujours renouvelée et il y a alors un risque plus important de diffusion du VIH. La stabilité est mesurable par la durée de la relation et la corésidence ou la fréquence des rencontres [21].

3.3. SIDA : Déstructurations et recompositions familiales :

En Afrique, l'épidémie de SIDA prend une dimension particulièrement inquiétante, non seulement en raison de son ampleur et de sa dynamique, mais aussi à cause du contexte socio-économique dans lequel elle survient, certains auteurs la définissant comme "une maladie du développement".

L'impact du SIDA sur les ménages (dans leur composition) emprunte des voies multiples où se combinent des facteurs très divers : les représentations de la maladie, avec l'attitude face à l'annonce de la séropositivité ; la dynamique de la maladie (des premiers symptômes jusqu'au décès, le profil sociodémographique des personnes infectées) ; les pratiques sociales (sur les plans matrimonial, sexuel, et de la solidarité (au sein ou hors de la parenté), le degré de cohésion conjugale et familiale) ; la situation des ménages (leur taille et composition, leurs capacités financières) ; le contexte sanitaire et politico-économique (au niveau des Etats) ;etc. Outre l'effet direct du décès des personnes infectées, stratégies individuelles et collectives s'entremêlent, aboutissant à la fois à des déstructurations et des recompositions familiales.

Avant même la survenue du décès au sein d'un ménage, les différentes phases de la maladie peuvent entraîner des changements dans la composition familiale. Vidal et al montrent ainsi à partir d'une étude effectuée à Abidjan, que l'annonce de la séropositivité –d'abord au malade puis par lui à son entourage- est sources de perturbations, notamment au sein des couples .

Des dilemmes se posent : annoncer ou non sa séropositivité, demander ou non l'utilisation du préservatif ou l'arrêt des relations sexuelles [33].

En fonction de la représentation de la maladie et du niveau d'information qu'ont le malade, son conjoint et leur entourage, de la manière dont s'est produite l'infection, de la nature des rapports conjugaux, de la descendance atteinte et des idéaux de fécondité, de la pression familiale, etc. les attitudes vont différer et peuvent aboutir à la rupture du lien conjugal : l'envoi du malade en ville pour se faire soigner, l'envie de "refaire sa vie" , la volonté d'avoir des enfants, la peur d'être infecté(e) ou d'infecter l'autre peuvent entraîner une décohabitation pouvant déboucher sur la séparation conjugale (par départ du malade - de lui-même - ou surtout du conjoint, par répudiation ou abandon de la femme). Ces cas de rupture matrimoniale ne s'ensuivent pas pour autant de remariages ; se trouvent notamment posé le problème de la poursuite du lévirat [33].

4. Physiopathologie :

4.1. Cycle réplcatif :

Trois caractéristiques sont à mettre en avant :

-le VIH a une affinité obligatoire pour les cellules portant la molécule CD4, qui vont répliquer le virus au niveau supérieur, mais il lui faut aussi trouver une deuxième molécule cellulaire, le corécepteur (CXCR4 ou CCR5) .Il existe trois types de cellules cibles : les lymphocytes CD4+, les monocytes-macrophages et les cellules dendritiques

-Un taux très élevé de mutations survient pendant la rétro transcription.

-Le progénome ou ADN proviral, au-delà de son intégration dans le génome cellulaire par l'intégrase virale, est transcrit par l'appareil de transcription de l'hôte, comme le seraient d'autres gènes. Cependant cette expression du progénome viral est sous le contrôle de facteurs cellulaire (le NF-kappaB par exemple) et viraux, ces derniers étant les protéines de régulation du VIH, Tat, Rev, Nef.

4.1.1. L'attachement :

Le cycle viral commence par l'attachement des particules virales sur la cellule cible.

-Récepteurs et Corécepteurs :

L'attachement est dû à une interaction très forte entre la gp120 du côté viral et le récepteur cellulaire qui est l'extrémité de la molécule CD4 du côté cellulaire. De plus, l'attachement du VIH exige, à côté du récepteur CD4, un corécepteur. C'est une molécule protéique « faux-filée » dans la membrane cytoplasmique. Sur les monocytes-macrophages, c'est la molécule CCR5 ; et sur les lymphocytes T, la molécule CXCR4.

- Fusion-lyse :

Les interactions de la gp120 avec le CD4 et le corécepteur induisent un changement de conformation de la gp120, avec clivage de cette molécule et, fait important, dégagement de la gp41 et arrimage de la gp41 dans la membrane cytoplasmique. Le raccourcissement de la gp41 entraîne le contact entre enveloppe membranaire virale et cytoplasmique avec, au niveau de la gp41, un phénomène de fusion-lyse qui crée un pore. Cela introduit, à travers ce pore, la capside virale et son contenu dans le cytoplasme. Donc, la gp120 est responsable de l'attachement, et la gp41 de la fusion-lyse [25].

-Trois principales catégories de cellules sont infectées par le virus :

Les lymphocytes T CD4+ mais aussi les cellules du système monocyte-macrophage, ces dernières exprimant la molécule CD4 à un niveau moindre que pour les lymphocytes T CD4+, mais néanmoins significatif, et les cellules dendritiques.

L'infection virale a sur les lymphocytes T CD4+ un effet létal qui dans les cas les plus démonstratifs, consiste en un ECP à type de syncytiums et aboutit à la mort des cellules. (Or les lymphocytes T CD4+ auxiliaires ont un rôle essentiel dans la régulation de l'activité des lymphocytes B et des lymphocytes T CD8+).

En revanche, monocytes et macrophages peuvent supporter sans ECP et sans dommage l'infection, constituant ainsi un réservoir pour les virus, mais aussi un véhicule pour infecter précocement, dès la primo-infection, divers compartiments de l'organisme, et en particulier le système nerveux central.

Dans les follicules lymphoïdes (qui sont le principal organe/tissu cible de l'infection virale), les cellules folliculaires dendritiques, élément architectural essentiel de ces follicules, capturent les particules virales et les présentent aux cellules lymphoïdes. A un stade avancé de l'infection, les cellules folliculaires dendritiques sont détruites, ce qui participe à l'atrophie finale des formations lymphoïdes au stade du SIDA [25].

4.1.2. La transcriptase inverse ou rétro-transcriptase :

Un enzyme volage et incorrigiblement infidèle.

Elle procède à une opération complexe. En forme de main droite, elle reçoit la matrice de l'ARN entre « le pouce » et la base des « autres doigts ». C'est là qu'est synthétisé, en début du cycle, avec comme matrice l'ARN génomique, l'ADN proviral ou cADN.

En outre, l'enzyme à fonctions multiples qu'est la RT assure la duplication de l'ADN, l'hydrolyse de la matrice de l'ARN, avec des opérations de transfert de l'ADN, notamment pour produire les deux LTR. La RT doit donc, de façon répétée, s'attacher et se détacher de l'ADN et de l'ARN viral, avec un risque d'erreur par dérapage (frameshift) à chaque ré-attachement. Autrement dit, par nécessité, la RT « papillonne », se montre très infidèle. Comme par ailleurs la RT n'a pas de mécanisme de correction, une incorporation erronée survient tous les 10 000 nucléotides [25].

Sachant que le génome viral est fait de 10 000 nucléotides, il faut s'attendre à une mutation à chaque cycle viral. Il en résulte que la population virale est un mélange en équilibre instable de virus génétiquement différents mais voisins : on parle de quasi-espèces, d'essaim de quasi-espèces, d'où vont émerger les variants antigéniques et les mutants résistants aux antiviraux [25].

D'autre part, un à 10 milliards de virus composant la population virale, sont renouvelés tous les 2 jours par l'organisme infecté (« durée de vie » moyenne des particules virales), et l'on assiste, grâce à ce turn over très important et à l'infidélité de la RT, à une dérive de la population virale au cours du temps, dérive imposée par les facteurs de sélection que sont la réponse immunitaire et la chimiothérapie antivirale.

La plasticité du VIH est redoutable. C'est particulièrement le cas de la structure ou se fixent les anticorps neutralisants, la boucle V3 (V pour variable) de la gp120. Cela réduit considérablement les possibilités de neutralisation efficace par les anticorps ou les CTL du sujet infecté ou de toute autre source. C'est un obstacle énorme à toute stratégie vaccinale [25].

4.1.3. Un mécanisme complexe de régulation:

L'expression du cADN proviral est soumise à un mécanisme complexe de régulation, pas encore totalement élucidé.

Le LTR n'est pas qu'un site d'insertion de l'ADN proviral dans le génome cellulaire. C'est aussi le site d'attachement de l'ARN polymérase cellulaire, où s'initie la transcription. Le LTR est sensible à différents facteurs de transcription, certains viraux comme les protéines Tat et Rev, d'autres cellulaires comme le facteur nucléaire κ B (NF-kappa B).

Ce NF-kappa B est activé par des mitogènes, des cytokines ou par la surinfection par un autre virus ; il se fixe alors sur un site spécifique du LTR.

Quant à la protéine Tat, elle se fixe non pas sur le LTR mais à proximité, sur la structure en épingle à cheveux marquant en 5' le début de tous les messages viraux précoces dont elle stimule la synthèse par un facteur de x 50. Rev intervient plus tard sur les messages tardifs traduits en précurseurs des protéines de structure : précurseur Gag-Pol, auto-clivé par la protéase virale, précurseur Env, clivé par des protéases cellulaires. Le rôle des autres facteurs viraux régulant la transcription est moins bien connu [25].

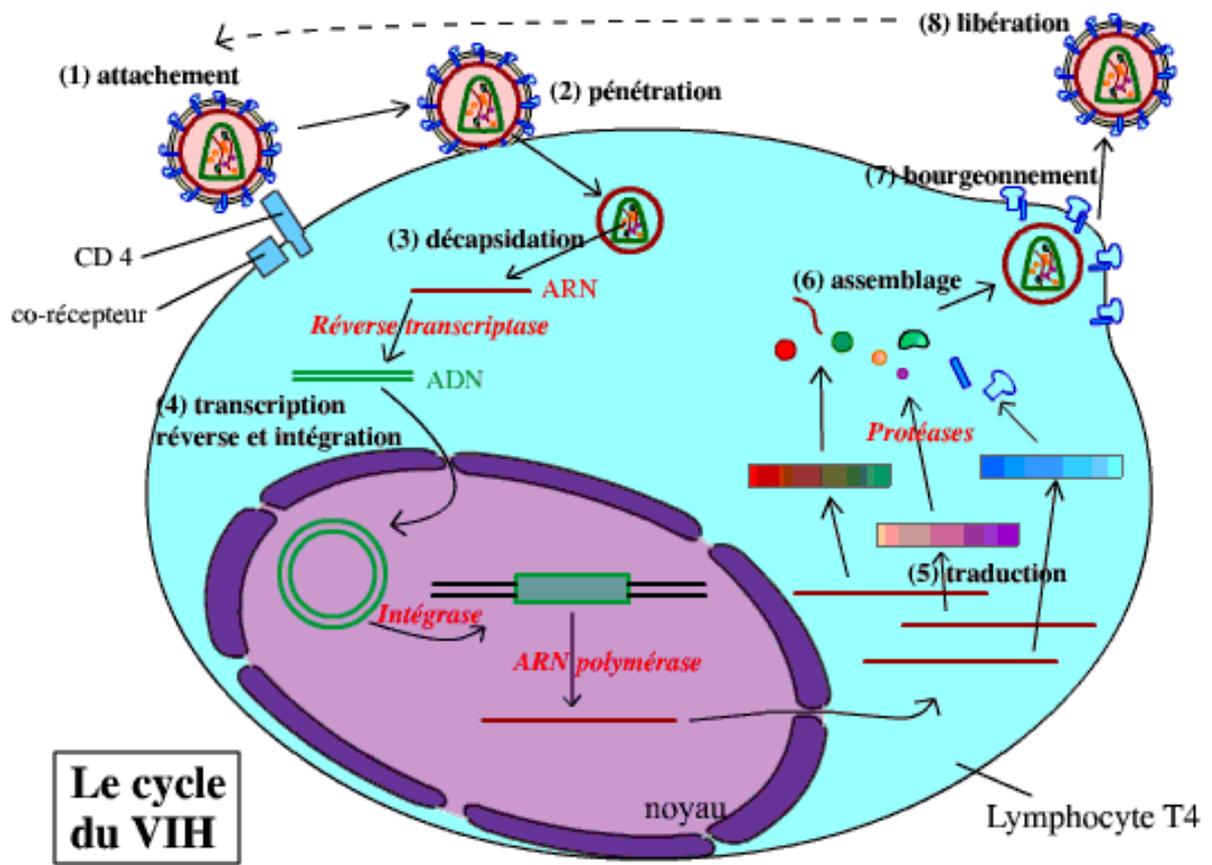


Figure 3 : cycle du VIH [2]

4.2. Déficit immunitaire et conséquences immuno-pathologiques de l'infection par le VIH :

La déplétion progressive en lymphocytes T CD4+, marqueur pronostique essentiel de la maladie, constitue la principale manifestation immuno-pathologique induite par l'infection VIH. De nombreuses anomalies fonctionnelles y sont associées, dominées par l'altération des fonctions auxiliaires des lymphocytes T, apparaissent dès le début de l'infection ; d'autres sont liées à l'hyper-activation de l'ensemble du système immunitaire [22].

