

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Recherche Scientifique

République du Mali et de la
Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

Thèse N° :...../

TITRE

**DESIR D'ENFANT CHEZ LES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH A BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Juin 2011

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr : Idrissa DAO

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT : Pr Saharè FONGORO

MEMBRES : Pr Souleymane COULIBALY
Dr Jean Paul DEMBELE

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr Drissa GOITA

DIRECTEUR DE THESE : Pr Soukalo DAO

DEDICACES

Je dédie ce travail à <<**ALLAH soubhanawatahala**>> le tout puissant, le miséricordieux pour m'avoir donné la vie, la force et le courage pour la réalisation de ce travail.

Au prophète **Mohammad** paix et salut sur lui, pour tout le bien que tu as fait pour l'humanité.

A mon père Mamadou Tiémoko DAO

Homme de rigueur, de principe et de patience, aucun mot ne saurait traduire toute ma gratitude. Tu as guidé mes premiers pas dans les études. Tu m'as toujours enseigné à affronter le dur combat de la vie. Ce travail est un témoignage de mon filial attachement, de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance. Que Dieu t'accorde une longue vie, une excellente santé afin que nous puissions continuer de jouir de tes bénédictions.

A ma mère Aminata SANOGO

Ce travail est à toi, en signe de reconnaissance pour m'avoir comblé d'affection. Toi, qui n'as jamais cessé de prier pour tes enfants. Toi, qui n'es jamais fatiguée d'apprendre à tes enfants le courage, la tolérance et la patience. Si je suis devenu ce que je suis aujourd'hui c'est grâce à toi. Ce modeste travail est le fruit de ta bonté. Qu'ALLAH le tout puissant te donne une longue vie et une santé

A ma fiancée Bintou DAO

Toi qui as accepté de suivre le chemin le plus difficile avec moi, que notre vie en couple soit pleine de succès, de bonheur, de respect et surtout d'amour.

A toutes les victimes du VIH/SIDA

REMERCIEMENTS

A mes logeurs à Koury : Lassina Diabaté et famille, Balla Dao et famille.

A mon logeur à Koutiala : Mamadou Koné et famille

A mes amis(es) : Dr Drissa Goïta, Dr Nampouzanga A Dembélé, Dr Moussa Dao, Dr Alain Cissé, Dr Issa Konaté, Dr Brehima Y Traore, Dr Ba Berthé, Samba Goïta, Dr Dramane Dao, Kadiatou Dembélé, Rokia Niaré, Dr Fatoumata Berthé, Dr Zanfou Dembelé, Dr Nouhom Bocoum, Dr Mariam Bougoudogo, Dr Mamoutou Soumouthera, Dr Baby Coulibaly, Dr Sétie Coulibaly, Adama Dao, Dr Henry Paré, Dr Abdoulaye Sacko, Drissa Dao,.....

A mes Tontons: Brehima Dao , Gaoussou Dao, Bakary Dao, Harouna Dao, Sory Dao, Kalifa Dao,...

A mes grand frères: Abdramane Dao, Pr Sounkalo Dao, Dr Salif Dao, Moussa Daho,.....

A mes tantes : Fatoumata Dao, Fanta Dao, Sata Koné, Bintou Sanogo, Fatoumata Sanogo,...

A ma grand mère : Kadia Sanogo

Aux Associations : ARTD, WUWUYECOO, ADERS, Amicales des médecins et pharmaciens.

A l'association Yeleen pour une bonne collaboration.

A la famille Niaré de Bamako.

A mes frères et sœurs : Fatogoma Dao, Tahirou Dao, Massa Dao, Lassina Dao, Bintou Dao, Doulaye Dao, Sanata Dao, Mariam Dao, Safiatou Dao,...

Aux familles : DAO à Tandio, Bamako, Koutiala, Koury, Sikasso, Ségou ; Dembélé à Zebala, Bamako.

**A notre maître et Président du jury
Monsieur le Professeur Saharè FONGORO**

- **Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS.**

- **Chevalier de l'ordre du Mérite de santé du Mali.**

Cher maître

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme forcent respect et incitent à l'admiration.

Veillez recevoir cher maître le témoignage de notre respect et notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Monsieur le Professeur Souleymane COULIBALY

- **Maître de conférences de psychologie médicale à la FMPOS.**

- **Psychologue clinicien au service de psychiatrie du CHU du Point G.**

Cher maître

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre gratitude.

A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Jean Paul DEMBELE

- **Spécialiste de Maladies Infectieuses et Tropicales.**
- **Praticien hospitalier au service des maladies infectieuses du CHU du Point-G.**
- **Secrétaire aux relations extérieures et aux affaires sociales de la SOMAPIT (société malienne de pathologie infectieuses et tropicales)**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Soyez rassurez cher maître de notre profonde gratitude.

**A notre maître et co-directeur de thèse
Monsieur le Docteur Drissa GOÏTA**

➤ **Assistant de Recherche au Centre de Recherche et de Formation sur
le VIH et la tuberculose SEREFO/FMPOS/ NIAID Université de
Bamako**

Cher maître

Nous vous remercions d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

Votre rigueur scientifique, et votre disponibilité font de vous un maître
exemplaire.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Sounkalo DAO

- **Maître de conférences de Maladies Infectieuses et Tropicales.**
- **Investigateur clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la Tuberculose SEREFO/FMPOS / NIAID Université de Bamako.**
- **Président de la société Malienne de Pathologie Infectieuses et Tropicale (SOMAPIT)**
- **Membre de société de Pathologie Infectieuses de langue française.**
- **Membre de la SAPI (Société Africaine de Pathologie Infectieuse)**

Cher maître

C'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait, en nous confiant ce travail. Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles et morales que nous admirons en vous. Nous avons été marqués par votre rigueur scientifique, et votre constante disponibilité. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre admiration.

Abréviations et sigles

ADN :	Acide Désoxyribonucléique
AMP :	Assistance Médicale à la Procréation
ARN :	Acide Ribonucléique
ARV :	Antirétroviraux
CMV :	Cytomégalovirus
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
ELISA :	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
FIV :	Fécondation In Vitro
IA :	Insémination Artificielle
IAC :	Insémination Artificielle du Conjoint
IAD :	Insémination Artificielle du Donneur
ICSI :	Intracytoplasmic Sperm Injection
IF :	Inhibiteurs de Fusion
IIC :	Insémination Intra Cervicale
IIU :	Insémination Intra-Utérine
INNTI :	Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INTI :	Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
IP :	Inhibiteurs de Protéase
MAI :	<i>Mycobacterium Avium Intracellularae</i>
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH :	Personne Vivant avec le VIH
RIPA :	Radio Immuno Précipitation
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TME :	Transmission mère-enfant
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	2
<i>Je dédie ce travail à <<ALLAH soubhanawatahala>> le tout puissant, le miséricordieux pour m’avoir donné la vie, la force et le courage pour la réalisation de ce travail.....</i>	2
<i>Au prophète Mohammad paix et salut sur lui, pour tout le bien que tu as fait pour l’humanité.....</i>	2
<i>A mon père Mamadou Tiémoko DAO</i>	2
<i>Homme de rigueur, de principe et de patience, aucun mot ne saurait traduire toute ma gratitude. Tu as guidé mes premiers pas dans les études. Tu m’as toujours enseigné à affronter le dur combat de la vie. Ce travail est un témoignage de mon filial attachement, de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance. Que Dieu t’accorde une longue vie, une excellente santé afin que nous puissions continuer de jouir de tes bénédictions.</i>	2
<i>A ma mère Aminata SANOGO</i>	2
<i>Ce travail est à toi, en signe de reconnaissance pour m’avoir comble d’affection. Toi, qui n’as jamais cessé de prier pour tes enfants. Toi, qui n’es jamais fatiguée d’apprendre à tes enfants le courage, la tolérance et la patience. Si je suis devenu ce que je suis aujourd’hui c’est grâce à toi. Ce modeste travail est le fruit de ta bonté. Qu’ALLAH le tout puissant te donne une longue vie et une santé</i>	2
<i>A ma fiancée Bintou DAO</i>	2
<i>Toi qui as accepté de suivre le chemin le plus difficile avec moi, que notre vie en couple soit pleine de succès, de bonheur, de respect et surtout d’amour.....</i>	2
<i>A toutes les victimes du VIH/SIDA</i>	2
REMERCIEMENTS.....	3
<i>A mes logeurs à Koury : Lassina Diabaté et famille, Balla Dao et famille.....</i>	3
<i>A mon logeur à Koutiala : Mamadou Koné et famille.....</i>	3
<i>A mes amis(es) : Dr Drissa Goïta, Dr Nampouzanga A Dembélé, Dr Moussa Dao, Dr Alain Cissé, Dr Issa Konaté, Dr Brehima Y Traore, Dr Ba Berthé, Samba Goïta, Dr Dramane Dao, Kadiatou Dembélé, Rokia Niaré, Dr Fatoumata Berthé, Dr Zanfou Dembelé, Dr Nouhom Bocoum, Dr Mariam Bougoudogo, Dr Mamoutou Soumouthera, Dr Baby Coulibaly, Dr Sétie Coulibaly, Adama Dao, Dr Henry Paré, Dr Abdoulaye Sacko, Drissa Dao,.....</i>	3
<i>A mes Tontons: Brehima Dao , Gaoussou Dao, Bakary Dao, Harouna Dao, Sory Dao, Kalifa Dao,.....</i>	3
<i>A mes grand frères: Abdramane Dao, Pr Soukalo Dao, Dr Salif Dao, Moussa Daho,.....</i>	3
<i>A mes tantes : Fatoumata Dao, Fanta Dao, Sata Koné, Bintou Sanogo, Fatoumata Sanogo,.....</i>	3
<i>A ma grand mère : Kadia Sanogo.....</i>	3
<i>Aux Associations : ARTD, WUWUYECOO, ADERS, Amicales des médecins et pharmaciens.....</i>	3

<i>A l'association Yeleen pour une bonne collaboration.....</i>	<i>3</i>
<i>A la famille Niaré de Bamako.....</i>	<i>3</i>
<i>A mes frères et sœurs : Fatogoma Dao, Tahirou Dao, Massa Dao, Lassina Dao, Bintou Dao, Doulaye Dao, Sanata Dao, Mariam Dao, Safiatou Dao,.....</i>	<i>3</i>
<i>Aux familles : DAO à Tandio, Bamako, Koutiala, Koury, Sikasso, Ségou ; Dembélé à Zebala, Bamako.</i>	<i>3</i>
<i>.....</i>	<i>10</i>
TABLE DES MATIERES.....	11
1. Objectif général.....	15
2. Objectifs spécifiques.....	15
II. GÉNÉRALITÉS.....	16
1. RAPPEL SUR L'INFECTION A VIH ET LE SIDA.....	16
2. PROCREATION ET DESIR D'ENFANT	34
3. GROSSESSE ET VIH/SIDA	39
1. Cadre et lieu d'étude :	45
2. Type et période d'étude :	47
3. Critères d'inclusion:	47
4. Critères de non inclusion :	47
5. Echantillonnage	47
6. Recueil et collecte des données.....	48
7. Traitement des données.....	48
8. Aspects éthiques	48
IV. RESULTATS.....	49
.....	60
 <i>Khi2:9,263 ddl : 3 p : 0,026.....</i>	60
 <i>Les patients ayant un niveau primaire exprimaient plus de désir d'enfant</i>	60
 <i>Khi2: 5,473 ddl : 3 p : 0,140.....</i>	61
 <i>Il n'y avait pas de rapport entre le désir et le statut matrimonial.....</i>	61
 <i>Tableau XXIII: Répartition des patients selon le désir et le nombre d'enfant.....</i>	61
V. DISCUSSION.....	62
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	67
VII. RÉFÉRENCES.....	69

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Dans le monde, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 33,3 millions en 2009[1].