4.2.1. Lymphopénie T CD4+ :

Le déficit quantitatif en lymphocytes CD4, élément majeur du déficit de l'immunité cellulaire induit par le VIH, conduit, en moyenne en dix ans après la primo-infection, à une déplétion absolue en lymphocytes T CD4+. On peut estimer la perte moyenne en lymphocytes T CD4+ à 50 cellules/mm³/ an [22].

4.2.1.1. Le virus a-t-il un effet cytopathogène sur les cellules CD4 ?

Longtemps controversé, cet effet pathogène pourrait constituer l'un des facteurs de la déplétion CD4. Une virulence accrue du virus semble accompagner les phases de progression rapide de la déplétion T CD4+ : la capacité à induire des syncytia (SI) in vitro a été proposée comme marqueur de cette progression. Mal compris pendant longtemps, le caractère SI semble lié à l'utilisation des chémorécepteurs CXCR-4.

L'interaction de la gp 120 et de la molécule CD4 pourrait aussi conduire à l'apoptose des lymphocytes T CD4+ infectés, voire des lymphocytes non infectés ayant adsorbés la gp 120 à leur surface, et participer ainsi à l'effet cytopathogène du virus [22].

4.2.1.2. Réponses immunes cytotoxiques :

Les cellules CD4+ infectés, exprimant à leur surface les antigènes du VIH, sont la cible de puissantes réponses CTL spécifiques du virus. Cependant des cellules « innocentes », non infectées, fixant la gp 120 sur leur CD4 de surface peuvent également être détruites par d'autres mécanismes de cytotoxicité, tels que l'ADCC ou le complément. [22].

4.2.1.3. Activation pathologique et mort cellulaire :

L'infection VIH induit une formidable activation chronique des cellules T, spécifiques ou non du VIH, aggravant la progression de la maladie. Les lymphocytes activés, même non infectés, ont une durée de vie raccourcie : l'activation chronique du compartiment CD4+ peut conduire à des phénomènes d'apoptose responsables de la mort de cellules « innocentes » [22].

5. Aspects cliniques et biologiques du VIH :

5.1. Eléments d'histoire naturelle et classifications :

5.1.1. Histoire naturelle :

5.1.1.1. La primo-infection :

Elle est symptomatique une fois sur deux environ, pouvant associer à de la fièvre, des adénopathies avec angine, éruption, méningite, voire encéphalite. Un syndrome mononucléosique peut être le signe d'une primo-infection à HIV. Donc un syndrome parfois proche d'une mononucléose infectieuse(MNI). Tous ces signes vont rétrocéder. Cependant, cette phase est marquée par un premier pic, très élevé, de virémie (antigénémie p24 positive et nombreuses copies de ARN viral dans le plasma), l'infection s'établit dans les ganglions lymphatiques, le virus y étant apporté par les ramifications des cellules folliculaires dendritiques.

C'est là que les deux principales catégories de cellules cibles, les lymphocytes T CD4+ et les monocytes-macrophages viennent s'infecter par le virus. Au stade du SIDA, qui survient en moyenne après 10 ans d'évolution, le réseau des cellules folliculaires dendritiques est détruit et les virus sont relargués dans la circulation. La conséquence la plus frappante de l'infection HIV est la baisse des lymphocytes T CD4+ telle qu'on l'observe dans le sang. Dans le même registre, différents travaux ont démontré le rôle néfaste de la primo-infection symptomatique sur la chute des lymphocytes T CD4+, l'évolution vers le SIDA et le décès. Cette baisse des lymphocytes T CD4+ survient déjà durant la primo-infection, puis se corrige partiellement en même temps qu'apparaissent les anticorps neutralisants et les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques spécifiques du virus. Puis durant la phase de latence clinique la baisse des lymphocytes T CD4+ procède lentement pour s'accélérer lors du passage au stade de SIDA [25].

5.1.1.2. Le stade de SIDA :

Le passage des lymphocytes T CD4+ circulants sous la barre des 200/mm³ de sang (normale= 1000), marque l'entrée dans le SIDA, en moyenne après 10 ans d'évolution. Le réseau des cellules folliculaires dendritiques est détruit, et avec lui les centres germinatifs des formations lymphoïdes, tandis que les virus sont relargués dans la circulation : l'antigène p24 réapparaît, avec titre à nouveau élevé de virus dans le plasma ou les lymphocytes sanguins périphériques, et en miroir une baisse des anticorps anti-p24 [25].

5.1.1.3. La période asymptomatique :

Cette période qui sépare primo-infection et SIDA, n'est pas une période d'infection virale latente : le taux des lymphocytes T CD4+ sanguins ne retrouve pas son niveau initial et, si l'antigène p24 a généralement disparu, la virémie n'est pas supprimée : persistance de lymphocytes sanguins circulants infectés et de molécules de l'ARN viral dans le plasma. D'ailleurs, durant cette phase d'infection cliniquement asymptomatique, la transmission au partenaire sexuel, ou la transmission par transfusion ou échange de seringue sont malheureusement possibles [25].

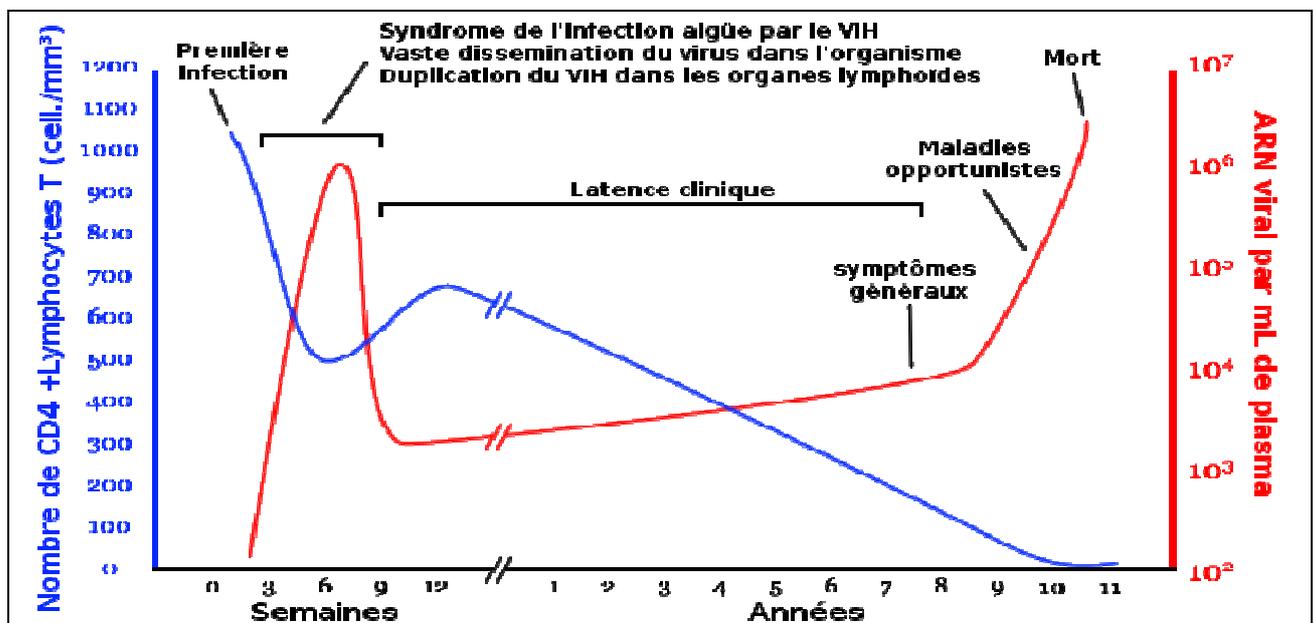


figure 4: Evolution cinétique des différents marqueurs du VIH, selon Pr. Gallo R.

C. Sarin, in www.google.fr article de Wikipédia encyclopédie libre [45].

5.1.2. Classifications :

5.1.2.1. Classification OMS révisée de l'adulte et de l'adolescent

(Adolescent= toute personne séropositive de 15 ans et plus)

Classification clinique

Primo-infection VIH

→Asymptomatique

→Syndrome rétroviral aigu ou Primo-infection symptomatique

Stade 1

→Asymptomatique

→Lymphadénopathie persistante généralisée

Stade 2

→ Perte de poids modérée inexplicée (< à 10% du poids présumé ou mesuré)

→infections respiratoires récurrentes (infections des voies aériennes, sinusites, bronchites, otites moyennes, pharyngites)

→Zona

→Perlèches

→Ulcérations orales récurrentes

→Prurigo

→Dermite séborrhéique

→Infections fongiques des ongles onychomycoses

Stade 3

Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples

→Perte de poids sévère (>10% du poids corporel présumé ou mesuré)

→diarrhée chronique inexplicée de plus de 1 mois

→Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante) de plus de 1 mois

→Candidose orale

→Leucoplasie chevelue de la langue

→Tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours des deux années précédentes

→ Infections bactériennes sévères (ex : pneumonies, pyomyosite, infection articulaire ou osseuse, méningite...)

→ Stomatite/gingivite/periodontite aigue ulcéro-nécrosante.

Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé

→ Anémie inexplicée (<8 g/dl et ou neutropénie (<500/mm³) et ou thrombocytopénie (<50000/mm³) pendant plus d'un mois.

Stade 4

Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'exams simples

→ Syndrome cachectique

→ Pneumonie à Pneumocystis

→ Pneumonie bactérienne, récurrente sévère ou radiologique

→ Herpès chronique (oro-labial, génital, ano-rectal de plus de un mois)

→ candidose de l'œsophage

→ tuberculose extra- pulmonaire

→ Sarcome de Kaposi

→ Toxoplasmose cérébrale

→ Encéphalopathie à VIH

Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé

→ Cryptococcose extra-pulmonaire y compris méningite

→ Infection disséminée à mycobactéries non- tuberculeuse

→ Candidose de la trachée, des bronches ou des poumons

→ Cryptosporidiose

→ Isosporose

→ Infection herpétique viscérale

→ infection à cytomégalovirus (rétinite ou d'un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions)

→ leuco-encéphalopathie multifocale progressive

→ Mycose disséminée (ex : histoplasmosse, coccidioïdomycose, penicilliose,..)

- Septicémie récurrente à salmonella non typhique
- Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B)
- Cancer invasif du col utérin
- Leishmaniose viscérale.

Tableau I : classification immunologique

Degré d'immunodépression	Nombre de CD4/ mm ³
Non significative	> 500
Modérée	359-499
Avancée	200-349
Sévère	< 200

5.1.2.2. Classification de Bangui :**Tableau II : les définitions cliniques du SIDA africain chez l'adulte [6]**

Critères	Définitions			
Critères majeurs				
Amaigrissement > 10 % poids de base	1	2	3	4
Diarrhée > 1 mois	1	2	3	
Fièvre persistante ou intermittente > 1 mois	1	2	3	
Asthénie majeure	1		3	4
Critères mineurs fréquents				
Diarrhée chronique > 1 mois				4
Fièvre persistante ou intermittente >1 mois				4
Critères mineurs				
Toux chronique >1 mois	1	2	3	4
Lymphadénopathie chronique généralisée	1	2	3	4
Zona récidivant	1			
Antécédent de zona dans les 5 ans		2	3	
Zona persistant depuis plus d'un mois				4
Infection herpétique grave et/ou récidivante	1	2	3	4
Signes neurologiques			3	4
Dermatose prurigineuse généralisée	1	2	3	4
Candidose oro-pharyngée	1	2	3	4
Sarcome de Kaposi disséminé (a)				4
Méningite due à une infection opportuniste(b)				4
Critères suffisants				
Sarcome de Kaposi disséminé (a)	1	2	3	
Méningite à cryptocoque (b)		2	3	

1) définition OMS/Bangui provisoire, proposée en octobre 1985 [6] :

SIDA= 3 critères majeurs + au moins 1 critère mineur, le sarcome de Kaposi (SK) disséminé étant un critère suffisant ;

2) définition OMS/Bangui provisoire révisée en décembre 1985 [6] :

SIDA=2 critères majeurs + au moins 1 critère mineur, le SK disséminé et la méningite à cryptocoques étant des critères suffisants ;

3) quantification par la méthode des scores proposée par Lesbordes, Bangui, 1987 [6] :

SIDA= score > 14 ;

4) définition proposée par Pallangyo, Dar Es Salaam, 1987 [6] :

SIDA=plus de 4 critères mineurs ou majeurs, avec au moins 1 critère majeur et 1 critère mineur fréquent. a : diagnostic clinique ; b : diagnostic biologique (ponction lombaire).

5.1.2.3. Indice de Karnofsky :

Tableau III : indice de Karnofsky

100%	Pas de signes de maladie
90%	Peut mener une activité normale, symptômes ou signes mineurs de la maladie. Totalelement autonome
80%	Peut mener une activité normale mais avec effort, symptômes ou signes mineurs. Totalelement autonome.
70%	Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale. Autonome, mais à stimuler.
60%	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins. Semi-autonome.
50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents. Semi-autonome.
40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers. Dépendant.
30%	Sévèrement handicapé, dépendant
20%	Très malade, soutien actif, absence totale d 'autonomie
10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement.