L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée avec 22,5 millions de personnes infectées. La majorité de ces personnes sont des femmes. Au niveau mondial, le nombre d'enfants vivant avec le VIH, est estimé à 2,5 millions en 2009 et 2,3 millions des enfants séropositifs vivent en Afrique subsaharienne [1]. En Afrique, le principal mode de transmission du VIH à l'enfant est la transmission mère-enfant. Cette transmission se produit en fin de grossesse, au moment de l'accouchement rarement au cours de l'allaitement [4,5]. Les enfants immunodéprimés sont particulièrement délicats. Certains enfants infectés par le VIH décèdent en raison de l'évolution rapide de la maladie, d'autres vivent dans la communauté et grandissent avec une histoire de maladie chronique, sans que le diagnostic d'infection par le VIH soit porté précocement [2]. Au Mali la prévalence du VIH dans la population générale est de 1,3% (EDS-IV 2006) [3].

L'infection de l'enfant perturbe entre autres, la cellule familiale, le dynamisme relationnel mère-enfant.

Les traitements combinés d'antirétroviraux ont permis de diminuer la morbidité et la mortalité liées au VIH [6]. Le nombre de femmes infectées par le VIH menant leur grossesse à terme est en augmentation constante depuis la diffusion de trithérapie des antirétroviraux et l'amélioration du pronostic [4]. Il est acceptable aujourd'hui de considérer l'infection comme une maladie chronique [6,7]. Une réduction de la transmission mère-enfant par le développement des régimes de traitement antirétroviral efficaces et l'utilisation des techniques d'assistance à la procréation ont suscité le désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH [4, 7, 8, 11,13].

Environ 75% des personnes infectées dans le monde appartiennent à la tranche d'âge de 20-40 ans, et la plupart ont une place importante dans la société. On voit un avenir sans enfant en raison de la séropositivité [6]. Dans la société negro Africaine, il est connu que “l'enfant est la parure de la femme” et pour une femme “ne pas s'inscrire dans la suite des générations, c'est mourir définitivement, c'est la vraie mort”. La femme n'est valorisée socialement que par son accession à la dignité de mère [10].

Dans la société Africaine, avoir un enfant c'est de façon consciente et inconsciente rejeter l'état de mortel et se perpétuer, c'est avoir une descendance. Le désir d'enfant est donc en relation avec ce qu'il y a d'essentiel, pour l'être humain.

Pour la femme séropositive au VIH, l'espoir c'est d'avoir un enfant sain.

Le désir d'enfant est très présent chez les femmes infectées par le VIH/SIDA et qu'elles utilisent peu les méthodes contraceptives, cela se traduit souvent par une prise de risques importants : risques de transmission au partenaire et/ou à l'enfant.

Ce désir d'enfant semble répondre à des exigences psychologiques, culturelles, économiques et sociales [2, 8, 12, 13, 14,15].

L'accès gratuit aux antirétroviraux au Mali est effectif depuis 2004 et beaucoup de personnes infectées sous traitement se sentent mieux et mènent leurs activités courantes de façon normale. Certaines ont évoqué le désir d'enfant ou ont déjà eu un enfant [3]. Il nous paraît important d'évaluer l'importance du désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH à Bamako.

1. Objectif général

Evaluer le désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH à Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques.
- Déterminer la connaissance des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).
- Déterminer le niveau de connaissance des personnes vivant avec le VIH sur les risques de la TME du VIH.

II. GÉNÉRALITÉS

1. RAPPEL SUR L'INFECTION A VIH ET LE SIDA

1.1 Définition : [4, 5, 23, 50]

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus. Ces virus sont définis par leur mode de réplication qui passe par une étape de retro transcription de leur matériel génétique constitué de deux molécules d'ARN identiques.

1.2 Epidémiologie: [27, 28, 29, 1, 30, 34, 36, 38].

L'infection à VIH a commencé à se diffuser à la fin des années 1980, d'une part dans la population masculine homosexuelle et bisexuelle de certaines zones urbaines d'Amérique, d'Australie et d'Europe occidentale et d'autre part chez les hommes et les femmes à partenaires sexuels multiples de certaines régions des caraïbes et d'Afrique centrale et orientale. En fin 1999, le VIH était présent dans tous les pays du monde à des degrés divers.

On distingue deux types de virus: le VIH1 et le VIH2; le premier étant le plus répandu, le second se rencontrant surtout en Afrique occidentale.

Le tableau I résume l'épidémie mondiale de SIDA en 2009.

La contamination féminine est prédominante, elle constitue 58% des porteurs et le mode de transmission hétérosexuelle est le plus fréquent. Seulement 10% des cas étaient dus à des transfusions sanguines et/ou à l'usage de matériels non stériles.

Au Mali, le premier cas de SIDA a été observé en 1985. En 2000 on estimait à plus de 100 000 le nombre de personnes porteuses du VIH et du SIDA et le nombre de cas réels notifiés en 2001 à l'OMS était de 6639.

Selon les enquêtes démographiques de santé (EDS), la prévalence du VIH a été estimée à 1,7 en 2001 et 1,3% en 2006 dans la population générale du Mali.

La contamination par voie sexuelle a été de loin le mode prédominant à 90%.

Tableau I: Récapitulatif de l'épidémie mondiale de SIDA Décembre 2009 selon ONU/SIDA/OMS [1]

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2009
Adultes et Enfants : 33,3 millions [31,4-35,3 millions]
Nouvelles infections à VIH en 2009
Adultes et Enfants : 2,6millions [2,3-2,8millions]
Nombre de décès au sida en 2009
Adultes et Enfants : 1,8 million [1,6-2,1millions]

Le tableau ci-dessus explique la situation épidémiologique actuelle sur la base des meilleures informations disponibles.

1.3 Modes de transmission du VIH [24, 25, 28, 31, 45,52]

Les liquides contaminants sont essentiellement les sécrétions sexuelles, les liquides biologiques contenant du sang, et le lait maternel.

Ainsi on distingue aujourd'hui trois principales voies de contamination:

1.3.1 Transmission par voie sexuelle,

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

1.3.2 Transmission par voie sanguine,

Elle concerne :

- Les usagers de drogues par voie intraveineuse
- les transfusés, les hémophiles

- les professionnels de santé en milieu de soins et de laboratoires, victimes d'accident d'exposition du sang.

1.3.3 Transmission verticale (maternofœtale).

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

- In utero dans les semaines précédant l'accouchement : la transmission trans-placentaire surtout lors du deuxième ou troisième trimestre (20%)
- Intra partum au moment de l'accouchement contact avec le sang et/ou les sécrétions servico-vaginales majorées si la rupture des membranes est supérieure à quatre heures (40%).
- Post partum : allaitement maternelle (40%).

1.4 Les aspects cliniques de l'infection à VIH [25, 26, 28, 32, 33, 42, 43]

1.4.1 Histoire naturelle de la maladie

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Grâce aux nombreuses études de cohorte mises en place dès le début de l'épidémie, cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue. L'évolution de la maladie a connue de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection.

1.4.2 La primo-infection:

Elle peut être silencieuse ou accompagnée de signes cliniques plus ou moins sévères. Mais quelle que soient les signes cliniques, son évolution est favorable.

Elle s'accompagne de la production d'anticorps anti VIH détectés par les tests de laboratoire usuel: c'est la phase de la séroconversion.

La séroconversion survient dans un délai de 6 à 8 semaines (exceptionnellement 2 à 3 mois).

1.4.3 La phase de latence clinique

Elle est caractérisée par une chute brutale de la virémie plasmatique alors que les anticorps restent à un taux élevé. En fait, les particules virales sont piégées au niveau des organes lymphoïdes (les ganglions, le réseau des cellules dendritiques folliculaires des centres germinatifs). Ces organes constituent le site anatomique principal de la séquestration virale et de la réplication du virus. La réponse de l'organisme continue avec l'apparition de lymphocytes T cytotoxiques (CTL, principalement CD8) qui peuvent inhiber efficacement la réplication par différents mécanismes: production d'enzymes (enzymes, perforine) qui viennent briser la membrane des cellules infectées; production de facteurs solubles, en particulier le beta-chimiokine qui vont inhiber la liaison du virus avec son co-récepteur. Cependant, l'activation de ces cellules dépend en partie des cytokines sécrétées par les lymphocytes TCD4, et leurs fonctions sont donc altérées au cours de la progression du déficit immunitaire.

1.4.4 La phase de dépression immunitaire profonde

Elle correspond à la phase du SIDA et est caractérisée par:

- un effondrement du statut immunitaire,
- une augmentation de la charge virale plasmatique,
- l'apparition des manifestations cliniques dites infections opportunistes.

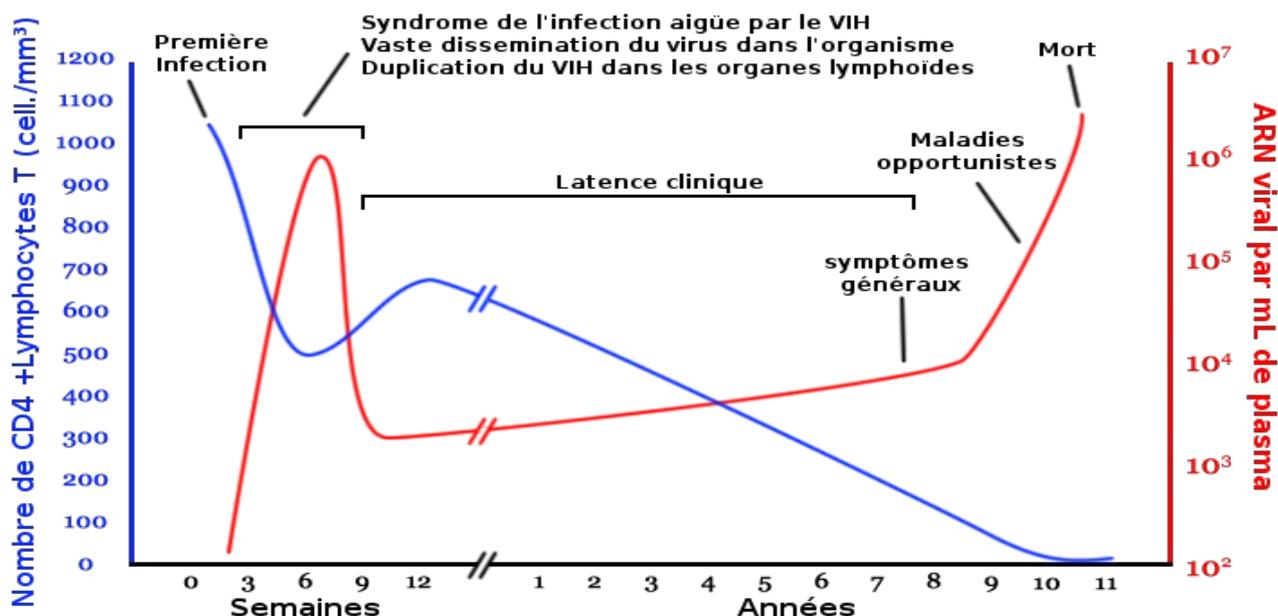


FIGURE 1: Evolution de la charge virale et du système immunitaire.

1.5 Infections opportunistes [35]

Parmi les maladies opportunistes les plus courantes, on a :

Les infections bactériennes: la tuberculose (due à *Mycobacterium tuberculosis*), les infections à MAI (*Mycobacterium avium-intracellulare*), les pneumonies bactériennes et les septicémies («empoisonnement du sang»).

Les infections parasitaires dues à des protozoaires: la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci* (*ex carinii*), la toxoplasmose, la microsporidiose, la cryptosporidiose, l'isosporose et la leishmaniose.

Les infections fongiques: la candidose, la cryptococcose (méningite à cryptococcoque) et la pénicilliose.

Les infections virales: les infections à CMV (cytomégalovirus), à herpès simplex et virus herpès zoster.

Les néoplasies liés au VIH: sarcome de Kaposi, lymphome et carcinome cellulaire squameux.