5.1.2.4. Classification et répartition des VIH type 1 en zone tropicale (groupe M, O, N) et particularités de l'infection liée au VIH de type 2 :

5.1.2.4.1. Classification et répartition des VIH type 1 :

La grande variabilité génétique du VIH-1 a conduit à une classification en trois groupes :

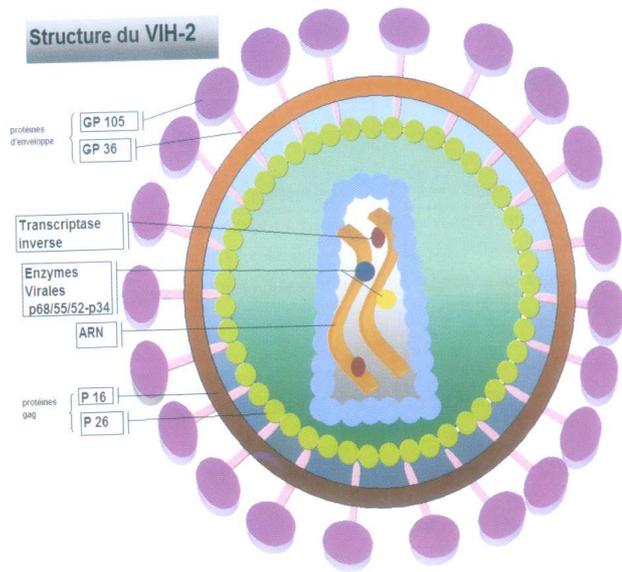
- groupe M (majeur), lui-même subdivisé en 9 sous-types et 2 sous- sous-types ;
- groupe O (outlier), essentiellement observé en Afrique centrale,
- et groupe N (non M-non O), isolé au Cameroun.

En plus des sous-types initialement définis, de nombreuses formes recombinantes ont été identifiées (Circulating Recombinant Forms, ou CRF). Certains CRF sont à l'origine d'épidémies importantes, comme le CRFO2 AG en Afrique de l'Ouest et le CRFO1 AE en Asie du Sud-est [22].

5.1.2.4.2. Particularités de l'infection liée au VIH de type 2 :

Le VIH de type 2 a été isolé en 1986 chez des patients originaires d'Afrique de l'Ouest atteints de SIDA mais séronégatifs pour le VIH-1. Ce rétrovirus est plus proche du virus simien (SIV-mac) que du VIH-1 (72 % d'homologie versus 42 %). Il se rencontre essentiellement dans les zones urbaines d'Afrique de l'Ouest. Ailleurs, seuls des cas sporadiques ont été décrits. Il est probable que le VIH-2 était prédominant en Afrique de l'ouest avant d'être supplanté par le type 1. Les modes de transmission sont les mêmes mais la transmissibilité est cinq fois moindre (si le transmetteur est asymptomatique). Autre différence avec le VIH-1, la séroprévalence augmente jusqu'à 65 ans. La moindre transmissibilité avec nécessité d'expositions répétées ainsi que la moindre pathogénicité expliqueraient cette particularité [22].

En effet, la période de latence clinique semble plus longue et le taux de progression vers les infections opportunistes est significativement plus faible pour le VIH-1. En revanche, au stade d'infection évoluée, les pathologies rencontrées semblent similaires [23].



Source : Adaptée de N. T. Constantine et al. in «Dépistage VIH et contrôle de qualité. Guide du personnel de laboratoire» AIDSTECH, 1991.

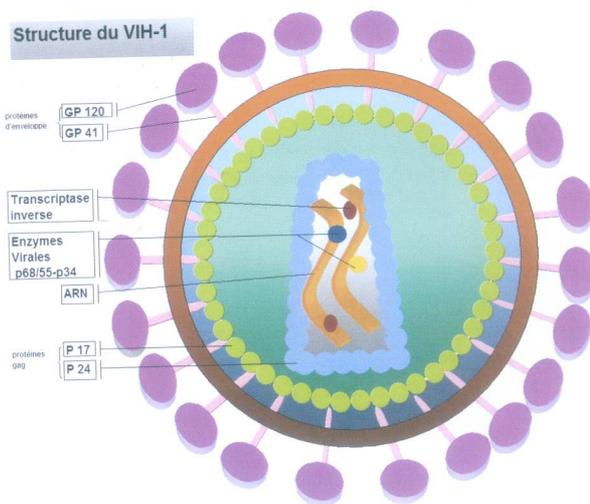


figure 5: Structure du VIH-1 et VIH-2 ; Adaptée de N.T Constantine et al. in dépistage et contrôle de qualité. Guide du personnel de laboratoire AIDSTECH, 1991.

5.3. Diagnostic virologique de l'infection à VIH :

Elle se fait par le dépistage des anticorps par ELISA , la confirmation par Western blot ,la détection de l'antigénémie p24 et la détection de l'ARN viral par PCR .

6. Traitement du VIH/SIDA :

6.1. Principes du traitement antirétroviral :

6.1.1. Objectif :

Il est de rendre la charge virale indécélable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et la qualité de vie des patients.

6.1.2. Principes :

- C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignant.
- Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou à un inhibiteur de protéase (IP).
- Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour le pays.
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement pré-qualifiées par l'OMS [9].

6.2. Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent :

6.2.1. Indications du traitement :

Elle sera fonction de l'état clinique et immunologique du patient.

6.2.1.1. Si la numération des lymphocytes CD4 est disponible :

- Stade IV OMS, quel que soit le taux de lymphocytes CD4
- Stade III OMS avec un taux de lymphocytes CD4 < 350/mm³
- Stade II OMS ou stade I avec un taux de lymphocytes CD4 < 200/mm³

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

- l'évolutivité clinique,
- la rapidité de la baisse des lymphocytes CD4 (comptage trimestriel),
- la charge virale quand elle est disponible,
- la motivation du patient.

Pour les patients asymptomatiques avec des CD4 > 350/mm³, le traitement n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes CD4 tous les 6 mois [9].

6.2.1.2. Si la numération des lymphocytes CD4 n'est pas disponible :

On se basera sur la clinique et le taux de lymphocytes totaux.

- Stade IV et III OMS quel que soit le taux des lymphocytes totaux.
 - Stade II OMS avec un taux de lymphocytes totaux $< 1200/\text{mm}^3$
- Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités en l'absence de numération des lymphocytes CD4 [9].

6.2.2. Schémas thérapeutiques :

6.2.2.1. Schémas de première ligne pour le VIH 1 :

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

Le régime préférentiel en première intention, devant couvrir les besoins en traitement de 80 % des malades nouvellement inclus, est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

- Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
- Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV).

Ils seront utilisés en cas de contre-indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne. La molécule incriminée sera ainsi remplacée selon les modalités suivantes, en tenant compte de la sévérité de l'effet secondaire :

- En cas de toxicité hépatique ou dermatologique imputable à la Névirapine, cette molécule est remplacée par l'Efavirenz.
- En cas de neuropathie imputable à la Stavudine, cette molécule est remplacée par de la Zidovudine.
- En cas d'anémie imputable à la Zidovudine, cette molécule est remplacée par la Stavudine. [9]

Remarque :

La Névirapine (NVP) doit être administrée à demi-dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis à pleine dose (200 mg x 2/jour) par la suite.

Si un traitement contenant un INNTI (longue demi-vie) doit être arrêté, les deux INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.

Il faut éviter de prescrire dans une même association :

- La Stavudine (D4T) et la Zidovudine (AZT) en raison de leur effet antagoniste.
- La Stavudine (D4T) et la Didanosine (DDI) en raison de leur toxicité neurologique et pancréatique.

L'utilisation de 3 INTI comme AZT/3TC/ABC est possible, mais n'est pas recommandé en première ligne, sauf :

- En cas d'intolérance aux schémas de première ligne,
- Chez les patients VIH-2,
- Chez les patients co-infectés VIH/Tuberculose nécessitant un traitement par Rifampicine [9].

6.2.2.2. Cas particuliers :

6.2.2.2.1. Traitement antituberculeux et antirétroviraux :

il existe des interactions médicamenteuses entre les INNTI ou les IP et la Rifampicine. La Névirapine (NVP) n'est pas recommandée en raison de son hépatotoxicité additive à celle des antituberculeux.

Si le traitement antirétroviral doit être débuté en même temps que la Rifampicine, on privilégiera donc l'Efavirenz (EFV à 800 mg pour les patients de plus de 60 kg).

Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

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

- Taux de CD4 < 200/mm³ : débiter le traitement antituberculeux; dès que ce traitement est bien toléré (au bout de 10 à 15 jours), commencer les ARV.
- Taux de CD4 compris entre 200 et 350/mm³ : terminer la phase intensive du traitement antituberculeux avant de débiter le traitement par les ARV,
- Taux de CD4 > 350/mm³ : traiter la Tuberculose ; commencer les ARV à la fin du traitement antituberculeux.

En cas de Tuberculose chez un patient VIH-2 ou une femme enceinte :

- Retarder le début des ARV a la fin de l'utilisation de la Rifampicine, si l'état du patient le permet. On proscira l'utilisation de l'Efavirenz chez la femme enceinte pendant le premier trimestre de grossesse.
- Utiliser une ligne temporaire composée de 3 INTI (AZT+3TC+ABC), si l'état du patient exige l'initiation rapide du traitement antirétroviral. [9]

6.2.2.2.2. Prise en charge des patients infectés par le VIH 2 ou co-infection VIH 1- VIH 2 (ou patients infectés par le VIH 1 du groupe O) :

Le choix thérapeutique doit exclure les INNTI (Efavirenz, Névirapine) qui ne sont pas efficaces sur le virus VIH-2 ou sur le VIH-1 du groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant des INTI à un IP.

Le traitement de première ligne préférentiel est le suivant :

Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)

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

- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
- Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Saquinavir/Ritonavir (SQV/r)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC).

6.2.2.2.3. Cas des patients ayant déjà reçus un traitement antirétroviral (non naïfs) :

6.2.2.2.3.1. Patients ayant interrompu leur traitement antirétroviral :

Certains patients qui ont déjà reçu un traitement ARV dans le passé mais l'ont interrompu (patient non naïf si >1 mois de traitement ARV au cours des 2 années précédentes) peuvent se présenter dans les structures de santé.

Un bilan approfondi (histoire thérapeutique, clinique, CD4 et si possible charge virale) sera effectué afin de leur proposer le meilleur traitement en fonction des molécules disponibles. S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initialement reçu sera utilisé.

6.2.2.2.3.2. Patients traités par le passé avec d'autres régimes ARV :

Les patients observant et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique [9].

6.2.2.3. Traitement de 2ème ligne :

Il est indiqué chez un patient observant et en échec thérapeutique documenté.

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

6.2.2.3.1. Définition de l'échec thérapeutique :

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

6.2.2.3.1.1. Echec clinique :

- Détérioration clinique avec apparition de nouvelles maladies opportunistes ou récurrence de maladies opportunistes autres que la Tuberculose.
- Survenue ou récurrence d'une affection du stade OMS III ou IV.

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec thérapeutique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire (cf. annexe), qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (CD4) et, si possible virologique (CV).

6.2.2.3.1.2. Echec immunologique :

- Absence d'ascension des CD4 malgré un traitement ARV efficace depuis plus de 6 mois.
- Retour du nombre de CD4 au niveau ou sous le niveau pré-thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.
- Baisse de plus de 50% du nombre de CD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

Remarque :

Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des CD4 est recommandée [9].

6.2.2.3.1.3. Echec virologique :

- Impossibilité de réduire la charge virale à des niveaux indétectables après 6 mois de traitement (sauf si la charge virale initiale était >5000.000 copies virales/ml, qu'elle a atteint un niveau <10.000 copies/ml et que la numération lymphocytaire CD4 a augmenté d'au moins 60 cellules/mm³).

Un échec thérapeutique sera au mieux documenté par une mesure de la charge virale, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement [9].

6.2.2.3.2. Protocoles :

En cas d'échec thérapeutique confirme de la 1ère ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé :

Abacavir (ABC) + Didanosine GR*(DDI) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)

*GR=Gastro-résistant

Les alternatives suivantes sont possibles en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel :

- Abacavir (ABC) + Ténofovir (TDF) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
- Abacavir (ABC) +Ténofovir (TDF) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
- Zidovudine (AZT)+ (ddl ou TDF)+ IP booster

L'association DDI + Ténofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie CD4).

Le traitement de deuxième ligne recommandé en cas d'échec thérapeutique chez un patient infecté par le VIH-2 est le suivant :

- Abacavir + (Didanosine GR ou Ténofovir) + Lopinavir/Ritonavir [9].

6.2.2.4. Traitements associés aux ARV :

6.2.2.4.1. Prophylaxie des infections opportunistes :

Le Cotrimoxazole doit être prescrit (faible 400/80 mg, 2 comprimés par jour ou fort 960/80 mg, 1 comprimé/jour) chez :

- Tout adulte symptomatique,
- Tout patient ayant un taux de CD4 < 500/mm³.

En cas de réaction au Cotrimoxazole , on procédera, sous étroite surveillance, à un test de réintroduction progressive à raison de ¼ de comprimé à augmenter progressivement de ¼ de comprimé tous les deux jours jusqu'à la dose de 1 comprimé. On y associera un traitement symptomatique antihistaminique.

6.2.2.4.2. Traitement curatif des Infections opportunistes (IO) :

Les IO doivent être diagnostiquées, traitées et stabilisées avant de débiter un traitement antirétroviral.