Tableau II: CLASSIFICATION CLINIQUE CDC 1993 .Catégories cliniques selon les nouvelles classifications et définition du SIDA, 1993
[5, 23,50]

Catégorie A Code OMS	Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C: infection V.I.H. asymptomatique lymphadénopathie persistante généralisée primo-infection symptomatique
Catégorie B Code OMS	Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes: a) elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire; b) elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH. Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative: angiomatose bacillaire candidose oropharyngée candidose vaginale, persistante, fréquente où qui répond mal au traitement dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ syndrome constitutionnel: fièvre (38,5°C) ou diarrhée supérieure à 1 mois leucoplasie chevelue de la langue zona récurrent ou envahissant plus d'une dermatose purpura thrombocytopénique idiopathique salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovariens neuropathie périphérique Cette classification est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.

Catégorie C Code OMS **Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C:**

candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire

candidose de l'œsophage

Cancer invasif du col

coccidioidomycose, disséminée ou extra pulmonaire

cryptococcose extra pulmonaire

cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois

infection à C.M.V. (autre que foie, rate ou ganglions)

rétinite à C.M.V. (avec perte de la vision)

encéphalopathie due au VIH

infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois; ou bronchique, pulmonaire, ou œsophagienne

histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire

isopsporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois)

sarcome de Kaposi

lymphome de Burkitt

lymphome immunoblastique

lymphome cérébral primaire

infection à Mycobacterium Avium ou Kansasii, disséminée ou extra-pulmonaire

infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site (pulmonaire ou extra-pulmonaire)

infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra-pulmonaire

pneumonie à pneumocystis jiroveii

pneumopathie bactérienne récurrente

leuco-encéphalopathie multifocale progressive

septicémie à salmonelle non typhi récurrente

toxoplasmose cérébrale

syndrome cachectique dû au VIH

Tableau III : CLASSIFICATION IMMUNOLOGIQUE CDC 1993

[5, 23, 50]

Classification de l'infection VIH pour les adultes et adolescents			
Nombre de lymphocytes T CD4	(A) Asymptomatique, primo-infection ou LPG	(B) Symptomatique, sans critères (A) ou (C)	(C) Sida
$\geq 500/\text{mm}^3$ ($\geq 29\%$)	A1	B1	C1
$200-499/\text{mm}^3$ (14-28%)	A2	B2	C2
$<200/\text{mm}^3$ (<14%)	A3	B3	C3

Définition du sida en Europe en 1993 (C1, C2, C3)

Définition du sida CDC aux Etats-Unis en 1993 (A3, B3, C1, C2, C3)

Tableau IV : INDICE (SCORE) DE KARNOFSKY (au cours de l'infection à VIH) [5, 23]

100 %	Activité normale, pas de symptôme ou de signe de maladie
90 %	Capacité de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, signes ou symptômes mineurs de la maladie. Totalem ^{ent} autonome.
80 %	Capacité de réaliser les activités normales de la vie quotidienne mais avec effort; certains signes ou symptômes mineurs de la maladie. Totalem ^{ent} autonome.
70 %	Capacité de procéder aux soins personnels: mais incapable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne. Autonome, mais stimuler.
60 %	Assistance occasionnelle nécessaire mais capable de procéder à la plupart des soins personnels. Semi autonome.
50 %	Assistance importante et soins médicaux fréquents nécessaires. Semi autonome.
40 %	Handicapé: nécessité des soins particuliers et assistance hospitalière nécessaire.
30 %	Sévèrement handicapé; hospitalisation nécessaire; mesure de maintien des fonctions vitales nécessaires.
20 %	Très malade; hospitalisation nécessaire; mesure de maintien des fonctions vitales nécessaires, absence totale d'autonomie.
10 %	Moribond: progression rapide des processus conduisant au décès.

1.6 Diagnostic biologique

1.6.1 Diagnostic indirect [45, 50]

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

1.6.1.1 Test de dépistage

Les méthodes Immuno-enzymatiques du type ELISA sont les méthodes de référence. On distingue des tests de première, deuxième, troisième et quatrième génération.

La méthode de première et deuxième génération ne met en évidence que les anticorps de la classe IgG.

Les tests de troisième génération détectent les IgM et les IgG, elles sont les plus utilisés actuellement.

Les tests de quatrième génération permettent la détection combinée de la protéine P24 du VIH-1 et des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 de type IgM et IgG.

Les tests rapides sont aussi disponibles et ne nécessitent pas d'appareillage coûteux, ni d'entretien particulier : l'immuno-comb II et le génie II.

1.6.1.2 Test de confirmation

La technique de référence est le Western Blot. Le dosage par radio immunoprécipitation (RIPA) est un test très coûteux.

1.6.2 Diagnostic direct [45, 50]

Trois techniques permettent de faire le diagnostic direct :

- la détection de l'antigène P24 : elle est indiquée essentiellement lors de la suspicion d'une primo-infection et chez le nouveau-né de mère séropositive pour le VIH-1.
- l'isolement du virus en cellule de structure : longue et coûteuse
- la détection des acides nucléiques viraux : permet de détecter l'ADN proviral intégré dans l'ADN cellulaire.

1.7 Traitement antirétroviral [23, 25, 50]

Depuis 1996, les progrès dans le domaine de la thérapeutique antirétrovirale se sont traduits par un changement clinique majeur et très rapide, dont la réduction de près de 80% du nombre de décès, du nombre de cas de SIDA et de l'incidence des infections opportunistes.

Une vingtaine de médicaments ARV appartenant à quatre classes définies selon leur mode d'action (INTI, INNTI, IP, IF) constitue l'arsenal thérapeutique actuel. Les combinaisons de trois antirétroviraux (les trithérapies) ont permis de transformer radicalement le pronostic d'une infection rétrovirale dont l'histoire naturelle était létale chez plus de 90% des patients en une infection chronique n'entraînant pas de déficit immunitaire cliniquement significatif.

1.7.1 Principes actuels de la thérapeutique antirétrovirale

Actuellement, la numération des lymphocytes TCD4⁺ est privilégiée comme critère d'initiation d'un traitement plutôt que le niveau de la charge virale plasmatique. Lorsqu'elle n'est pas disponible, le niveau des lymphocytes totaux constitue un critère approximatif pour définir les patients qui sont en besoin du traitement antirétroviral. Le concept essentiel de la thérapeutique antirétrovirale est de réduire au maximum la charge virale afin d'arrêter la progression de la maladie virale et de restaurer au mieux l'immunité. C'est également le contrôle

de la réplication virale qui constitue le garant le plus sûr pour éviter la réplication de souches virales résistantes, facteur essentiel de durabilité de l'effet antiviral.

1.7.2 Base de la prescription

- pas d'urgence;
- test sérologique de confirmation;
- numération des lymphocytes TCD4+;
- charge virale (pas indispensable);
- traitement des infections opportunistes.

1.7.3 Bilan pré thérapeutique

- séropositivité au VIH confirmée par 2 prélèvements utilisant antigènes différents;
- numération formule sanguine et plaquettes;
- numération des lymphocytes TCD4+;
- transaminases;
- radiographie thoracique;
- Glycémie, créatininémie;
- charge virale.

1.7.4 Médicaments antirétroviraux

Les antirétroviraux actuellement disponibles agissent au niveau de deux enzymes nécessaires à la réplication du VIH et à l'entrée du virus dans la cellule:

- Inhibition de la transcriptase inverse
- Inhibition de la protéase
- Inhibition de la fusion entre le virus et la membrane cellulaire.

1.7.4.1 Inhibiteurs de la transcriptase inverse

a. Analogues nucléosidiques

Dérivés des nucléosides naturels. Tous les inhibiteurs peuvent être considérés comme des prodrogues car ils subissent un tri phosphorylation intracellulaire conduisant au dérivé actif sur la transcriptase inverse (essentiellement par compétition avec les nucléosides naturels).

Tableau V : Principaux INTI

INTI	Posologies	Effets indésirables
Zidovudine Rétrovir®	200mgx 3, 250mg x 3 ou 300mg x 2	Toxicité hématologique, anémie, neutropénie, myopathie mitochondriale
Didanosine Videx®	125 à 200mg x 2 ou 250 à 400mg x 1 à jeun	Polyneuropathies périphériques, troubles digestifs, pancréatite
Abacavir Ziagen®	300mg x2	Réaction hypersensibilité, troubles digestifs, fatigue, céphalée, acidose lactique, hépatomégalie, stéatose
Stavudine Zerit®	30 à 40mg x 2	Neuropathies périphériques, lipodystrophies, élévation des Transaminases
Lamivudine Epivir®	150mg x 2	Asthénie, nausée, élévation des transaminases
Emtricitabin e Emtiva®	200mg x1	Hépatomégalie, acidose lactique, élévation des transaminases
Tenofovir Viread®	300mg x1	Troubles gastro-intestinaux, hypophosphatémie, tubulopathie

b. Analogues non nucléosidiques

Ils constituent une famille d'antirétroviraux structurellement et cliniquement différente des analogues nucléosidiques, ce sont des inhibiteurs puissants et très sélectifs de la transcriptase inverse du VIH. Ils sont inactifs sur le VIH-2 et le VIH-1 du groupe O. A la différence des analogues nucléosidiques, ils inhibent la transcriptase de façon non compétitive en se fixant directement sur le site catalytique de l'enzyme.

Tableau VI : Principaux INNTI

- INNTI de première génération

INNTI	Posologies	Effets indésirables
Névirapine	200mg/ jour x 14 jour	Toxicité cutanée (rash cutané, syndrome de Lyell, syndrome de Steven Johnson), hépatite
Viramune®	Puis 200mg x 2/ jour	
Efavirenz	600mg x 1 au coucher	Troubles neurosensoriels, rash cutané
Sustiva®		
Délavirdine	400mg x 3	Rash (moins intense que la Névirapine), cytolyse modérée
Rescriptor®		

- INNTI de deuxième génération

Etravirine (Intelence®) 200mg 2cps x 2 Eruption cutanée, diarrhée, nausée, élévation (amylase, lipase, glucose, cholestérol total et LDL, triglycéride, ALAT/ASAT)

1.7.4.2 Inhibiteurs de la protéase:

Ils agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une autre enzyme clé qui est la protéase. Les inhibiteurs de la protéase actuellement disponibles sont des

peptidomimétiques qui se lient compétitivement sur le site de la protéase. Contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse, les inhibiteurs de la protéase sont directement actifs sans nécessité de subir des étapes de phosphorylation intracellulaire.

Tableau VII : Les principales anti protéases

Antiprotéases	Posologies	Effets indésirables
Indinavir Crixivan®	800 mg x 3 à jeun ou au cours d'un repas léger Apport hydrique de 1,5l	Lipodystrophies, troubles digestifs, sécheresse cutanée, lithiase et néphropathie interstitielle, hyperbilirubinémie asymptomatique
Ritonavir Norvir®	600mg x 2 (doses croissantes les 14 premiers jours)	Troubles digestifs, neuropathies périphériques sensibles, paresthésies péri-buccales, asthénie, céphalée, érythème
Saquinavir Fortovase ou Invirase®	200mg x 3 au cours d'un repas si Fortovase 750mg x 3 ou 1250mg x 3 au cours d'un repas si Invirase	Manifestations digestives d'intensité faible à modérée, élévation des CPK, élévation des transaminases
Nelfinavir Viracept®	750mg x 3 au cours d'un repas ou 1200mg x 2	Troubles digestifs (surtout diarrhée), rash cutanée, élévation des CPK, intolérance au glucose
Amprénavir Agénérase®	1200 mg x 2 éviter les repas trop gras	Troubles digestifs, rash cutané, asthénie
Lopinavir/Ritonavir Kaletra®	400mg x 2 de Lopinavir+ 100mg x 2 de Ritonavir	Troubles digestifs, dyslipidémie (plus fréquente lors de l'association avec d'autre IP)

1.7.4.3 Inhibiteurs de fusion et d'entrée

On distingue plusieurs mécanismes possibles d'inhibition de l'entrée du VIH:

- les inhibiteurs de la liaison au récepteur TCD4+,

- les inhibiteurs des récepteurs aux chemokines: antagonismes de CXCR4 ou CCR5,
- les inhibiteurs de la fusion VIH/membrane cellulaire hôte: peptide T20 et peptide T1249.

Enfuvirtide (T20, Fuzéon®): polypeptide de 36 acides aminés administré par voie sous-cutanée.