En pratique, il est préférable de ne pas débiter au même moment les traitements des IO (prophylaxie ou traitement d'attaque) et les antirétroviraux. Par exemple, on évitera de débiter conjointement le Cotrimoxazole et la Névirapine (risque majeure de rash cutané). Toutefois, il n'est pas nécessaire d'attendre plus d'un mois pour prescrire la Névirapine après le début d'un traitement par Cotrimoxazole.

6.2.2.4.3. Réhabilitation nutritionnelle :

Un soutien nutritionnel devra être proposé aux patients [9].

6.2.3. Suivi des patients adultes et adolescents [9]:

6.2.3.1. Information et préparation du patient :

Compte tenu de la chronicité du traitement ARV et de l'importance de l'observance pour l'efficacité, chaque patient recevra une éducation thérapeutique avant le début de son traitement. Au cours des consultations qui suivront, une évaluation et un soutien à l'observance seront régulièrement effectués.

6.2.3.2. Bilan initial et de suivi du patient :

Aucun examen biologique n'est obligatoire en cas de critères cliniques de mise sous traitement, ni indispensable en préalable à la mise en place d'un traitement antirétroviral. Cependant, si cela ne constitue pas une barrière à l'accès au traitement, certains examens biologiques sont préconisés.

Le bilan clinico-biologique recommandé est le suivant :

- Bilan pré-thérapeutique : examen clinique incluant le poids, recherche d'une grossesse chez les femmes en âge de procréer, éducation thérapeutique du patient, NFS ou hématoците si utilisation AZT, Transaminases, créatininémie et glycémie en fonction des ATCD personnels et familiaux et de l'utilisation d'IP, radiographie pulmonaire en cas de symptômes pulmonaires, et numération des CD4 si disponible.
- Jour 15 : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance et de la tolérance, transaminases en cas de signes d'appel sous Névirapine.

- Mois 1 : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance, NFS ou hématokrite si utilisation d'AZT, Transaminases si utilisation INNTI/ddI ou de signes d'appel. Après le 1er mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme mensuel jusqu'au bilan du douzième mois.
- Mois 3 : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance, examen biologique en cas de signes cliniques.
- Mois 6, Mois 12, Mois 18, Mois 24 : examen clinique incluant le poids, l'évaluation de l'observance, la tolérance, l'efficacité clinique et immuno-virologique, la glycémie et le bilan lipidique si utilisation d'IP.

Après le douzième mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme au minimum trimestriel.

L'évaluation de la réponse immunitaire (numération des CD4) au traitement ARV sera effectuée tous les six mois. Selon l'amplitude de la réponse immunitaire, le suivi des CD4 pourra être espacé à un rythme annuel. L'évaluation de la charge virale, si disponible, sera effectuée au sixième mois de traitement puis tous les ans [9].

Tableau V : formes et dosages des médicaments antirétroviraux :

DCI	Dosage	Posologie
Zidovudine (AZT)	Cp 300 mg Susp. 100 mg/10ml	300 mg BID
Lamivudine (3TC)	Cp 150 mg Cp 300 mg Susp. 10 mg/1ml	150 mg BID ou 300 mg OD
Stavudine (D4T)	Cp 30, 40, 20 mg Susp. 1 mg/1ml	>60 kg : 40 mg BID <60 kg : 30 mg BID
Didanosine (DDI)	Cp 25, 100, 150, 200 mg Cp gastro-résistants 250, 400 mg Susp. 10 mg/ml	>60 kg : 400 mg OD <60 kg : 250 mg OD Si comprimés non gastro-résistants: Donner 2 Cp en même temps
Abacavir (ABC)	Cp 300 mg Solution orale 20 mg/ml	>16 ans ou 37,5 kg : 300 mg BID
Ténofovir (TDF)	Cp 300 mg	300 mg OD ²
AZT/3TC	Cp 300 mg + 150 mg	300 mg/150 mg BID
D4T/3TC/NVP ²	Cp 40/150/200 mg Cp 30/150/200 mg	>60 kg : 1Cp BID <60 kg : 1Cp BID
Efavirenz(EFV)	Gel 50, 100, 200, 600 mg	600 mg OD
Névirapine (NVP)	Cp 200 mg Solution orale 10 mg/1ml	200 mg OD pendant 14 jours puis 200 BID
Indinavir (IDV)	Gel 400 mg	En association Lopinavir + Ritonavir : 800 mg IDV + 100 mg r BID
Ritonavir (r)	Gel 100 mg	
Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	Gel 133 mg/33 mg Susp. 80/20 mg/ml	400/100 mg BID
Nelfinavir (NFV)	Cp 250 mg Susp. orale	125 mg BID

OD= 1 fois par jour ; BID= 2 fois par jour.

² contient de la Névirapine ; durant les 15 premiers jours de traitement, le patient recevra un comprimé de OD= 1 fois par jour ; BID= 2 fois par jour.

² contient de la Névirapine ; durant les 15 premiers jours de traitement, le patient recevra un comprimé de D4T/3TC/NVP le matin et 1 comprimé de 3TC plus 1 comprimé de D4T le soir.

En l'absence, d'effets secondaires observés au 15^{ème} jour, le traitement à dose pleine de D4T/3TC/NVP (1 Cp matin, 1Cp soir) pourra être alors débuté.

1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service des Maladies Infectieuses et tropicales au CHU du point G. Ce service comprend trois grandes salles d'hospitalisation comportant chacune quatre lits (en bas) et trois petites salles d'hospitalisation comportant chacune deux lits (en haut).

En ce qui concerne le fonctionnement de ce service, le personnel est composé de :

- trois médecins,
- trois infirmiers,
- deux aides-soignants,
- quatre garçons de salle.

2. Type et Période de l'étude :

Notre étude a été descriptive et transversale et s'est déroulée du 08 janvier au 12 avril 2007.

3. Population d'étude :

Elle a concerné les patients adultes des deux sexes séropositifs admis au service des Maladies Infectieuses pour consultation et/ou bénéficiant d'un traitement antirétroviral.

4. Critères d'étude :

4.1. Critères d'inclusion :

- avoir eu au moins une sérologie VIH positive,
- avoir eu connaissance de son statut sérologique,
- avoir donné son consentement pour participer à l'étude.

4.2. Critères de non inclusion :

- être âgé de moins de quinze ans,
- avoir un état général très altéré, indice de Karnofsky \leq 50%,
- patient vivant avec le VIH en dehors de toute vie de couple.

5. Echantillonnage :

Notre étude qui s'est déroulée du 08 janvier au 12 avril 2007, une période de 3 mois et a été descriptive et transversale.

Nous avons recensé à cet effet parmi les PVVIH en consultation dans le service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du point G, un total de 52 cas dans le cadre de notre étude.

La taille de notre échantillon n'a pas été fixée au début de notre étude.

6. Variables mesurées:

6.1. Variables sociodémographiques :

Age, sexe, situation matrimoniale, orientation sexuelle, résidence, niveau d'études, statut social, les difficultés relationnelles ;

Couple : personnes unies par le mariage, liées par un pacs ou vivant en concubinage.

Stable : qui se maintient, reste dans le même état, durable, permanent.

Stigmatisation : action de blâmer avec dureté et publiquement.

Divorce : dissolution du mariage civil prononcé par un jugement.

Désintérêt : perte de l'intérêt pour quelque chose ou quelqu'un, indifférence, détachement.

Affection : attachement que l'on éprouve pour quelqu'un, tendresse.

Veuf (ve) : personne dont le conjoint est décédé.

N.B. : Epidémie : propagation subite et rapide d'une maladie infectieuse, par contagion, à un grand nombre de personnes d'une région.

Pandémie : épidémie qui s'étend sur un ou plusieurs continents.

6.2. Variables cliniques :

La durée de l'infection VIH, le début du traitement antirétroviral, le stade SIDA.

6.3. Variables para-cliniques :

Un patient était déclaré séropositif après deux sérologies positives avec deux tests différents, évaluation du taux de CD4.

7. Collecte des données :

Elle a été faite par le biais d'un questionnaire adressé aux PVVIH en consultation.

8. Saisie et analyse des données :

L'analyse des données a été faite par le biais du logiciel SPSS version 10.0 et par le test statistique du Khi-carre.

La rédaction a été faite à l'aide de Microsoft Office Word 2007, et les tableaux par Microsoft Office Excel 2007.

9. Aspects éthiques :

Notre étude a été menée avec des personnes consentantes et qui ont accepté de leur plein gré nous aider à la réalisation de ce travail. Les données ont été recueillies par nous-mêmes auprès des PVVIH/SIDA à l'aide d'une fiche d'enquête.

Au cours de cette enquête, nous avons essayé de créer un climat de confiance permettant à la plupart des PVVIH/SIDA de s'extérioriser et en retour, nous nous faisons l'obligance de leur apporter un certain appui psychologique. L'assurance a été faite à tous ceux qui ont eu à participer à cette étude de la confidentialité des informations recueillies et de la discrétion garantie à cet effet. Il a été ainsi attribué un numéro d'anonymat à chaque dossier et ce numéro a été celui pris en compte exclusivement pour la saisie et l'analyse des données. Il faut rappeler qu'aucune fiche d'enquête n'a été remplie sans l'accord de l'intéressé et après quelques explications brèves et concises sur le bien-fondé de cette étude et l'intérêt sur la prise en charge globale et adéquate des PVVIH.

1. Aspects épidémiologiques :

A l'issue de notre enquête, nous avons recensé les données ci-dessous.

1.1. Modalités selon le sexe :

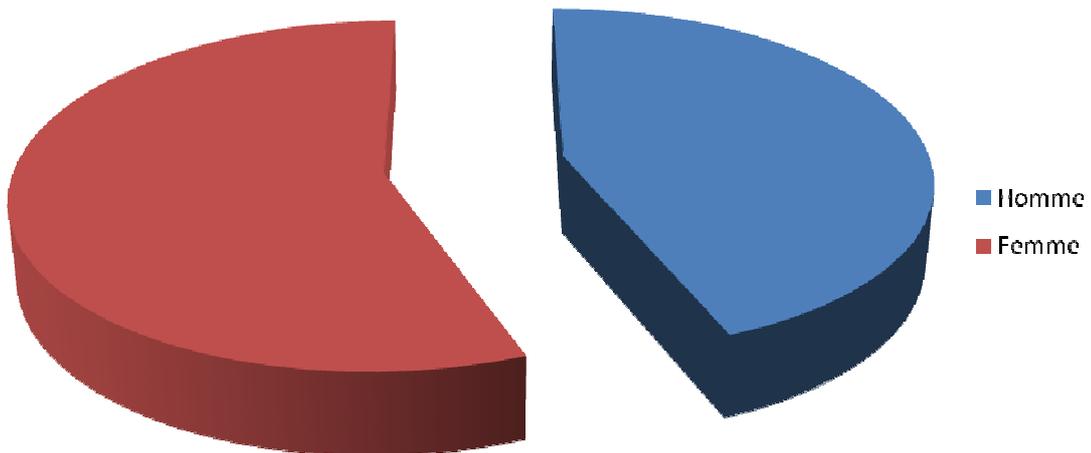


Figure 6 : Répartition des cas selon le sexe

L'étude avait montré une prédominance féminine avec un pourcentage à 56 %, donnant un sex-ratio H/F = 0,79 en faveur des femmes.

1.2. Modalités selon l'âge :

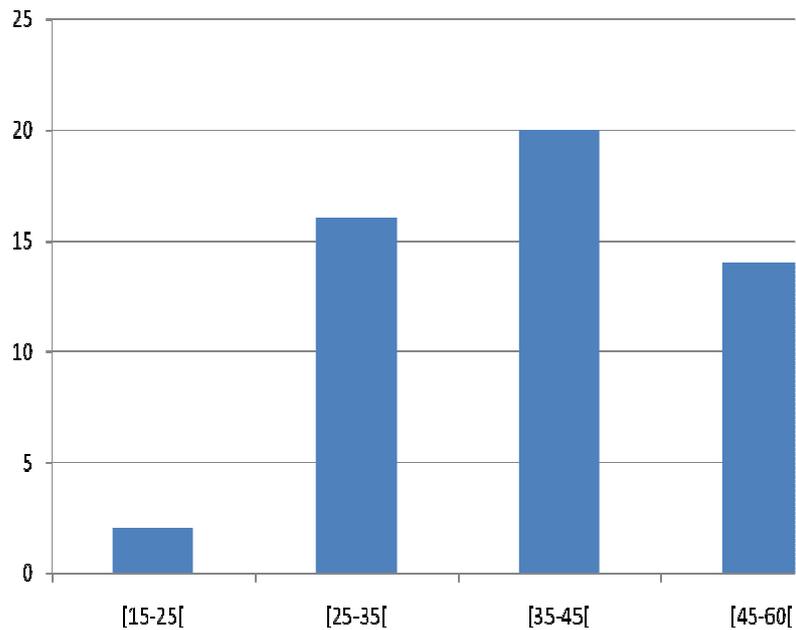


Figure 7 : Répartition des cas selon les tranches d'âge

69,3% des PVVIH/SIDA avaient entre 25 et 45 ans dont 38,5% dans la tranche d'âge de 35-45 ans. La personne, la moins âgée, avait 20 ans et la plus âgée, 57 ans. L'âge moyen était de 38 ans.