Effets secondaires : Réactions cutanées au site d'injection.

Des pneumopathies à répétition ont été observées chez les patients traités par T20.

1.7.4.4 Indications

a. Chez l'adulte et l'adolescent

- La numération des lymphocytes TCD4+ est disponible
- stade IV OMS, quel que soit le taux de lymphocytes TCD4+
- stade III OMS avec un taux de lymphocytes TCD4+ <350/mm³
- stade II OMS ou stade I avec un taux de lymphocytes TCD4+ sanguins <200/mm³.

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes TCD4+ entre 200 et 350/mm³, le traitement sera discuté en fonction de : l'évolution clinique, la rapidité de la baisse des lymphocytes TCD4+ (comptage TCD4+ trimestriel), la charge virale quand elle est disponible, la motivation du patient.

Pour les patients asymptomatiques avec des TCD4+ > 350/mm³, le traitement n'est pas une recommandation et l'on surveillera les lymphocytes TCD4+ tous les 6 mois.

- La numération des lymphocytes TCD4+ n'est pas disponible

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

- stade IV et III de l'OMS quel que soit le taux des lymphocytes totaux
- stade II OMS avec un taux de lymphocytes totaux < 1200/mm³

Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités en l'absence de la numération des lymphocytes TCD4+.

b. Chez la femme enceinte

- Taux de CD4 ≤ 350 avec quelque symptômes cliniques commencer le traitement ARV
- Le dosage des CD4 est nécessaire au stade I et II pour savoir si elles ont besoin de traitement ARV
- Commencer le traitement ARV au stade III et IV quel que soit le niveau de CD4
- Ne pas utiliser l'EFV au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse.

c. Chez l'enfant

- Les indications sont identiques à ceux de l'adulte
- Doses ajustées à mesure que l'enfant grandit pour éviter le sous dosage et de résistance
- Dosage basé sur la surface ou poids corporel

- Existence de tableau de dose d'intervalle de poids

1.7.4.5 Protocole thérapeutique (trithérapie)

- 2INTI+1IP sont recommandés pour 2^{èmes} lignes
- 2INTI+1INNTI sont préférés pour les 1^{ères} lignes
- 3INTI sont recommandés en cas d'échec sous un traitement de 1^{ère} ligne.

2. PROCREATION ET DESIR D'ENFANT

2.1 Définition : [4, 6, 10, 18, 21, 22,39]

Le désir d'enfant est celui d'avoir des enfants légitimes et de fonder une famille. Il est de plus en plus souvent exprimé par les PVVIH, dans ce cas il est important d'encourager la confiance dans le couple qui comprend le partage de la connaissance de la séropositivité

La prise en charge médicalisée incluant le recours éventuel à une des techniques d'assistance médicale à la procréation(AMP) permet de réduire le risque de transmission virale au sein du couple. Ces techniques sont définies par les lois de Bioéthique (1994 révisées 2004). L'AMP est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple (homme et femme) stable, marié ou vivant en couple depuis au moins deux ans. Les deux membres du couple doivent être vivants et en âge de procréer au moment de l'AMP. Le projet d'enfant doit faire l'objet d'une évaluation préalable et un accompagnement psychologique est très souvent utile.

2.2 Aspects socio-psychologiques du désir d'enfant

L'infection à VIH/SIDA entraîne une crise dans la représentation identitaire des PVVIH/SIDA par rapport à la perpétuité de l'espèce humaine. Elle vient mettre un terme à un certain nombre d'attentes socio-psychologiques telles que le désir de mariage et le désir d'enfant.

Elle désaxe la personne infectée à ces attentes et la fragilise sur le plan psychologique. Elle vient lui priver du sentiment de conformité sociale et l'empêche de réaliser ce que la nature lui a donné comme droit c'est-à-dire la possibilité d'engendrer un enfant. Cela est vécu comme une frustration profonde, un sentiment de non conformité sociale

En effet dans le contexte socioculturel malien, la notion de fécondité requiert une importance capitale. Elle fait référence à la fonction naturelle de la femme dans la signification fondamentale de détentrice de la vie.

C'est cette fonction qui est remise en question par l'infection à VIH chez les PVVIH/SIDA qui se voient dans l'impossibilité de réaliser une de leurs aspirations les plus profondes.

C'est pourquoi dans la plupart des cas après l'amélioration de l'état de santé globale, le désir d'enfant qui était remise en question par la maladie remonte en surface provoquent chez ces personnes des états psychologiques contradictoires et embarrassants.

Pour la plupart des sujets infectés, l'enfant est perçu comme porteur de force de vie qui semble suffisamment important sur le plan symbolique pour contrebalancer les décisions médicales.

Ces personnes peuvent aller à l'encontre des décisions thérapeutiques et obéir à leur désir très profond même si cela peut comporter des conséquences graves. Parfois ces sujets peuvent osciller entre la nécessité d'observer les décisions thérapeutiques d'une part et les transgresser d'autre part pour assumer une grossesse et avoir un enfant qui comblera le désir de conformité sociale et d'intégration dans le groupe.

Il est possible de décrire un mode d'investissement narcissique prévalent où l'enfant prolongement de la mère est chargé avant tout de réparer le manque ouvert par la découverte de l'altérité, de l'incomplétude, tandis que l'interdiction de devenir mère s'ajoute à l'attente narcissique que comporte toute maladie aussi grave.

Ainsi la composante narcissique du désir d'enfant et du sentiment de plénitude sexuelle, ainsi que de conformité sociale devient prépondérante chez les

PVVIH/SIDA au point de balayer les doutes et de l'incertitude par rapport à la possibilité d'engendrer un enfant. C'est pourquoi beaucoup de femmes séropositives malgré toutes les contraintes imposées par les décisions médicales vont assumer leur désir d'enfant en tombant en état de grossesse aux désavoeux de leur médecin qui se trouve devant le fait accompli.

Si ces femmes ont le plein droit de réaliser leur désir qui est tout à fait légitime, elles se doivent cependant de préserver la vie de leur progéniture ainsi que celle de leur partenaire en prenant toutes les dispositions nécessaires pour ne pas transmettre le VIH à l'un ou à l'autre, ainsi autant ces femmes ont des désirs légitimes d'engendrer la vie, autant elles doivent avoir l'obligation morale de sauver la vie qu'elles ont engendrée.

L'état psychologique de la plupart de ces femmes est contradictoire et nécessite par conséquent un accompagnement psychologique pour les permettre de prendre des décisions utiles et judicieuses.

2.3 Assistance médicale à la procréation (AMP) [4, 22]

L'AMP répond à deux objectifs, qui peuvent être associés. Le premier est de permettre au couple de procréer tout en maintenant la protection des rapports sexuels.

Le deuxième objectif est de traiter une éventuelle infertilité du couple. Elle peut être indiquée dans tous les cas, que le partenaire infecté soit l'homme ou la femme, ou si l'homme et la femme sont infectés.

Seuls certains centres sont équipés pour l'AMP à risque viral. La prise en charge est pluridisciplinaire.

L'accompagnement psychologique est indispensable, ainsi que le soutien de ce parcours par le médecin qui suit l'infection à VIH.

2.3.1 Bilan de fertilité

La réalisation, chez les deux partenaires, d'un bilan de fertilité est indispensable pour déterminer le choix de la technique d'AMP. Il est préférable de laisser à l'équipe prenant en charge l'AMP le soin de réaliser ce bilan. Il comporte pour l'homme au moins un spermogramme (souvent plusieurs) et parfois d'autres examens. Pour la femme, le bilan évalue l'utérus et les trompes (hystérosalpingographie, échographie, éventuellement hystérocopie et cœlioscopie) et la réserve ovarienne (bilan sanguin hormonal). Comme avant toute AMP, des sérologies infectieuses sont demandées aux deux partenaires (syphilis, Chlamydiae trachomatis, VIH, VHC, VHB) ainsi qu'une sérologie de la rubéole et de la toxoplasmose chez la femme.

2.3.2 Techniques d'AMP [4, 16, 22, 37, 44, 46, 47, 49]

2.3.2.1 Description

La méthode la plus simple est l'insémination artificielle (IA), qui consiste à déposer les spermatozoïdes (du conjoint : IAC, ou d'un tiers donneur : IAD) soit dans le col de l'utérus (insémination intra-cervicale, IIC), soit dans la cavité utérine (insémination intra-utérine, IIU). La fécondation a lieu naturellement dans les voies génitales féminines. Une stimulation ovarienne modérée peut être nécessaire avant de procéder à l'insémination. Les chances de succès en insémination sont d'environ 15% par cycle. Les cycles peuvent être répétés en général tous les mois et un maximum de 6 cycles est proposé pour l'obtention d'une grossesse.

Si les trompes sont obturées ou abîmées, si le nombre de spermatozoïdes est insuffisant ou si les inséminations n'ont pas permis d'obtenir de grossesse, on peut recourir à la fécondation in vitro (FIV) : après une stimulation ovarienne

plus forte, destinée à obtenir plusieurs ovules matures, ceux-ci sont aspirés dans l'ovaire sous échographie avec une anesthésie locale ou générale. Ils sont ensuite mis en présence des spermatozoïdes préparés à partir d'un éjaculat ou de sperme préalablement congelé.

Dans la technique de FIV par micro-injection des spermatozoïdes (ICSI = intracytoplasmic sperm injection), un seul spermatozoïde est injecté dans chaque ovule à l'aide d'une micropipette.

Les embryons obtenus par FIV ou par ICSI sont transférés dans l'utérus au bout de 2 ou 3 jours de culture au laboratoire. Le plus souvent, on propose le transfert de 2 embryons. Pour éviter le risque de grossesse multiple, on peut proposer le transfert d'un seul embryon lorsqu'il a de bonnes chances d'implantation. Au contraire, s'il existe des facteurs péjoratifs de succès, on peut proposer jusqu'au transfert de 3 embryons. Les embryons qui ne sont pas transférés peuvent être congelés. Les chances de grossesse de la FIV et de l'ICSI sont de 25 à 30 % par cycle. On peut faire 2 à 3 tentatives par an, sans compter les transferts d'embryons congelés. Un maximum de 4 ponctions est proposé pour l'obtention d'une grossesse.

2.3.2.2 Contraintes

Recourir à l'AMP dans le contexte de l'infection à VIH impose les mêmes contraintes et les mêmes difficultés que pour un couple infertile. Cela ne permettra pas à tous les couples qui le souhaitent d'avoir un enfant parce que d'une part l'AMP n'est pas toujours possible, notamment du fait de l'âge de la femme, et d'autre part elle n'est pas toujours couronnée de succès, soit du fait des limites propres aux techniques, soit du fait de l'abandon de la procédure par le couple. Les procédures sont longues et contraignantes, l'investissement physique de la femme est éprouvant. C'est souvent la répétition des cycles qui permettra d'obtenir la grossesse. Il faut donc s'attendre à des échecs et pouvoir

les affronter. Le souci d'améliorer les chances de succès incite à prendre des risques de grossesse multiple : les jumeaux représentent environ 20 % des naissances. Les grossesses de rang supérieur à 2 (triple ou plus) sont à éviter du fait d'une morbidité périnatale plus grande et de la difficulté à élever les enfants dans les conditions. Finalement, l'expérience des années récentes montre qu'environ un couple sur deux s'adressant à un centre d'AMP aura un enfant.

3. GROSSESSE ET VIH/SIDA

3.1 Transmission verticale (maternofœtale): [2, 4, 5, 22, 41, 43, 44, 45, 51, 52]

Le cours de la grossesse et le post partum constituent les moments de risque de la transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant. Cette transmission peut survenir in utero au cours de la grossesse, intra partum au moment de l'accouchement ou en post partum au cours de l'allaitement maternel.

3.2 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) :

3.2.1 Objectifs : [4, 5, 6, 19]

- Diminuer le risque de transmission mère-enfant
- Assurer un traitement optimal pour la mère
- Prévenir le risque de résistance aux ARV ultérieurement chez la mère et chez l'enfant
- Limiter le risque de toxicité des ARV pour l'enfant.

3.2.2 Principes [22, 41]

La prévention de la transmission mère-enfant relève d'une décision collaborative, multidisciplinaire, qui ne doit jamais être décidée dans l'urgence, sauf en cas de diagnostic très tardif.

Toute femme nécessitant un traitement pour sa propre santé doit bénéficier d'une multithérapie optimale, en choisissant autant que possible les médicaments sans toxicité avérée pour elle et pour l'enfant. Lorsqu'un traitement potentiellement toxique ou tératogène est nécessaire, il faut en informer la patiente et renforcer la surveillance.

Lorsque le traitement est prescrit spécifiquement pour prévenir la transmission mère-enfant, il doit permettre d'atteindre une charge virale plasmatique indétectable, ce qui implique habituellement l'utilisation d'une multithérapie.

La patiente doit être impliquée dans les décisions et recevoir une information claire et individualisée sur la nécessité du traitement, **son efficacité préventive, sur les incertitudes concernant sa toxicité** potentielle. Elle doit être informée des modalités du suivi, du traitement de l'enfant et des raisons de la contre-indication de l'allaitement au sein.

Pour le succès de la prise en charge, l'importance de l'observance en cours de grossesse doit être abordée systématiquement, y compris si la femme est déjà traitée. Il faut prendre en compte ses difficultés éventuelles, sociales et administratives, psychologiques ou psychiatriques, sa compréhension et son adhésion à la stratégie thérapeutique.

Par ailleurs, il faut encourager les femmes qui n'ont pas révélé leur séropositivité VIH à leur compagnon de le faire. Outre le risque de transmission virale dans le couple, le secret pose des problèmes parfois sérieux pour la prise en charge de l'enfant et son équilibre psychique. Il faut également renforcer la

notion d'autorité parentale partagée, donc le droit du père autant que celui de la mère de connaître et de consentir aux traitements et aux soins apportés à l'enfant dès lors qu'il a été reconnu.

3.3 Prise en charge d'un couple séropositif

3.3.1 Prise en charge préconceptionnelle de la femme :

[4, 5, 6, 19, 22]

La prise en charge préconceptionnelle doit être prise en compte chez toute femme en âge de procréer, il est important d'aborder précocement l'éventuel désir d'enfant, pour anticiper une prise en charge adaptée.

Elle doit tenir compte plusieurs éléments :

- La situation médicale : état clinique et immuno-virologique actuel, antécédents, taux de CD4 et son évolution.
- Les traitements antirétroviraux actuels mais aussi l'historique (motif de changement, intolérances, tests génotypique de résistance).
- Le statut VHC et VHB
- Le contexte de fertilité ; antécédents de grossesse, notion de stérilité du couple, âge de la femme.
- La situation du couple, la connaissance de la séropositivité par le conjoint ou du partenaire.

3.3.2 Choix des stratégies thérapeutiques : [4, 5, 6, 19, 22, 41]

Plusieurs situations thérapeutiques sont possibles à la vue de la grossesse.

- La patiente n'est pas traitée et ne nécessite pas de traitement : La patiente est mise sous traitement dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant
- La patiente n'est pas traitée et doit commencer un traitement antirétroviral : Il faut choisir des molécules les plus compatibles avec une grossesse et si possible s'assurer de la tolérance et de l'efficacité du traitement avant de débiter la grossesse.
- La patiente est traitée, son traitement est efficace et compatible avec la grossesse : Ce traitement doit être poursuivi.
- La patiente est traitée, mais ses résultats ne sont pas optimaux (charge virale non contrôlée TCD4 < 200) : Il faut évaluer les causes de l'échec (observance, résistances, sous dosages, interactions) et adapter le traitement.
- La patiente reçoit un traitement déconseillé lors d'une grossesse : On le remplacera par un traitement compatible avec la grossesse sans compromettre son efficacité, en fonction des antécédents et du profil de résistance.

3.3.2.1 Préparation de la grossesse :

La préparation de la grossesse est l'occasion de vacciner contre la rubéole(en absence de déficit immunitaire franc), de proposer la vaccination anti-VHB aux femmes non immunisées si la sérologie VHB est négative, de prescrire une supplémentation en acide folique (0,4 mg/jour à débiter au moins de 2 mois avant la conception et à poursuivre jusqu'au 2^{ème} mois de la grossesse) et d'encourager l'arrêt de l'usage de l'alcool, du tabac et d'autres drogues.

3.3.2.2 Situation où une grossesse est déconseillée :

Des situations préoccupantes qui doivent faire l'objet de mises en garde fortes auprès de la patiente :

- Maladie aiguë en cours (infection opportuniste)
- Echec virologique sans perspective à court terme, multi résistances, intolérances aux traitements disponibles, et/ou charge virale élevée, et /ou TCD4 < 200/mm³.
- Impossibilité de modifier un traitement ARV comportant des molécules contre indiquées pendant la grossesse.
- Situation sociale critique (absence de logement et de ressources)
- Alcoolisme ou usage actif de drogues ;

3.3.3 Prise en charge préconceptionnelle de l'homme [4, 22]

L'homme doit être accompagné dans son projet d'enfant en tenant compte de la prévention des risques de contamination virale dans le couple.

Il faut encourager une bonne qualité de suivi et l'observance thérapeutique.

Lorsqu'une pathologie grave évolutive liée ou non au VIH compromet le pronostic vital, il faut savoir mettre en garde avec empathie le couple quant aux conséquences possibles pour l'enfant.

Quant aux risques pour l'enfant, il n'existe pas de transmission verticale père-enfant du VIH. Les traitements du VIH n'ont pas de retentissement connu sur la descendance.

3.4 Prévention de la transmission mère-enfant : [2, 4, 5, 6, 10, 12, 19,22, 38]

- Le traitement préventif de transmission mère-enfant est systématique et débute à partir du troisième trimestre de grossesse à fin de limiter la durée d'exposition du fœtus. Le traitement antirétroviral préventif nécessite une multi thérapie préférant l'association de trithérapie 2INTI+1IP. Cette prévention permette de réduire la transmission mère-enfant.

Le choix du traitement préventif implique une décision multidisciplinaire en collaboration avec plusieurs spécialités (infectiologie, obstétrique, pédiatrie, de l'hépatologie en cas co-infection avec l'hépatite B ou C),

- La césarienne programmée n'est plus systématique chez la femme sous multithérapie ayant une charge virale indétectable à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle reste conseillée en cas de charge virale > 400 copies/ml.

- L'auto insémination et l'assistance médicale de la procréation (AMP)

- Prise en charge de l'enfant : Traitement à la naissance du nouveau né, suppression de l'exposition post natale grâce à l'allaitement artificiel.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

L'étude a été réalisée au CHU du Point G au niveau de l'«Association YELEEN».

«Yeelen» en langue nationale bambara signifie la lumière.

Elle a été créée le 4 septembre 2004 reconnue par le ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales sous la référence N° 0032/MATCL-DNI du 1^{er} février 2005. Aujourd'hui elle compte plus de 700 membres. Elle est membre fondateur du RMAP (Réseau Malien des Association de PVVIH) et du CAP-BKO (Coalition des Association de PVVIH du District de Bamako).

Le siège se trouve au CHU du Point G. Il comporte : 3 bureaux occupés par le coordinateur, le comptable, le chargé des programmes.

Le but de cette association est de développer une solidarité envers les personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

Les objectifs sont:

- Améliorer l'accompagnement psychosocial et animer les groupes d'auto support des PVVIH ;
- assurer l'information, la sensibilisation des populations pour un changement de comportement face au danger des IST/VIH ;
- assurer l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance des patients sous ARV ;
- améliorer la prise en charge nutritionnelle, l'hygiène alimentaire et corporelle des PVVIH ;
- favoriser la réinsertion socio-économique des PVVIH ;
- défendre les droits humains des PVVIH.

Les activités menées au niveau de l'association sont : la formation, la sensibilisation, l'accompagnement psychosocial, l'éducation thérapeutique, la défense des droits humains des PVVIH.

L'Association YELEEN est composée de membres d'honneur, de membres associatifs, de membres sympathisants et de membres bienfaiteurs.

Les instances de l'association sont l'assemblée générale, le bureau exécutif, et les concertations.

Le bureau exécutif est composé de 11 membres : un président, des secrétaires (général, administratif et adjoint, information, organisation, affaires étrangères, conflits, compte), un trésorier général et son adjoint.

Les partenaires sont : l'Etat Malien, le Fond Mondial, le CHU du Point- G, ARCARD/SIDA, GIP Esther, PAM Mali (Programme Alimentaire Mondial)

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective et transversale au près des personnes vivant avec le VIH à l'association yeleen pendant une période de six mois de Avril à Septembre 2009

3. Critères d'inclusion:

Ont été inclus dans l'étude les PVVIH, membres de l'association yeleen :

- Agées de plus de 18 ans ;
- Ayant donné leur consentement éclairé.

4. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude les PVVIH membres de l'association yeleen :

- Non consentant ;
- Agées de moins de 18 ans.

5. Echantillonnage

Une étude antérieure a montrée que le désir d'enfant est au moins 9, 37%
(AKONDE N.)

Nous utilisons donc 9,37% comme le taux de prévalence minimal attendu pour le calcul de la taille de l'échantillon

$$N = z_{\alpha}^2 \times PQ / I^2$$

N : taille minimale de l'échantillon

Z α : valeur de la distribution normale

Z = 1,96 pour α : risque 5%

P : prévalence de l'affection 10%

Nous avons préféré prendre 10% pour augmenter davantage la taille de l'échantillon.

Q : 1 - P

I : erreur de l'échantillonnage 2 à 8%

$$N = (1,96)^2 \times 0,1 (1 - 0,1) / (0,08)^2 = 54,01 \approx 54$$

La taille minimale de l'échantillon est 54

6. Recueil et collecte des données

L'enquête a consisté à une interview structurée à l'aide d'un questionnaire pré-testé. La méthode dite « face à face » a été utilisée lors de l'entretien avec les participants de l'étude.

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête, les caractéristiques sociodémographiques, le niveau d'instruction, la durée probable de l'infection, le désir d'avoir un enfant, la connaissance des risques liés au désir d'enfant, les attitudes et les pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir d'enfant ont été renseignées sur les fiches d'enquête.

7. Traitement des données

Le traitement des données a été fait sur les logiciels Epi info.06.fr et SPSS (Version 17.0) Le test de khi carré était utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de signification de 5%.

8. Aspects éthiques

La participation à l'étude était libre et volontaire. Un consentement éclairé verbal de participation a été obtenu auprès des participants. Pour assurer la

confidentialité des informations obtenues la fiche d'enquête était anonyme. Cette étude va permettre d'avoir des données de base en matière de santé de la reproduction des personnes vivant avec le VIH afin d'améliorer la prise en charge globale de l'infection à VIH au Mali.

IV. RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons interviewé 60 PVVIH au cours du renouvellement de leur traitement ARV et les groupes de paroles organisés par l'association Yeleen dans le cadre de ses activités chaque lundi et jeudi. L'analyse des données recueillies auprès de ces PVVIH nous ont permis d'aboutir aux résultats suivant:

Tableau VIII : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'Age	Effectif	Pourcentage
20 à 30 ans	16	26,7
31 à 40 ans	28	46,7
41 à 50 ans	11	18,3
51 à 60 ans	5	8,3
Total	60	100

La tranche d'âge de 31 à 40 ans était la plus représentée 46,7%.

Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était majoritaire.

Tableau IX : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	15	25
Paysans	6	10
Commerçant	15	25
Militaire	1	1,7
Fonctionnaire	3	5,
Conducteur	1	1,7
Autres	19	31,7
Total	60	100

Les autres étaient (les animateurs, les animatrices, les conseillers, les conseillères, les électriciens, les tresseuses, les teinturières) avec 31,7%.

Les ménagères et les commerçants étaient majoritaires avec 25% chacun.

Tableau X : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié(e)	26	43,3
Veuf (Ve)	17	28,3
Divorcé(e)	10	16,7
Célibataire	7	11,7
Total	60	100

Les mariés (es) étaient plus représentés avec 43,3%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	21	35
Secondaire	18	30
Supérieur	9	15
Non scolarisés	12	20
Total	60	100

Le niveau primaire était majoritaire avec 35%.