Tableau VI : classification selon les tranches d'âge et le genre :

Tranches d'âge \ Genre	Masculin		Féminin		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
[15-25[	0	0	2	3,8	2
[25-35[	2	3,8	14	26,9	16
[35-45[	11	21,2	9	17,3	20
[45-60[	10	19,2	4	7,7	14
Total	23	44,2	29	55,7	52

Le genre féminin constituait la population la plus jeune avec un pic de 26,9 % dans la tranche d'âge 25-35 ans avec une majorité dans les 25-45 ans à 44,2%.

Les hommes étaient les plus âgés avec 40,4% dans la tranche d'âge 35-60 ans.

1.3. Modalités selon la situation matrimoniale :

Tableau VII : Répartition des cas selon la situation matrimoniale :

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié(e) monogame	22	42,3
Marié(e) polygame	13	25
Veuf (ve)	12	23,1
Concubin(e)	3	5,8
Divorcé(e)	1	1,9
Célibataire	1	1,9
Total	52	100

Une prédominance des marié(e)s avec 67,5% avait été retrouvée dans l'étude et principalement ceux en régime monogame à 42,3%. Il faut noter que les veufs représentaient 23,1% de l'effectif total.

1.4. Modalités selon le niveau d'instruction :

Tableau VIII : Répartition des cas selon le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Secondaire	25	48,1
Medersa	8	15,4
Primaire	8	15,4
Non scolarisé(e)	8	15,4
Supérieure	3	5,8
Total	52	100

Le niveau d'instruction de nos patients se situait en majorité dans le secondaire soit une prévalence de 48,1%.

1.5. Modalités selon la profession :**Tableau IX : Répartition des cas selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	12	23,1
Commerçant	12	23,1
Ouvrier qualifié	8	15,4
Fonctionnaires	7	13,5
Personnel de santé	4	7,7
Militaires et autres corps habillés	4	7,7
Enseignant	2	3,8
Artisan	1	1,9
Agriculteur	1	1,9
Chauffeur	1	1,9
Total	52	100

Les ménagères et les commerçant(e)s avaient tous les deux 23,1% en pourcentage.

2. Modalités selon les circonstances de contamination :

Tableau X : Répartition des cas selon les circonstances de contamination :

Circonstances de contamination	Fréquence	Pourcentage
Partenaire occasionnel(le)	27	52
Partenaire habituel(le) ou Epoux (se)	25	48
Total	52	100

les PVVIH avaient été contaminées à la suite de relations avec des partenaires occasionnel(le)s à 52 %.

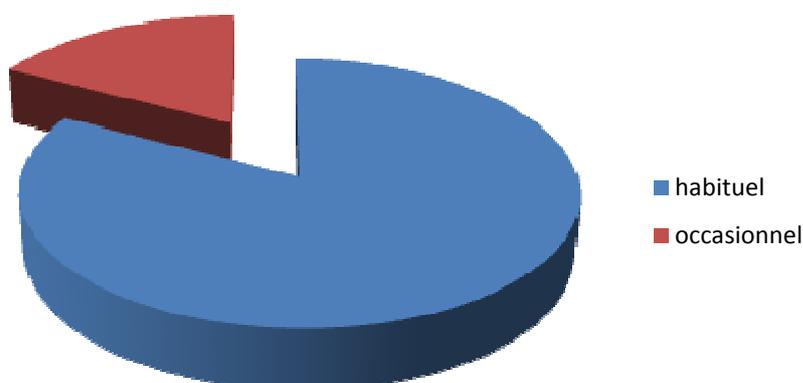


Figure 8 : Répartition des femmes selon les circonstances de contamination.

Les femmes avaient été contaminées par un partenaire habituel ou l'époux à 82,8%.

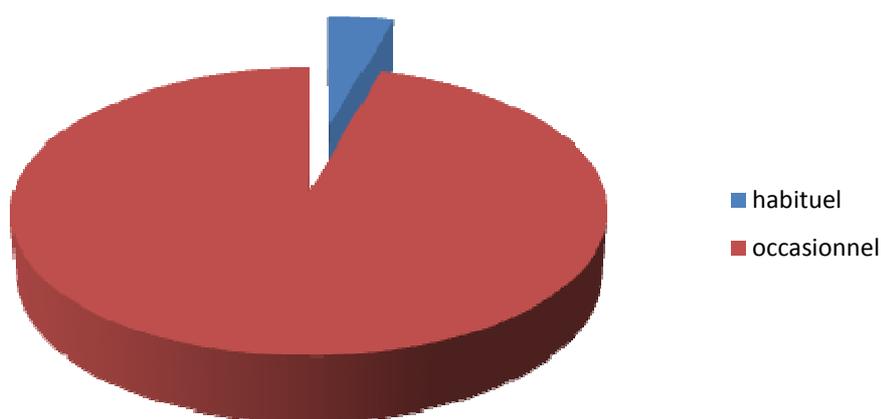


Figure 9 : Répartition des hommes selon les circonstances de contamination.

Les hommes avaient été contaminés par un partenaire occasionnel à 95,7%.

3. Modalités selon les circonstances de découverte :

Tableau XI : Répartition des cas selon les circonstances de découverte :

Circonstances de découverte	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation	34	65,4
Dépistage volontaire	15	28,8
Grossesse- Transmission Mère-enfant	1	1,9
Transfusion ou don de sang	1	1,9
Accidents à l'exposition au sang	1	1,9
Total	52	100

Les patients avaient découvert leur séropositivité lors d'une hospitalisation à 65,4%.

Tableau XII : Répartition des cas selon le genre et les circonstances de découverte :

Genre	masculin		féminin		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Circonstances de découverte						
Grossesse-Transmission Mère-enfant	0	0	1	1,9	1	1,9
Hospitalisation	15	28,8	19	36,5	34	65,4
Dépistage volontaire	7	13,5	8	15,4	15	28,8
Transfusion ou don de sang	0	0	1	1,9	1	1,9
Autres	1	1,9	0	0	1	1,9
Total	23	44	29	56	52	100

p=0,578.

Les femmes avaient découvert leur séropositivité à 51,9%.

4. Type de VIH :

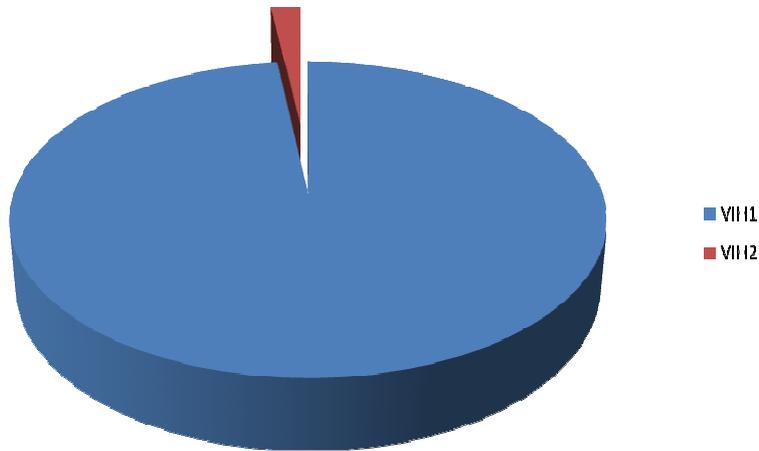


Figure 10 : Répartition des cas selon le type de VIH

L'étude avait montré une prédominance du VIH de type 1 à 98,1%.

5. Modalités selon que le partenaire soit informé ou non :

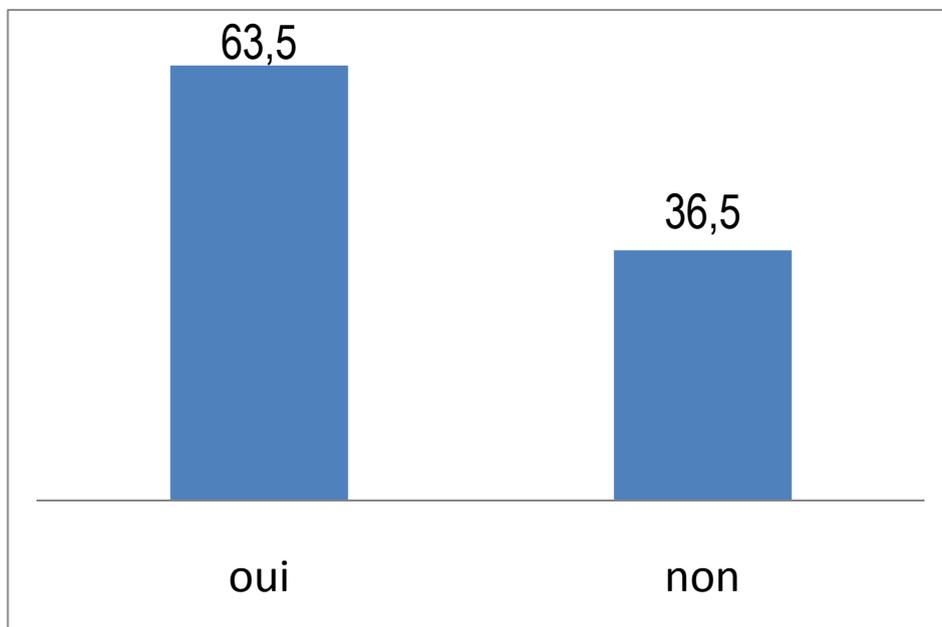


Figure 11 : Répartition des cas selon que le partenaire soit informé ou non

Les patients avaient affirmé à 63,5% que leurs partenaires ont été informés de leur séropositivité.

6. Modalités selon le désir d'informer l'autre partenaire de son statut sérologique :

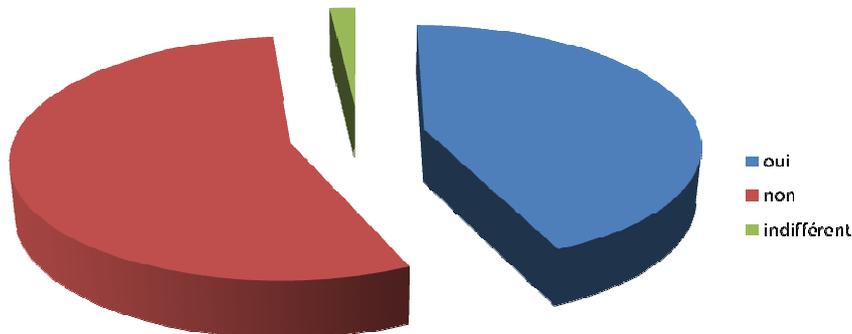


Figure 12 : Répartition des cas selon le désir d'informer l'autre partenaire de son statut sérologique.

Les patients n'avaient pas souhaité informer l'autre partenaire de leur séropositivité soit 63% du total dont 47% sont catégoriques sur leur décision.

7. Modalités selon le statut sérologique du partenaire sexuel :

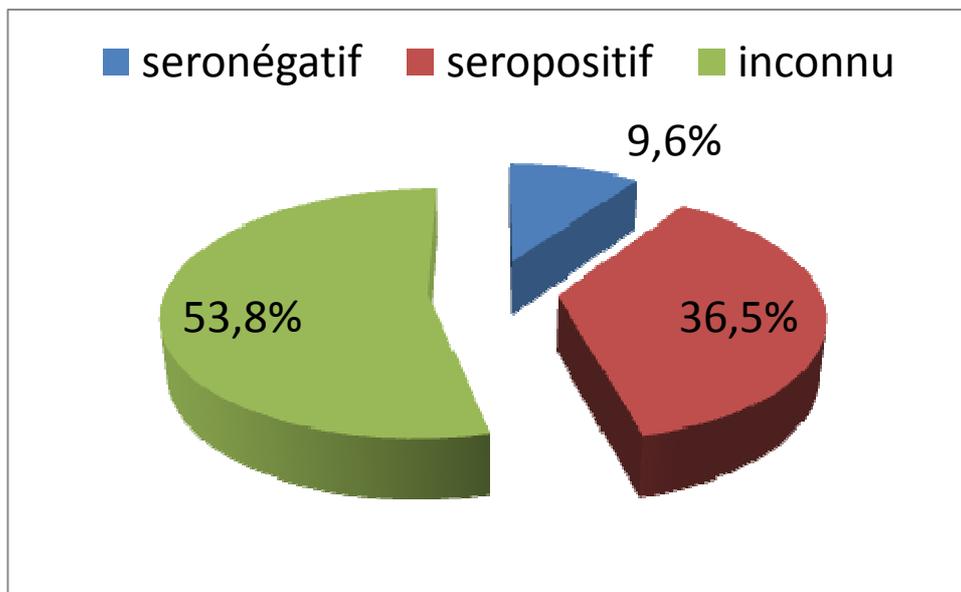
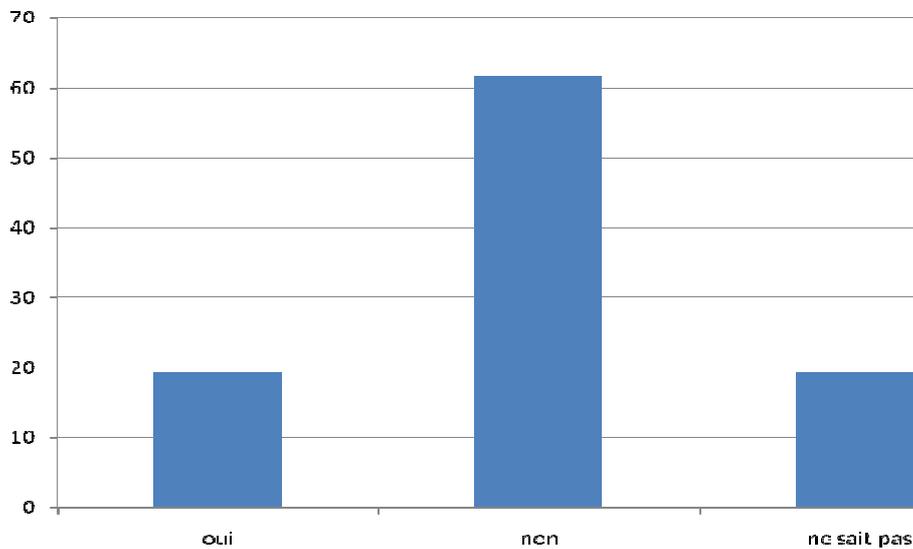


Figure 13 : Répartition des cas selon le statut sérologique du partenaire sexuel.