Tableau XII : Répartition des patients selon le statut VIH du partenaire

Statut VIH du partenaire	Effectif	Pourcentage
Positif	16	26,7
Négatif	7	11,7
Ne sais pas	36	60
Sans partenaire	1	1,7
Total	60	100

Plus de 60% des patients ignoraient le statut VIH de leur partenaire

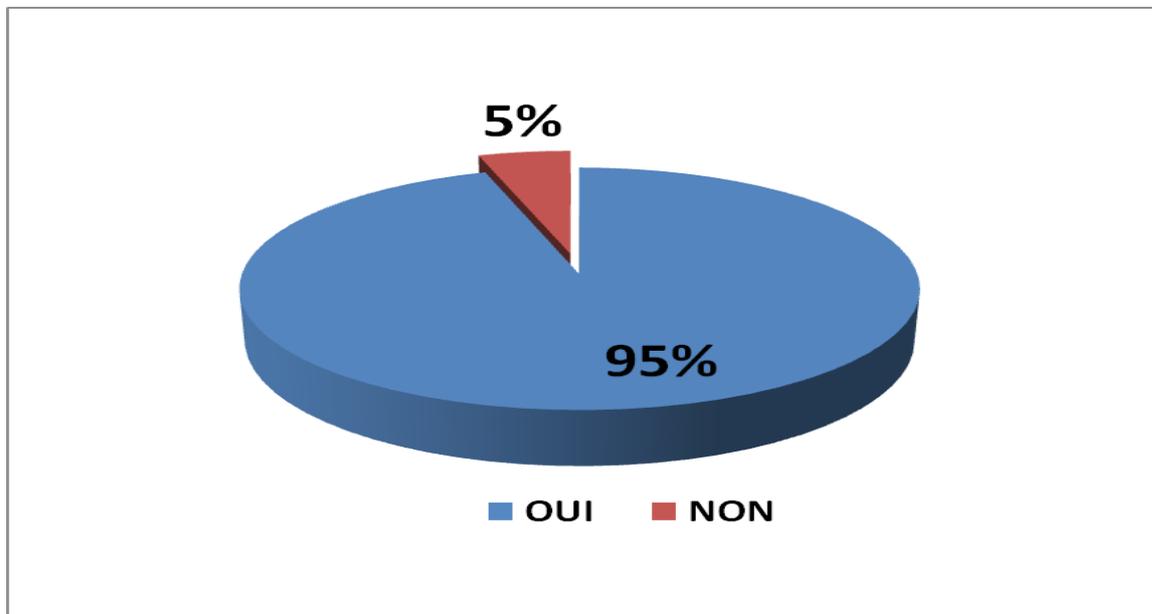


Figure 3: Répartition des patients selon le traitement ARV

La majorité des patients était sous ARV (95%). Les patients non traités avaient un taux de CD4 supérieur à 500/mm.

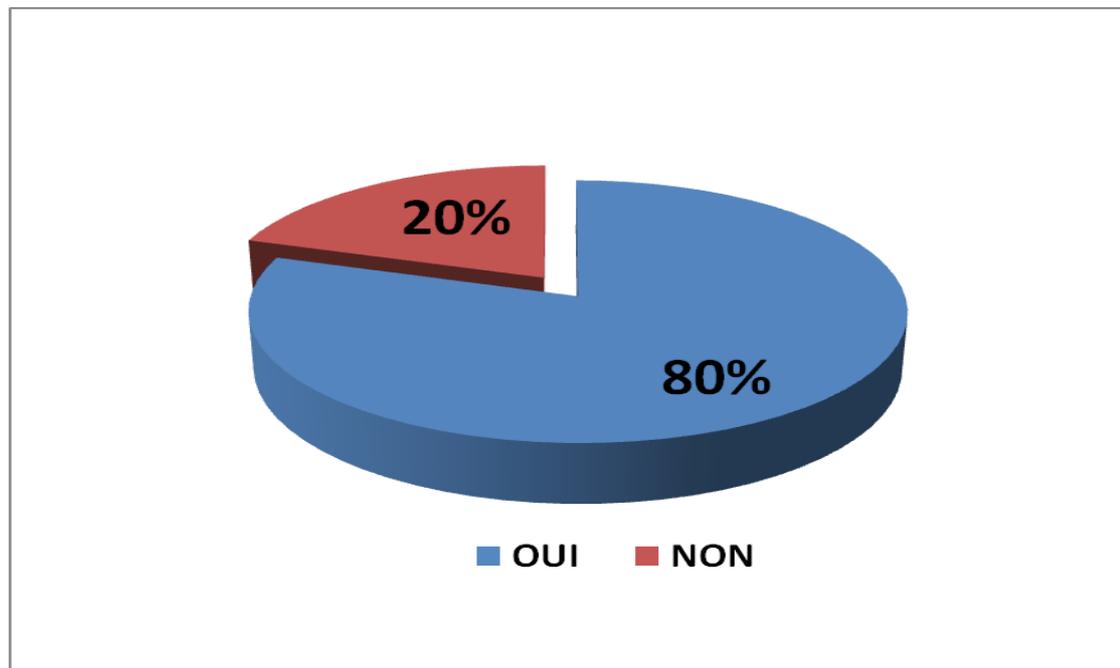


Figure 4: Répartition des patients selon l'existence d'enfant

La majorité des enquêtés avait au moins un enfant (80%).

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

Nombre d'enfants	Effectif	Pourcentage
0	12	20
1	12	20
2	11	18,3
3	9	15,0
4	8	13,3
5	4	6,7
6	1	1,7
8	3	5
Total	60	100

Le nombre moyen d'enfant était de 3.

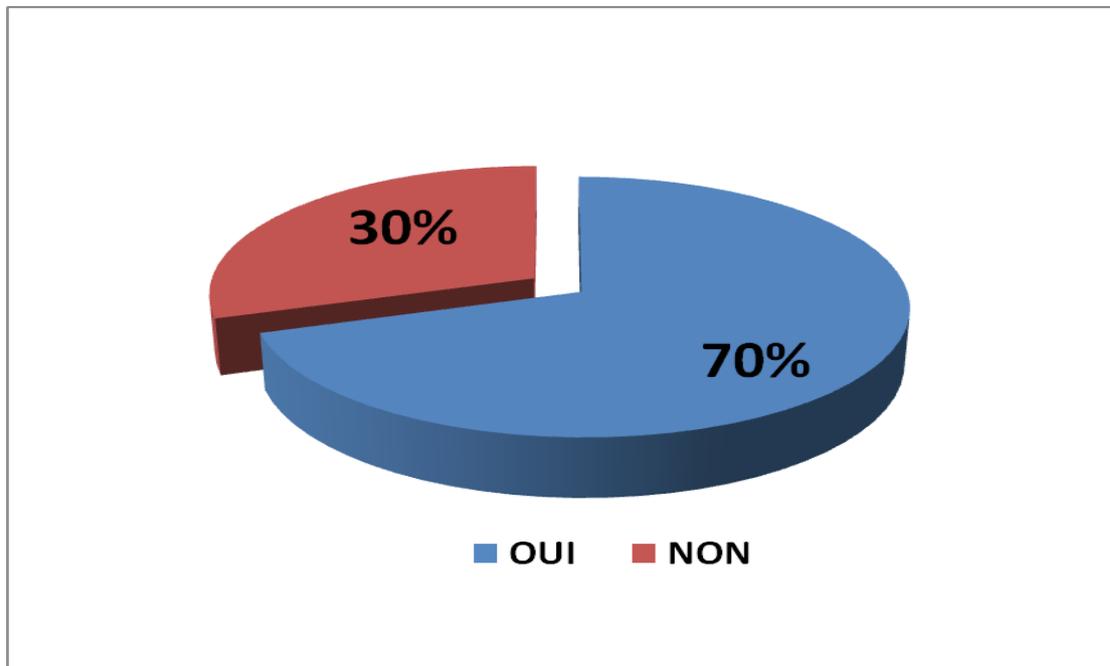


Figure 5: Répartition des patients selon le désir d'enfant

La majorité (70%) des enquêtés avait exprimé le désir d'enfant.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la raison du désir d'enfant

Raison du désir d'enfant	Effectif	Pourcentage
Absence ou insuffisance d'enfant	10	16,7
Nécessité culturelle	23	38,3
Prescription religieuse	1	1,7
Autres raisons	8	13,3
Total	42	70

La nécessité culturelle était dominante avec 38,3%.

Tableau XV : Répartition des patients selon la raison du non désir d'enfant

Raison du non désir d'enfant	Effectifs	Pourcentages
Nombre suffisant	0	0
Infectée par VIH	8	13,3
Absence de partenaire	3	5,0
Manque de moyens financiers	2	3,3
Age avancé	4	6,7
Autres	1	1,7
Total	18	30

L'infection par le VIH prédominait la raison du non désir d'enfant avec 13,3 %

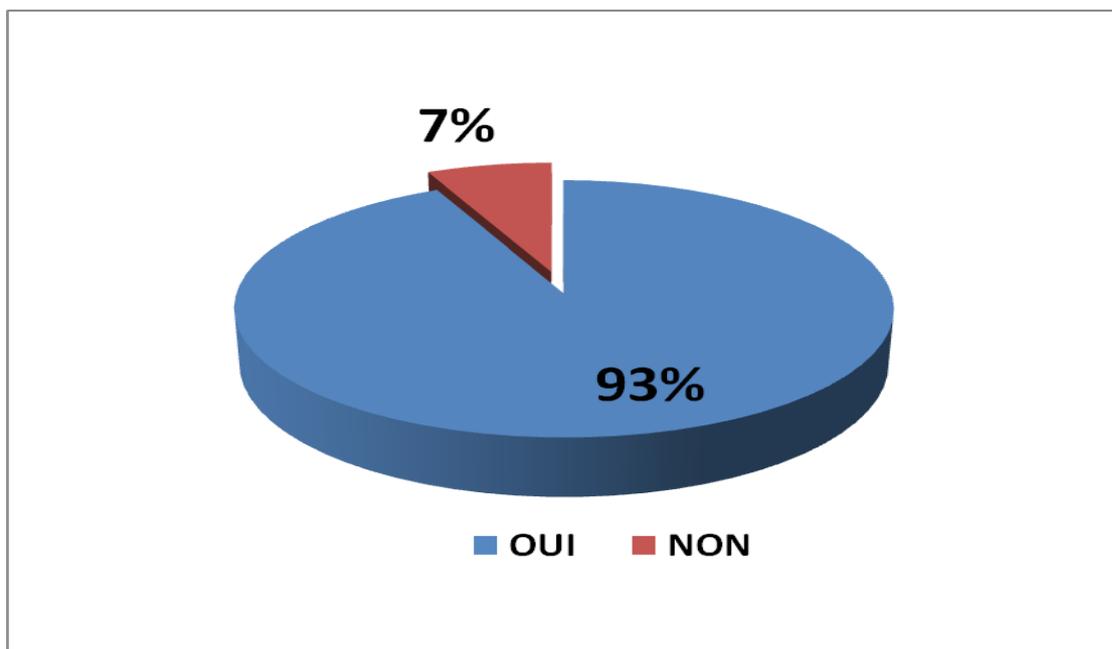


Figure 6: Répartition des patients selon la connaissance du risque de l'infection chez l'enfant

La majorité (93%) des enquêtés connaissait le risque d'infection chez l'enfant.

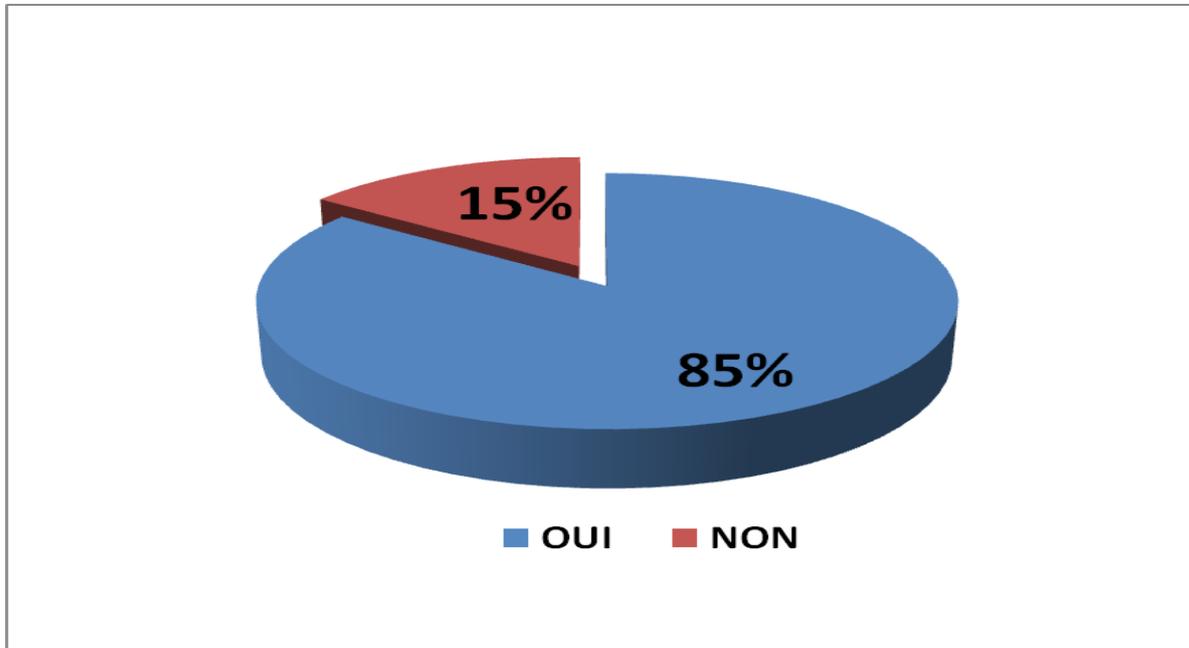


Figure 7 : Répartition des patients selon la connaissance de l'existence des moyens de la PTME

Sur 60 cas, (15%) ignoraient les moyens pour éviter la transmission de l'infection à l'enfant.

Tableau XVI : Répartition des patients selon la connaissance des moyens de la PTME

Connaissance des moyens de la PTME	Effectif	Pourcentage
Traitement de la mère avec les ARV	18	30
ARV à la naissance	1	1,7
Eviter l'allaitement maternel	1	1,7
Traitement de la mère avec les ARV+ARV à la naissance	2	3,3
Traitement de la mère avec les ARV + allaitement artificiel	18	30
Traitement de la mère avec les ARV+ARV à la naissance +allaitement artificiel	11	18,3
Ne sais pas	9	15
Total	60	100

Les moyens de la PTME étaient : le traitement de la mère avec les ARV (30%) et le traitement de la mère avec les ARV +allaitement artificiel (30%).

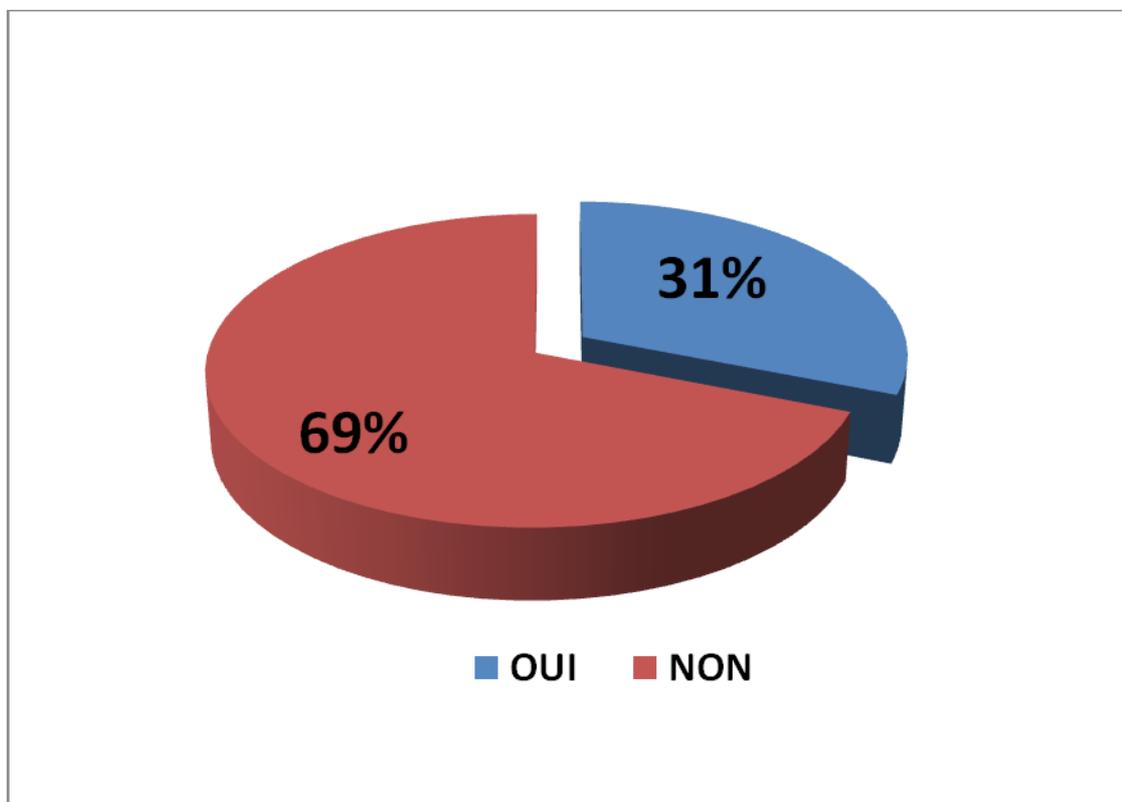


Figure 8 : Répartition des patients selon la discussion du désir avec le partenaire

La majorité (69%) des enquêtés n'avait pas discuté le désir avec leur partenaire.

Tableau XVII: Répartition des patients qui ont exprimé le désir d'enfant selon l'information du médecin du désir

Informé le médecin du désir	Effectifs	Pourcentages
OUI	14	33,33
NON	28	66,67
Total	42	100

Plus de 66,67% n'avaient pas informé le médecin par rapport à leur désir.

XVIII : Répartition des patients selon le type de contraception

Type de contraception	Effectif	Pourcentage
Injection	3	5
Pilules	3	5
Condoms	1	1,7
N'utilise pas	53	88,3
Total	60	100

La majorité des patientes n'utilisait pas de contraception avec 88,3%.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le désir d'enfant et le sexe

		Désir d'enfant		Total
		OUI (%)	NON (%)	
Sexe	Masculin	11(26,1)	4 (22,2)	15
	Féminin	31(73,9)	14 (77,8)	45
Total		42 (100)	18 (100)	60

Khi 2 : 0,106

ddl:1

p : 0,745

Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Tableau XX : Répartition des patients selon le désir d'enfant et l'âge

		Désir d'enfant		Total
		OUI	NON	
Age	20 à 30	12 (28,6%)	4 (22,2%)	16
	31 à 40	20 (47,7%)	8 (44,4%)	28
	41 à 50	6 (14,2%)	5 (27,8%)	11
	51 à 60	4 (9,6%)	1 (5,6%)	5
Total		42 (100)	18 (100)	60

Khi 2 :1,707

ddl : 3

p : 0,635

L'âge n'avait pas d'influence sur le désir d'enfant.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le désir et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Désir d'enfant		Total
	OUI	NON	
Primaire	18(42,86%)	3(16,67%)	21
Secondaire	11(26,20%)	7(38,89%)	18
Supérieur	8(19,04%)	1(5,56%)	9
Non scolarisé	5(11,90%)	7(38,89%)	12
Total	42 (100)	18 (100)	60

Khi2:9,263

ddl : 3

p : 0,026

Les patients ayant un niveau primaire exprimaient plus de désir d'enfant

Tableau XXII: Répartition des patients selon le désir et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Désir d'enfant		Total
	OUI	NON	
Marié(e)	19(45,23%)	7(38,88%)	26
Célibataire	7(16,67%)	0(0%)	7
Divorcé(e)	7(16,67%)	3(16,66%)	10
Veuf (Ve)	9(21,42%)	8(44,44%)	17
Total	42 (100)	18 (100)	60

Khi2: 5,473

ddl : 3

p : 0,140

Il n'y avait pas de rapport entre le désir et le statut matrimonial.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon le désir et le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Désir d'enfant		Total
	OUI	NON	
0	11(26,20%)	1(5,56%)	12
1	10(23,80%)	2(11,11%)	12
2	8(19,04%)	3(16,67%)	11
3	6(14,29%)	3(16,67%)	9
4	3(7,14%)	5(27,78%)	8
5	2(4,77%)	2(11,11%)	4
6	0(0%)	1(5,56%)	1
8	2(4,77%)	1(5,56%)	3
Total	42 (100)	18 (100)	60

Khi2 : 10,920

ddl : 7

p : 0,142

Le nombre d'enfant n'avait aucun impact sur le désir d'avoir un enfant.

V. DISCUSSION

Durant la période de l'étude, 60 personnes ont accepté de répondre au questionnaire élaboré. La prédominance était féminine soit 75% de notre effectif. Plusieurs études ont rapporté la prédominance féminine au Mali,

ZANNOU D.M et al au Benin trouvait aussi une prédominance féminine soit (55,5%) [11]. Ce taux élevé des femmes dans notre cas peut être expliqué par le fait que notre étude a été réalisée au niveau d'une association et contrairement aux femmes les hommes participent peu aux activités associatives peut être à cause de leurs activités quotidiennes.

L'âge moyen était de 40 ans, avec des extrêmes de 23ans et 57ans. La tranche d'âge de 31 à 40 ans était la plus touchée avec 48,7 % suivi de la tranche d'âge de 20 à 30 ans avec 26,7% et de 41 à 50 ans avec 18,3%. Comparativement à l'étude de **ZANNOU D.M et al**, 62,7% étaient âgés de 20 à 39 ans, 21,8% de 40 à 49 ans et 15,5% de plus de 50 ans [11]. Au Mali selon **NOE D. AKONDE**, 38,1% avaient un âge entre 25 et 34 ans et 27% entre 35 et 44 ans [50]. Ces résultats montrent que l'adulte jeune en pleine d'activité sexuelle est le plus touché.

Les mariés représentaient 43,3% de l'effectif.

ZANNOU D.M et al au Benin [11], **T.W VICTORINE** [43] et **NOE D AKONDE** [50] au Mali ont rapporté respectivement 44,5%, 64% et 66% pour les mariés.

Les patients en activité (l'animation, la teinture, la tresse, conseillers, électriciens) étaient de 31,7%, suivie des commerçants (25%) et des ménagères (25%).

La majorité de nos patients avaient un niveau d'instructions secondaires, primaires ou analphabètes. Contrairement dans l'étude de **ZANNOU D.M et al**, 50% avaient un niveau d'étude secondaire ou supérieure [11].

La majorité soit 70% de nos patients avait exprimé le désir d'avoir un enfant. Dans une autre étude à Cotonou, sur 110 enquêtés, 47,3% avaient exprimé le désir d'avoir d'enfant [11]. Dans un centre de traitement au Nigéria, sur 147

PVVI H interviewées dans un centre, 63,3% avaient exprimé le désir d'avoir d'enfant [53]. Une étude réalisée par PAÏVA à Sao Paulo sur 250 hommes infectés par le VIH avait montré que 43% désiraient avoir des enfants surtout ceux qui n'en avaient pas [7]. **SANTOS** avait trouvé sur 148 femmes infectés par le VIH que 76% avaient déjà eu un enfant et 21% pensaient toujours en avoir à l'avenir [8]. Aux Etats Unis, 28 et 29% d'hommes et de femmes infectés par le VIH recevant des soins médicaux désiraient avoir à l'avenir un ou plusieurs enfants [54].