Les patients n'avaient pas connaissance du statut sérologique de leur partenaire à 53,8% des cas.

8. Modalités selon le changement de comportement de l'autre partenaire après l'annonce d'une sérologie positive :



Oui =19,2% ;Non=61,5% ;Ni oui ni non= 19,2%

Figure 14 : Répartition des cas selon le changement de comportement de l'autre partenaire après l'annonce d'une sérologie positive

9. Nature des réactions de l'autre partenaire informé de la séropositivité du sujet :

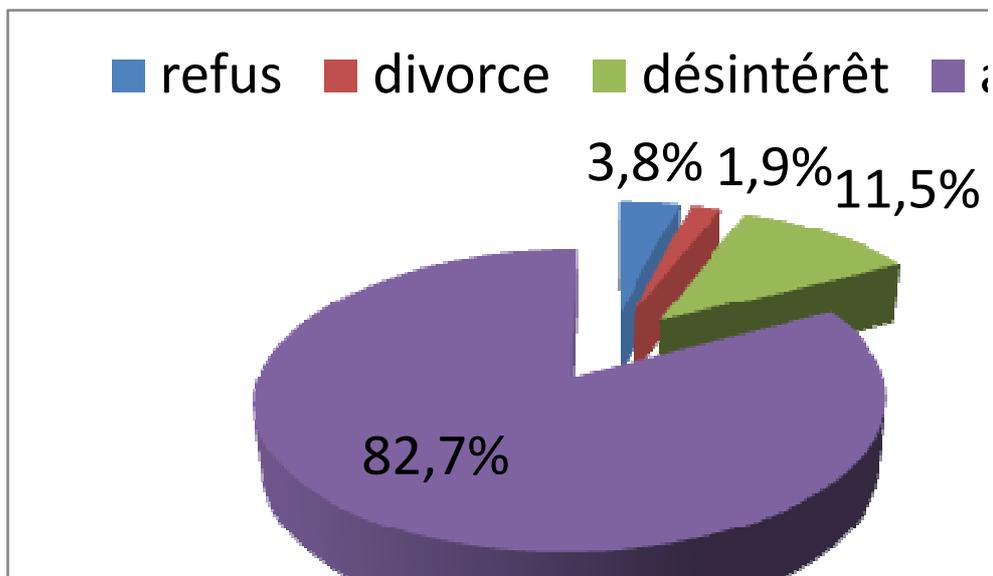


figure 15 : Répartition des cas selon la nature des changements après la connaissance de la séropositivité par l'autre partenaire.

Le désintéret affectif avait été retrouvé à 11,5%, le refus de rapports intimes représentait 3,8% et le divorce 1,9%.l'absence de changement était à 82,7%.

Tableau XIII : classification des cas selon la nature des changements et le partenaire informé ou non :

information nature	oui		non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
refus	1	1,9	1	1,9	2	3,8
divorce	1	1,9	0	0	1	1,9
désintérêt	6	11,5	0	0	6	11,5
Ne sait pas	25	48,1	18	34,6	43	82,7
Total	33	63,5	19	36,5	52	100

$p=0,194$.

L'un des patients avait refusé les rapports intimes bien que l'autre partenaire ne soit pas informé de son statut sérologique.

10. Modalités selon la fréquence des rapports sexuels par semaine :**Tableau XIV : Répartition des cas selon la fréquence des rapports sexuels par semaine :**

Fréquence par semaine	Effectif	%
Ne sait pas	15	28,8
4 fois	12	23,1
1 fois	11	21,2
2 fois	10	19,2
0	4	7,7
Total	52	100

Les patients qui n'avaient pas de vie sexuelle, étaient à 7,7%.

Tableau XV : classification des cas selon la fréquence des rapports sexuels par semaine et le genre :

Genre	masculin		féminin	
	effectif	%	effectif	%
Rapports sexuels				
Ne sait pas	1	4,3	14	48,3
0	1	4,3	3	10,3
1 fois	6	26,1	5	17,2
2 fois	7	30,4	3	10,3
4 fois	8	34,8	4	13,8
Total	23	100	29	100

$p = 0,005$.

Les femmes à 48,3% étaient abstinentes, les hommes avaient une vie sexuelle intense avec un pic à 34,8 % ; à 4 rapports sexuels par semaine.

11. Modalités d'utilisation des moyens de protection pendant les rapports sexuels :

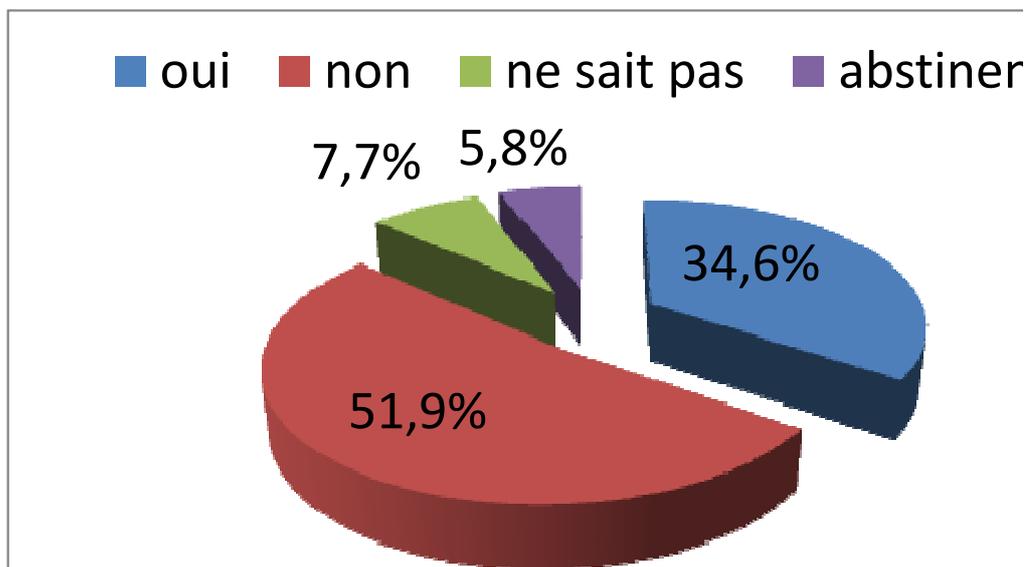


Figure 16 : Répartition des cas selon l'utilisation des moyens de protection pendant les rapports sexuels.

Les patients n'utilisaient pas les moyens de protection pendant les rapports sexuels soit 51,9 %, et avec les indécis (7,7%), un total de 59,6%.

Tableau XVI : classification des cas selon le genre et l'utilisation de moyens de protection :

Genre	masculin		féminin	
	effectif	%	effectif	%
Moyens de protection				
oui	11	47,8	7	24,1
non	10	43,5	17	58,6
abstinence	1	4,3	3	10,3
Ne sait pas	1	4,3	2	6,9
Total	23	100	29	100

Les hommes ont affirmé utiliser les moyens de protection à 47,8%.

Les femmes n'en faisaient pas usage à 58,6%.

Tableau XVII : classification des cas selon le statut du partenaire et l'utilisation des moyens de protection :

Statut Moyens de protection	Séronégatif		Séropositif		Inconnu		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	5	9,6	5	9,6	8	15,4	18	34,6
Non	0	0	12	23,1	15	28,8	27	51,9
Abstinence	0	0	0	0	3	5,8	3	5,8
Ne sait pas	0	0	2	3,8	2	3,8	4	7,6
Total	5	9,6	19	36,5	28	53,8	52	100

p= 0,042.

Les moyens de protection n'étaient pas utilisés par les patients à 28,8% dans le cas où le statut de l'autre partenaire n'était pas connu.

Avec un statut de séropositif connu des deux partenaires, le non usage des moyens de protection étaient de 23,1%.

Tableau XVIII : classification des cas selon le partenaire informé ou non et l'utilisation de moyens de protection :

information protection	oui		non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	13	25	5	9,6	18	34,6
Non	16	30,8	11	21,2	27	51,9
Abstinence	0	0	3	5,8	3	5,8
Ne sait pas	4	7,7	0	0	4	7,7
Total	33	63,5	19	36,5	52	100

p= 0,040.

Les partenaires des PVVIH bien qu'ils soient informés du statut sérologique de ces derniers, n'utilisaient pas de moyens de protection dans 30,8 % des cas.

1. Limites de l'étude :

Le thème de notre étude centré sur la sexualité des PVVIH/SIDA a constitué un des facteurs limitant de celle-ci, quoi que cela a constitué dans le même temps pour nous un challenge des plus intéressants à relever.

En effet, le simple fait d'aborder le domaine de la sexualité dans une discussion est un motif de gêne quand le vis-à-vis n'est pas une personne familière, et plus encore, nos sociétés africaines sont pudiques et une personne ne se livre pas facilement quand il s'agit de faire part de son vécu et de ses pratiques sexuelles.

Il s'agissait de faire tomber deux verrous ; accepter à la fois de parler de sa vie sexuelle et de son vécu de PVVIH/SIDA. Ceci démontre encore le travail à mener pour faciliter la prise de parole et le dialogue autour de la sexualité.

Nous n'avons eu tout au long de notre étude, un local proprement dit pour faire nos enquêtes et mettre en confiance nos sujets afin qu'il puisse se confier à nous.

Le nombre important de personnes à chaque consultation entraîne une mise à disposition réduite des patients à tout autre activité comme des enquêtes ou interview, en outre, par manque d'informations peut être, la plupart ne trouve pas d'utilité à ce travail et sont réticents à donner leur accord à une quelconque participation.

Il faut noter aussi l'absence d'étude de cas familial pour démontrer un exemple de la solidarité dans le couple.

S'intéresser aux comportements sexuels d'une population, exclut déjà une bonne partie de celle-ci. En effet seule une sous-population est sexuellement active. Toute la population n'a pas en permanence une activité sexuelle. Les pratiques d'abstinence post-partum ou rituelles sont fréquentes en Afrique. On entre plus ou moins tôt dans la vie sexuellement active, et on en sort plus ou moins tard selon les circonstances. De plus une part non négligeable de la population n'a qu'un partenaire et que des relations monogames réciproques sans activité occasionnelle extérieure [21].

A cet effet, la taille de notre échantillonnage est le reflet des réticences sus-énumérées et les facteurs limitants à notre travail.

2. Echantillonnage :

Notre étude a été descriptive et transversale, et s'est déroulée du 08 janvier au 12 avril 2007 soit une période de 3 mois.

Nous avons évalué au moyen d'une fiche d'enquête, la vie de couple des PVVIH reçus en consultation dans le Service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire du point G.

A cet effet, nous avons pu recueillir les propos de 52 PVVIH et ce travail en est la synthèse.

3. Aspects épidémiologiques :

3.1. Le sexe :

L'étude avait retrouvé une prédominance du sexe féminin avec 56% du total (figure 6). Beaucoup d'études montrent que, la proportion des femmes infectées est supérieure à celle des hommes [30; 36]. Cette féminisation de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne s'explique par les difficultés d'ordre social auxquelles la femme est confrontée : faiblesse de négociation des relations sexuelles, situation de dépendance économique, insuffisance, voire inexistence de droits juridiques, violences conjugales et rejet social [36].

3.2. L'âge :

L'échantillonnage était dans sa grande majorité, jeune avec 69,5% dans la tranche d'âge 25-45 ans, ce qui est conforme à l'allure actuelle de l'épidémie qui touche les enfants et les adultes (Tableau V;VI) [33].

3.3. La situation matrimoniale :

Une prédominance des marié(e)s avec un pourcentage de 67,5% avait été retrouvée dans l'étude et principalement ceux en régime monogame à 42,3%. Il faut noter que les veufs sont à 23,1% (Tableau IX).

D'autres études ont fait cas de cette tendance vers le régime monogame et estimerait qu'«une part non négligeable de la population n'a qu'un partenaire et que des relations monogames réciproques» [21].

Il est à remarquer que l'un des signes de l'ampleur du VIH/SIDA au sein de la population, est la proportion non négligeable des veufs et veuves soit 23,1% de notre échantillon.

3.4. Le niveau d'instruction :

Les patients avaient un niveau d'instruction équivalent au secondaire avec 48,1% (Tableau X). Ceci démontrerait le fait que le VIH/SIDA n'épargne aucune catégorie de personnes quel que soit le niveau d'instruction et la catégorie sociale.

3.5. La profession :

Les ménagères et les commerçants avaient représenté la majorité des classes professionnelles soit 46,2% du total et chacune 23,1% (Tableau IX).

Ceux qui sont au contact du grand public sont certainement les commerçants et seraient les vecteurs et réceptacles de la maladie, et ne sont pas aussi éloignés des routiers ; groupe à risque [13], ce qui pourrait expliquer nos résultats.

La forte proportion du genre féminin dans l'étude et qui sont pour la plupart dans des foyers conjugaux, pourrait expliquer le pourcentage conséquent des ménagères.

4. Circonstances de contamination :

La contamination à travers des relations avec des partenaires occasionnelles avait été retrouvée dans 52% des cas. Il a été noté, une prédominance des hommes dans ces types de relations avec 95,7% dans la population masculine, en revanche, 82,8% des femmes auraient été contaminées par leur partenaire habituel (Tableau X ; figures 8 et 9).

La forte prédominance des femmes dans l'étude s'explique peut-être par l'excès de confiance vis-à-vis de leurs partenaires, et du côté des hommes, une plus grande tendance à expérimenter des rencontres avec des partenaires occasionnelles. Ces propos seraient à relativiser car une proportion non négligeable des polygames serait dans la même lignée en matière de prise de risque ; dans l'étude, 25% des cas.

Les hommes étaient plus enclins à avoir des relations en dehors de leur couple alors que les femmes étaient un peu plus fidèles.

5. Circonstances de découverte :

L'étude avait montré que 65,4% des patients avaient découvert leur statut sérologique au décours d'une hospitalisation, en revanche, 28,8% ont fait un dépistage volontaire (Tableau XI;XII).

Le fait que nous ayons exclusivement enquêté dans un établissement hospitalier pourrait expliquer le fort pourcentage de découverte de la sérologie par hospitalisation constatée. L'un entraînant l'autre, il était conseillé à ceux ou celles qui sont les partenaires des patients hospitalisés de faire leur sérologie VIH et plus encore si il y avait décès du patient, ajouter à cela ; la proportion non négligeable des veufs ou veuves pourrait faire envisager le pourcentage relativement élevé du dépistage volontaire dans l'étude.

L'étude a confirmé que les femmes découvrent en première leur séropositivité (51,9%), et que "ce sont les femmes les plus fréquemment dépistées qui deviennent alors le point d'entrée de la connaissance du statut VIH positif au sein du couple, ce qui aggrave leur stigmatisation" [13].

6. Type de VIH :

Le VIH de type 1 était prédominant dans notre étude avec 98,1% du total (figure 10). Ce résultat confirmerait celui de beaucoup d'autres études qui soulignent une très faible représentation du VIH de type 2 dans la population des personnes infectées [7].

7. Information du partenaire :

Les patients avaient informé leur partenaire de leur statut sérologique à 63,5% (figure 7).

Ce résultat pourrait s'expliquer par le soutien moral et psychologique qu'apporte le personnel soignant aux patients et celui non moins négligeable des autres malades dans les associations d'entraide et de soutien consacré à la libération de la parole des PVVIH/SIDA.

8. Désir d'informer le partenaire :

Il avait été retrouvé 36,5% des patients qui n'avaient pas encore informé leur partenaire de leur statut sérologique; et parmi ceux-ci, 63% ne l'envisageraient aucunement (figure 12).

Il apparaît que contrairement à ce qu'on pourrait penser sur la progression des mentalités par rapport à l'acceptation des PVVIH au vu de nombreuses campagnes de sensibilisation très médiatiques, la réalité serait tout autre et beaucoup préférerait se murer dans le silence de leur maladie [30].

9. Statut sérologique du partenaire sexuel :

La majorité des patients n'avait pas connaissance du statut sérologique de leur partenaire sexuel, soit 53,8% de l'échantillon (figure 13).

Ces résultats pourraient être dans la lignée de certaines études menées dans la sous-région qui estiment que " le recours au dépistage du VIH/SIDA reste rare sur le continent africain. La grande majorité des personnes vivant en Afrique n'ont pas fait le test de dépistage du VIH et vivent dans la crainte d'être infectées, sans cependant connaître leur statut sérologique : à Abidjan, une enquête effectuée en 1999 dans des formations sanitaires, a montré que deux personnes sur trois craignent ou ont craint à un moment ou à un autre d'avoir été infectées par le VIH, alors que seule une sur dix a fait le test du dépistage" [13].

10. Réactions après l'annonce d'une sérologie positive :

L'étude avait montré que 61,6% des patients affirment que rien n'avait changé après l'annonce de leur sérologie à leur partenaire (figure 14).

Dans une étude sur le partage d'information de la femme séropositive à son époux, il s'est avéré que les réactions sont diverses et ne sont pas loin de ces résultats [30].

La plupart des patients n'ont remarqué aucun changement dans le comportement de leur partenaire soit 82,7%. En revanche, pour ceux qui ont remarqué un quelconque changement, il est par ordre décroissant, le désintérêt affectif à 11,5%, le refus des rapports intimes 3,8 % et le divorce 1,9% (figure 15).

Une étude menée auprès des femmes séropositives montrent qu'en choisissant d'annoncer sa séropositivité à son partenaire, la femme prend le risque d'une réaction négative du partenaire qui peut la placer dans des situations difficiles aussi bien affectivement que financièrement : cela peut aller d'un rejet physique et affectif (reproches, arrêt des rapports sexuels, refus de tout contact physique) à un rejet total (divorce, abandon financier, retrait des enfants et violences conjugales). Cependant cette situation n'est pas la plus fréquente : certains partenaires soutiennent leurs femmes, psychologiquement et financièrement, d'autres réagissent par le déni et ne prennent pas en compte cette information. La crainte du rejet social et affectif reste prédominante chez les femmes, ainsi que la crainte que le partenaire ne divulgue à d'autres cette information (en particulier la belle-famille) ; de ce fait de nombreuses femmes choisissent de se taire [30].

11. Fréquence des rapports sexuels :

L'étude avait montré que seul 7,7% des patients n'avaient pas une vie sexuelle active (Tableau XIV; XV). La grande majorité des patients avaient à priori une vie sexuelle active ; 69,5% dans la tranche d'âge 25-45 ans (Tableau VI), et les femmes à cause de leur faible pouvoir de négociation en matière sexuelle expliquerait aussi ce résultat [11].

12. Utilisation des moyens de protection pendant les rapports sexuels :

La plupart des patients n'utilisaient pas les moyens de protection pendant les rapports sexuels soit 51,9 %, et nettement plus si on prend en compte les indécis (7,7%) donc 59,6% du total. (Tableau XVI)

L'utilisation des moyens de protection pendant les rapports sexuels était plus aisée chez les hommes (47,8%) alors qu'elle l'était moins avec les femmes (58,6%) (Tableau XVII).

Dans l'étude, les moyens de protection n'étaient pas utilisés par la plupart des patients (28,8%) dans le cas où le statut de l'autre partenaire ne serait pas connu. (Tableau XVIII)

En revanche, même avec un statut de séropositif connu des deux partenaires ; une grande partie de notre échantillon, (23,1%), affirmaient ne pas utiliser les moyens de protection (Tableau XVIII).

Les autres partenaires bien qu'ils soient informés du statut sérologique des patients, continuaient à ne pas se protéger (30,8%) et qu'ils soient informés ou pas, la majorité soit 51,9% n'étaient pas utilisateurs des moyens de protection aussi. (Tableau XVIII)

Il se pourrait que l'utilisation des moyens de protection ne semblerait pas être une priorité pour les patients et cela encore plus quand ces personnes se savaient infecter et sont également sous traitement antirétroviral et que leur partenaire soit aussi séropositif.

Il faut noter que la faible utilisation du préservatif en Afrique subsaharienne ne semble pas être une tendance abandonnée même chez les PVVIH [21].

CONCLUSION :

Nous avons réalisé une étude auprès des PVVIH reçus en consultation au Service des Maladies Infectieuses du CHU du point G, au sujet de leur vie de couple et l'impact du VIH sur celle-ci.

Au terme de notre travail, nous pouvons dire que :

- La plupart des sujets ont des rapports sexuels non protégés et ne semblent pas être conscients de leur prise de risques et des conséquences sur leur état de santé ainsi que celui de leur partenaire.
- Leur statut de séropositif, le traitement antirétroviral, l'appartenance à un couple sérodiscordant, la faible utilisation du préservatif à priori sont autant d'obstacles à l'utilisation des moyens de prévention du VIH/SIDA chez les PVVIH de notre étude.
- Le principal souci recensé chez les PVVIH est le désintérêt affectif et dans une moindre mesure le divorce, le refus de rapports sexuels, et représentent un échantillon non exhaustif des difficultés relationnelles du partenaire VIH positif dans une vie de couple.

RECOMMANDATIONS :

Au vu de nos résultats et constats, nous formulons les recommandations suivantes :

Au personnel médical,

- Insister sur l'importance du dépistage du partenaire,
- Faire systématiquement la démonstration du port de préservatif et s'assurer que le patient sait le refaire.
- Offrir des préservatifs à ceux qui ont souhaité les utiliser comme méthode de prévention.
- Sensibiliser et expliquer l'incompatibilité et les risques de la non utilisation des moyens de protection et la prise des antirétroviraux aux PVVIH.
- Promouvoir la prise en charge globale des PVVIH en y incluant une équipe de psychologues, sociologues, anthropologues et dans d'autres domaines bénéfiques du même ordre.

Aux chercheurs,

- Encourager des études dans les domaines sociologiques, psychologiques, anthropologiques afin de mieux appréhender le VIH /SIDA dans ses multiples facettes et engranger les conclusions pour une prise en charge globale des PVVIH.

Au Ministère de la Santé,

- Faire des PVVIH des acteurs des programmes de sensibilisation et de prévention du VIH/SIDA afin qu'ils s'approprient de leur maladie et vulgarisent leurs connaissances sur celle-ci au reste de la population.
- Promouvoir la formation continue du personnel médical ayant en charge les PVVIH et élargir leurs connaissances à des disciplines telles la psychologie, la sociologie, l'anthropologie.

A la population générale :

- Sensibiliser et expliquer le VIH/SIDA de la manière la plus proche des réalités des sociétés africaines et avec leur propre représentation sociale.
- Rendre plus humaine et ordinaire les PVVIH dans la population générale et lutter ainsi contre leur stigmatisation.
- Mettre un accent particulier sur les avantages du dépistage volontaire dans les campagnes de sensibilisations aux populations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 **AHLBERG Beth Maina**

"Is there distinct African sexuality? A critical response to Caldwell".
Africa : (London .1928) , **64** , 2 ;1994 : 220-242 .

2 **ANONYME**

www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/images.html
Consulté le 02 juin 2007 à 20 heures.

3 **ANTOINE P. ,NANITELAMIO J.**

"Statuts féminins et urbanisation en Afrique ", Politique africaine, 1989 ; **36** : 129-133.

4 **BABALOLA S.**

" Spousal communication and safe motherhood practices: Evidence from the Tanzanian 1996 DHS data", Ille conférence africaine de la population (UEPA),Durban, Afrique du Sud, 6-10 décembre 1999 : 37-50.

5 **BECKER C., DOZON J.P.,OBBO C. et TOURE M.**

" Vivre et penser le SIDA en Afrique"
CODESRIA-KHARTALA-IRD 1999 : 713p.

6 **BELEC Laurent, MBOPI KEOU François-Xavier, CANCRE Nicole, GRESENGUET Gérard, GEORGES Alain-Jean,**

"Définition clinique OMS/Bangui du SIDA en Afrique Noire : Bilan 1986-1991".
Annales de Médecine interne :(PARIS), **143** ,3 :1992 ; HS : 204-213.

7 **BOUSHAB Mohamed BOUSHAB,**

"Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la diarrhée au cours du SIDA",
Thèse de Médecine, Bamako 2005, numéro .

8 **CALMY A., HIRSCHER B.**

" SIDA: quelles nouveautés dans le traitement de l'infection VIH en 2001 ?"
Médecine et hygiène, 2002 ; **60** : 141-144.

9 Cellule de la Coordination du Comite Sectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA

"Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA".

Janvier 2006; 28-44: 63p.

10 CLEARY P.D. , VAN DEVANTER N. , STEILEN M. ,STUART A. ,SHIPTON-LEVY R. , MCMULLEN W. , ROGERS T.F. , SINGER E. , AVORN J. , PINDYCK J.

"A randomized trial of an education and support program for HIV-infected individuals".

Aids: (London) , 1995 ; **9** ; 11 : 1271-1278.

11 COOK J., RWEGERA D.

"Approche anthropologique de l'étude du SIDA"

in "SIDA, enfant, famille : les implications de l'infection a VIH pour l'enfant et la famille."

Coordination : **Dr Eric CHEVALLIER**

Edition actualisée, Centre Internationale de l'Enfance : 149-188.

12 CREPAZ N., MARKS G.

"Serostatus disclosure,sexual communication and safer sex in HIV-positive men".

Aids Care,**15** ;3 ; 2003 : 379-387.

13 DESGREES DU LOU Annabel

"Le couple face au VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne : information du partenaire, sexualité et procréation".

Population, **60**, 3 : 2005 ;HS : 221-242.

14 DESGREES DU LOU Annabel

"Santé de la reproduction et effets du SIDA" in "Population et Développement :les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire" :LERY Alain et VIMARD Patrice.Les documents et Manuels du Centre français sur la population et le développement (CEPED) ; n°12.Laboratoire-population-Environnement. Paris, Juin 2001 : 77-90.

15 DELESDERRIER J.CI. , PASINI W.

Sondage " SIDA, comportements et valeurs sexuelles dans une population d'étudiants en médecine" Genève.

Médecine et Hygiène, **48**, 1835 ;1990 : 1006-1013.

16 DEMBELE Aboubacar S.Y.

"Co-infection VIH et Plasmodium falciparum chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako".

Thèse de Pharmacie , Bamako 2006, numéro .

17 DOZON J.P. et GUILLAUME A.

"Contexte, conséquences socio-économiques et coût du SIDA"; in "Populations africaines et SIDA",

J. VALLIN (éd.), La découverte / CEPED, Paris, 1994 : 179-223.

18 FASSIN Didier

"L'anthropologie entre engagement et distanciation: essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le SIDA en Afrique"

In "Vivre et penser le SIDA en Afrique" **BECKER C.,DOZON J.P.,OBBO C. et TOURE M.** CODESRIA-KHARTALA-IRD 1999 : 41-66.

19 FATTORUSSO V. , RITTER O.

Vademecum clinique

17ème édition, Masson, 2004 : 441-449.

20 FERRY Benoît

"La diffusion du SIDA et son impact sur la croissance démographique"

In "Vivre et penser le SIDA en Afrique" **BECKER C.,DOZON J.P.,OBBO C. et TOURE M.** CODESRIA-KHARTALA-IRD 1999 : 91-102.

21 FERRY Benoit

"Système d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain"

In "Vivre et penser le SIDA en Afrique" **BECKER C.,DOZON J.P.,OBBO C. et TOURE M.** CODESRIA-KHARTALA-IRD 1999 : 237-256.

22 GIRARD P.M.,KATLAMA Ch.,PIALOUX G.:

VIH, ed. doin, 2004: 635.

23 HASSOUN Judith :

"La solidarité familiale face au sida : résultats d'une enquête réalisée a Abidjan (Côte d'ivoire) auprès de femmes malades du SIDA".

Autrepart (2), 1997 : 105-122.

24 HIRCH E.

"Les abords de la sexualité au quotidien".

Enseignement post-universitaire, **26** ; 4 ; 2005 : S353-S357.

25 HURAUX Jean Marie

Cours de Virologie DCEM1

Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière

www.chups.jussieu.fr/enligne/index.html

07 Novembre 2006 à 21h 45 min.

26 JELK L. , HIRSCHEL B. , PASINI W.

"Les couples discordants face au SIDA".

Médecine et Hygiène, 1994 ,**52** , 2019 : 705-710.

27 KEITA Oumou Arouna

"Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cibles au Mali".

Thèse Pharmacie; 2005, N° 77.

28 KERRIGAN D., BASTOS FI., MALTA M., CARNEIRO-DA-CUNHA C., PILOTO JH., STRATHDEE SA.

"The search for social validation and the sexual behavior of people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil : Understanding the role of treatment optimism in context".

Social Science Medecine, 2005.

29 KHAN S.I. , HUDSON-RODD N. , SAGGERS S. , BHUIYAN M.I. , BHUIYA A.

"Safer sex or pleasurable sex ? Rethinking condom use in the AIDS era".

Sexual Health, **1** ; 2004 : 217-225.

30 LEROY Valériane :

"L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH/SIDA en Afrique: un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie". Genre et Santé, **22** ,3 : 2004 ; HS : 71-85.

31 MAIGA Salamata

"Etude sur les activités des centres de conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA : DANAYA SO/ MOPTI, APROFEM / SEGOU, KENEDOUGOU SOLIDARITE / SIKASSO

Thèse Médecine 2005, N° 237.

32 MANSERGH G. , MARKS G. , SIMONI J. M.

"Self disclosure in HIV infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status".

Aids: (London) ,**9** ; 6;1995 : 639-644.

33 ONUSIDA

Aids Epidemic update December 2006 :

"le point sur l'épidémie de SIDA 2006".

26 Novembre 2006 à 21 heures.

Site Web : www.unaids.org.

34 PANOZZO L. , BATTEGAY M. , FRIEDL A. , VERNAZZA PL.

"High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner—two challenging issues".

Swiss Medecine Weekly ,**133** , 7-8 ; 2003 : 124-127.

35 Petit Larousse illustré 2007

Edition Larousse, Juillet 2006.

36 PILON M.,VIGNIKIN K.

"Stratégies face à la crise et changements dans les structures familiales

Séminaire de Royaumont (du 21 au 24 Mai 1995) : crise économique africaine et dynamique démographique."Centre français sur la population et le développement (CEPED), fonds documentaire ORSTOM, Cote : B * 5359.

37 PILON Marc, VIMARD Patrice

"Ménages et familles face a la crise: Structures et Dynamiques Familiales à l'épreuve de la crise en Afrique Subsaharienne"

Louvain-la-Neuve, Belgique, 25 au 27 Novembre 1998.

Fonds documentaire ORSTOM, Cote : B*16403 : 1-22.

38 SEMAILLE P., DUBOIS S., GENNOTTE A.F.

"La prise en charge en médecine générale du patient atteint par le VIH".

Revue Médicale de Bruxelles, **26**, 4 ; 2005 : S367-S377.

39 TOGNIDE C.M., EZIN HOUNGBE J., GANDAHO P., DOSSA M., AHYI R.G.

"Vécu social des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Cotonou (Benin)".

Médecine d'Afrique Noire, **52**, 11 ; 2005 : 623-627.

40 TORDJMAN G.

"Fatigue, stress et sexualité".

Cahiers de Sexologie clinique, **19**, 11 ; 1993 : 19-28.

41 VIMARD P.

"Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest",

Revue Tiers-Monde, t.XXXIV, **133**: 1993 : 89-115.

42 WEINHARDT L. S. et al,

"HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV in 4 cities in the United States". Journal of AIDS, **36**, 5; 2004: 1057-1066.

43 World Health Organization/The global Coalition on Women and AIDS

"La violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA : Principaux points de recoupement ; Violence exercée par le partenaire et VIH/SIDA "WHO/HIV/2004.

44 ZELLER V., CAUMES E , BOSSI P., BRICAIRE F.,KATLAMA C.

"Aspects cliniques actuels de la maladie VIH/SIDA",

La presse médicale (1983) ;**31** ;2 ;2002 : 74-79.

Masson, Paris.

45 [http: // fr.wikipedia.org](http://fr.wikipedia.org)

Encyclopédie libre.

Consulté le 15 juin 2007 à 20 heures 30 min.

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom: ALLA SENE

Prénoms: Massahoudou Joseph

Titre: étude de l'impact de la pandémie du VIH/SIDA sur la stabilité du couple à propos de 52 cas de personnes vivant avec le VIH en consultation dans le service des Maladies infectieuses de l'hôpital du point G.

Ville de soutenance: Bamako

Année de soutenance: 2008

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt: Santé publique, Anthropologie médicale, Psychologie, Sociologie.

e-mail : josephallasene@yahoo.fr

RESUME :

Le VIH/SIDA, problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne et dans bien d'autres régions du monde, est passé de statut de maladie incurable à celui de maladie chronique avec l'avènement des trithérapies efficaces. L'effet immédiat a été l'inflation du nombre de PVVIH avec le prolongement de l'espérance de vie et la reprise d'une sexualité active.

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale dont l'objectif est de mettre en lumière la vie de couple des PVVIH en occurrence leur vécu sexuel et leur mise en pratique effective ou non des moyens de prévention du VIH/SIDA.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons étudié la fréquence des rapports sexuels, les facteurs constituant un obstacle à la prévention du VIH/SIDA et les difficultés relationnelles du partenaire VIH positif chez 52 PVVIH dans le service des Maladies Infectieuses du CHU du point G, du 08 janvier au 12 avril 2007.

La plupart de nos sujets ont des rapports sexuels non protégés et ne semblent pas être conscients de leur prise de risques et des retombées sur leur santé ainsi que celui de leur partenaire. Leur statut de séropositif, le traitement antirétroviral, l'appartenance à un couple séroconcordant, la faible utilisation du préservatif à priori sont autant d'obstacles à l'utilisation des moyens de prévention du VIH/SIDA chez les PVVIH de notre étude. Le principal souci recensé chez les PVVIH est le désintérêt affectif et dans une moindre mesure le divorce, le refus de rapports sexuels, et représentent un échantillon non exhaustif des difficultés relationnelles du partenaire VIH positif dans une vie de couple.

Mots clés : couple, VIH/SIDA, PVVIH, Bamako.

PERSONAL RECORD:

Surname: ALLA-SENE

Names: Massahoudou Joseph

Title: impact of the pandemia of the HIV/AIDS on the stability of couple about 52 people who live with HIV/AIDS in consultation in the service of the Infectious Diseases of the Hospital of "point G".

Thesis examination city: Bamako

Year: 2008

Submission venue: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odonto Stomatology.

Area covered: Public health, medical Anthropology, Psychology, Sociology.

e-mail: josephallasene@yahoo.fr

ABSTRACT:

The HIV/AIDS, major problem of public health in sub-Saharan Africa and in good of other areas of the world, passed from incurable statute of disease to that of chronic disease with the advent of the effective antiretroviral therapy. The immediate effect was the inflation of the number of people who live with HIV/AIDS, with the prolongation of the life expectancy and the resumption of an active sexuality.

It is about a descriptive and transverse study whose objective is to clarify the place of sexuality in the life of couple of the people who live with HIV/AIDS in occurrence lived to them and their effective practical application or not of the means of prevention of the HIV/AIDS.

To achieve our goals, we studied the frequency of the sexual relations, the factors constituting an obstacle with the prevention of the HIV/AIDS and the relational difficulties of positive partner HIV at 52 person who live with HIV/AIDS in the service of the Infectious diseases of the Hospital of the point G, of January 8 to April 12, 2007.

The majority of our subjects have not protected sexual relations and do not seem to be conscious of their taking risk and the repercussions on their health like that of their partner. Their statute of HIV positive, the HAART, the membership of a seroconcordant couple, the weak use of the condom a priori are as many obstacles to the use of the means of prevention of the HIV/AIDS at the people who live with HIV/AIDS of our study. The principal concern listed at the people who live with HIV/AIDS is the emotional disinterest and to a lesser extent the divorce, the refusal of sexual relations, and represent a non exhaustive sample of the relational difficulties of positive partner HIV in a life of couple.

Key words: couple, HIV/AIDS, people who live with HIV/AIDS, Bamako.

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE SUR LA VIE DE COUPLE DES PVVIH

Numéro d'anonymat :		
Q1	Quel est votre âge ?	
Q2	Sexe	(1)=masculin ; (2)=féminin
Q3	Quel est votre niveau de scolarité ?	(1)=non scolarisé ; (2)=primaire (3)=secondaire ;(4)=supérieur ;(5)=medersa
Q4	Quelle est votre profession ?	(1)=agriculteur;(2)=ouvrier qualifié ;(3)=chauffeur; (4)=chômeur;(5)=militaire et autres corps habillés ; (6)=élève ou étudiant ;(7)=professionnel(le) du sexe ;(8)=artisan ou artiste ;(9)=enseignant ; (10)=personnel de santé hors médecin ;(11)=ménagère ;(12)=commerçant et assimilé ;(13)=fonctionnaire hors policier et militaire
Q5	Quelle est votre situation matrimoniale ?	(1)=célibataire ;(2)=marié(e) monogame ; (3)=marié(e) polygame ;(4)=divorcé(e) ;(5)=concubin(e) ;(6)=veuf (ve)
Q6	Circonstances de contamination	(1)=partenaire habituel ou époux (se) ; (2)=partenaire occasionnel ;(3)=professionnel du sexe ;(4)=viol
Q7	Circonstances de découverte	(1)=Accident d'exposition au sang ;(2)=grossesse-TME ;(3)=suspicion clinique ;(4)=dépistage volontaire ;(5)=Transfusion ou don de sang
Q8	Type de VIH	(1)=VIH 1 ;(2)=VIH 2 ;(3)=VIH 1 et 2

Q9	Orientation sexuelle	(1)=hétérosexuelle ;(2)=homosexuelle ; (3)=bisexuelle
Q10	Fréquence des rapports sexuels par semaine	(1)=ne sait pas ; (2)= 0 ; (3)= 1; (4)=2 ;(5)=4
Q11	Protection pendant les rapports sexuels	(1)=oui ;(2)=non ;(3)=ne sait pas
Q12	Type de rapports sexuels	(1)=volontaire ;(2)=forcé
Q13	Statut sérologique du partenaire sexuel	(1)=séronégatif ;(2)=séropositif ; (3)=inconnu

Q14	Votre partenaire est-il informé de votre statut sérologique ?	(1)=oui, (2)=non
Q15	Si non, comptez-vous l'informer de votre statut sérologique ?	(1)=oui ;(2)=non ;(3)=indifférent ;(4)=déjà informé
Q16	Si oui, son comportement a-t-il changé envers vous ?	(1)=oui, (2)=non, (3)=ne sait pas
Q17	Quels sont ces changements ?	(1)=stigmatisation ;(2)=refus de rapports sexuels ; (3)=divorce ;(4)=agression physique ;(5)=désintérêt affectif;(6)=ne sait pas

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!!