Le mieux être engendré par les progrès thérapeutiques et l'augmentation de la durée de vie des patients amènent ceux-ci à vouloir satisfaire non seulement tous les besoins fondamentaux de l'homme, mais aussi celui de la reproduction.

Le désir d'avoir un enfant était significativement plus élevé chez le niveau d'instruction primaire avec 42,86% $p=0,026$

Sur les 60 enquêtés, 36 (60%) ignoraient le statut sérologique VIH de leur partenaire. Ce résultat est superposable à celui de **ZANNOU D.M et al** avec 60,9% [11]. Le partage de l'information sur le statut sérologique reste encore le point d'ombre pour diverses raisons.

Cinquante sept(57) patients sur soixante(60) soit 95% était sous ARV. Le traitement ARV a permis aux PVVIH de mener une vie normale.

La majorité des enquêtés avait au moins un enfant (80%), les 20% n'avaient pas d'enfant parce qu'ils n'avaient pas de maris ni de partenaire sexuel.

Le nombre d'enfant existant n'avait aucune influence sur le désir d'en avoir un autre.

Les raisons essentielles évoquées étaient la nécessité culturelle d'avoir un enfant dans 38,3% des cas suivie l'absence d'enfant (16,7%) et d'autres raisons

(13,3%). **ZANNOU D.M et al** à Cotonou avait en trouvé 25,5% de cas de nécessité culturelle et 17,3% pour l'absence ou nombre insuffisant d'enfant [11]. Ces mêmes constats ont été faits par d'autres auteurs [55,56].

Selon **AKA DAGO – AKRIBI**, en Côte d'Ivoire, ce désir d'enfant semble répondre à des exigences psychologique, culturelle, économique et sociale [13]. Chez les femmes séropositives qui avaient un fort désir d'enfant, le désir était alimenté par la connaissance de structures de soins pour l'enfant et la mère infecté par le VIH/SIDA, l'amélioration de la santé de l'enfant déjà là, sa réintégration dans la dynamique scolaire, le caractère de normalité [2].

Une minorité soit 13,3%, ne souhaitait pas avoir d'enfant pour la simple raison qu'ils sont infectés par le VIH et 6,7% pour raison de l'âge avancé. Par contre à Cotonou, 21,8% estimaient avoir eu un nombre suffisant d'enfant et 10,9% à cause de l'infection par le VIH [11]. Selon Santos, les facteurs déterminants du non désir d'enfant étaient le fait d'avoir des enfants vivant gardé par leurs mères [8].

La majorité des enquêtés 67,67% n'avait pas informé le médecin traitant du désir d'enfant, cela pose très souvent un sérieux problème dans la prise en charge de ces patients surtout chez les femmes avec une éventuelle grossesse. Dans l'étude de **ZANNOU D.M et al**, 10% avaient informé le médecin de leur désir d'enfant [11]. Cette faible proportion d'information peut s'expliquer par le fait que la tendance des médecins à assurer certaines mesures (contrôle de l'infection) avant la procréation ou à l'interdire chez certains PVVIH. L'interdiction crée chez les PVVIH un sentiment de discrimination. Ce qui ne les encourage pas à partager leur désir avec les médecins.

La majorité de nos enquêtés, 69,04% n'avait pas discuté le désir d'enfant avec leur partenaire. **COULIBALY** en Côte d'Ivoire avait constaté chez les femmes séropositives que peu d'entre elles discutaient du désir avec leur partenaire [57].

Ces données fournissent la preuve que le partage de l'information sur la sérologie VIH est peu fréquent au sein des couples.

Le risque de la TME du VIH était connu par (93%) de nos patients.

La majorité de nos enquêtés (88,3%) n'utilisaient pas une méthode de contraception cela est dû à la fréquence du désir d'enfant chez nos patients. La fréquence de non utilisation de contraception (85,71%) était plus élevée chez le désir d'enfant $p=0,334$.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

La prévalence du désir d'enfant élevée dans cette étude montre que le désir d'enfant est un problème réel chez les PVVIH au Point-G. Le partage de l'information par rapport au statut sérologique avec le partenaire reste encore un mystère. En dehors du contrôle de l'infection à VIH et ses complications et les effets secondaires des ARV, la prise en charge globale de l'infection VIH doit tenir compte du désir d'enfant des PVVIH. Il est donc important de promouvoir la santé de la reproduction chez les PVVIH et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à fin réduire considérablement la transmission du VIH aux enfants.

Recommandation

Aux PVVIH

- D'adopter des bonnes attitudes et pratiques vis-à-vis de leurs partenaires sexuels,
- De s'impliquer d'avantage dans les campagnes de sensibilisation,
- D'avoir le courage de partager leur statut sérologique avec le partenaire sexuel,
- De discuter leurs préoccupations avec leurs médecins traitant,
- De savoir que le traitement l'infection à VIH est un traitement à vie.

Aux personnels de santé

- De conseiller fortement aux PVVIH le recours systématique aux préservatifs lors des rapports sexuels,
- D'inciter et encourager les PVVIH à partager leur statut VIH positif avec leur partenaire.
- De tenir compte du désir d'enfant chez PVVIH,
- De choisir les antirétroviraux compatibles avec une grossesse,
- D'aider à l'adhérence et à l'observance du traitement antirétroviral,
- D'éviter l'indication systématique de la césarienne chez la femme séropositive sous multi thérapie.

Aux autorités politiques

- De promouvoir et renforcer les actions de la PTME.
- Créer les centres d'AMP accueillant des couples avec infection par le VIH,
- Créer un organe d'éthique et des services pour la promotion de l'éducation sexuelle et de la santé de la reproduction chez les PVVIH,
- Créer des services de méthode d'insémination artificielle intra-utérine.

VII. RÉFÉRENCES

1. **ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie de sida /RAPPORT MONDIAL 2009
2. **AKA DAGO-AKRIBI H, CACOU M-C.** Désir d'enfant chez la mère séropositive ayant un enfant infecté par le VIH/SIDA
Etude de la Population Africaine, 2004 ; 19(2) :103-114
3. **S. SAMAKE, S. M. TRAORE, S. BA, E. DEMBELE, M. DIOP, S. MARIKO P.R. LIBITE.** Enquête Démographique et de santé du Mali (EDS IV), *Ministère de la Santé, 2006, p 128-132*
4. **SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR J.F DELFRAISSY.** Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH, Paris : Flammarion ; 2004.p .185-222
5. **C.KATLAMA, J. GHOSN.** VIH et SIDA prise en charge et suivi du patient. Paris : Masson ; 2004.p.116-122
6. **P. LORENZI, J.F. BALAVOINE.** Désir d'enfant chez le couple séro-discordant pour le VIH : possibilités de prise en charge.
Revue Médicale Suisse Numéro: 2369
7. **VERA PAIVA, ELVIRA VENTURA FILIPE, NAILA SANTOS, TIAGO NOVAES LIMA, ALUISIO SEGURADO.** The Right to Love: The Desire for Parenthood among Men Living with HIV.
Reproductive Health Matters 2003; 11(22): 91–100

8. VERA PAIVA, NAILA SANTOS, IVAN FRANÇA-JUNIOR, ELVIRA FILIPE, JOSÉ RICARDO AYRES, ALUISIO SEGURADO. Desire to Have Children: Gender and Reproductive Rights of Men and Women Living with HIV: A Challenge to Health Care in Brazil.

AIDS PATIENT CARE and STDs, 2007; 21(4):268-277

9. LAURA PANOZZO, MANUEL BATTEGAY, ANDREE FRIEDL, PIETRO L. VERNAZZA and the Swiss HIV Cohort Study. High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner –two challenging issues.

SWISS MED WKLY 2003; 133:124–127

10. DANIEL MBASSA MENICK. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal.

Child Abuse & Neglect, 2000; 24(12): 1557–1565

11. ZANNOU D.M., HOUNGBE F, LOKOSSOU A, ADE G, ABOUKI C.A, GOUGOUNOU A, AKAPKO J, ALIHONOU E. Les personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation à Cotonou, Benin : connaissances, attitudes et pratiques.

Médecine d'Afrique Noire, 2007 ; 54 (8/9) :460-465

12. JAMES L. CHEN, KATHRYN A. PHILLIPS, DAVID E. KANOUSE, REBECCA L. COLLINS, ANGELA MIU. Fertility desires and Intentions of HIV-positive Men and Women.

Family Planning Perspectives, 2001; 3(4):144-165

13. AKA-DAGO-AKRIBI H, MSELLATI P, YAPI D, WELFENS-EKRA C; DABIS F. Procreation and child desire of women living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire.

Psychology, Health & Medicine, 2001; 6(3):283-291

14. DIANE COOPER, JANE HARRIES, LANDON MYER, PHYLLIS ORNER, and HILLARY BRACKEN. “Life is still going on”: Reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa.

Social Science & Medicine, 2007; 65: 274–283

15. OLLADAPO O T, DANIEL O J, ODUSOGA O L, AYOOLA-SOTUBO O. Fertility desires and intentions of HIV-positive patients at a suburban specialist center.

J Natl Med Assoc, 2005; 97 (12): 1672-81

16. DESGRES DU LOU. A. le couple face au VIH en Afrique sub-saharienne information du partenaire, sexualité et procréation population. 2005 ; 3 :221-242

17. MEYSTRE AGUSTONI G, THOMAS R, HÄUSERMANN M, CHOLLET BERNARD A, DUBOIS ARBER F, SPENCER B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/Sida, Laussane : Institut Universitaire de *Médecine Sociale et Préventive*. 1998 (raisons de santé, 17)

18. Les femmes et le Sida en France – Enjeux sociaux et de santé publique.

Médecine / sciences 2008 ; 24 (2) : 216

19. GENEVIEVE PAICHELER, NADINE JOB SPIRA. Femmes et VIH en France. 2008 ; 24 (2) :

20. Congrès désir d'enfant et VIH : sexualité et VIH 2007

<http://papamamanbebe.net/a7870-congres-desir-d-enfant-et-vih-sexualite-et.html>, consulté le 12/07/2008.

21. HEART I, SITTA R, LERT F. The VESPA Study Group. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of out patients attending french hospitals (ANRS EN12 – VESPA Study). *AIDS* 2007; 21 (1): 77-82

22. Infection par le VIH et procréation publication : 10 septembre 2007 :

<http://www.trt-5.org/article138.html#ancre5>, consulté le 12/07/2008.

23. DEMBELE N A : Etude de septicémies au cours du SIDA en milieu hospitalier de Bamako. *Thèse méd. Bamako 2008* ; 298

24. Collège des universitaires en maladies infectieuses et tropicales

Le POPI. Paris Vivactis plus 2007 ; 12-22

25. SIDI MOHAMED MALIKI M. Aspects épidémiologiques Diagnostiques et Pronostiques de la Pleurésie tuberculeuse chez les patients infectés par le VIH. *Thèse méd. Bamako 2006* ; 30

26. CISSE H. Aspects cliniques et épidémiologiques de la maladie de Kaposi chez les patients infectés par le VIH/SIDA. *Thèse méd. Bamako 2006* ; 78

27. COULIBALY D. Les causes liées aux décès des PVVIH. *Thèse méd. Bamako 2006* ; 277

28. SISSOKO M. Complications rénales au cours du VIH et traitement par les ARV. *Thèse méd. Bamako 2005* ; 81

29. Quatrième rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA en fin 2006.

<http://www.Who.org>. Consulté le 12/07/2008.

30. TAKOUGANG M L. Manifestations psychiatriques et VIH. *Thèse méd. Bamako 2003* ; 11

31. ZOUNGRANA J. Fréquence des manifestations psychiatriques chez les PVVIH. *Thèse méd. Bamako 2006* ; 38

32. GENTILINI M. Médecine tropicale. *Paris: Flammarion, 1993; 928p.*

33 - Impact médecin. Guide de l'infection à VIH. Les atteintes neurologiques. Paris, 2001, 206P.

34. Le traitement antirétroviral.

<http://www.who.org>.. Consulté le 12/07/2008.

35. Maladies opportunistes liées au VIH Actualisation Mars 1999

<http://www.unaids.org> ONUSIDA. Consulté le 12/07/2008.

36. ONUSIDA : Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008, Résumé d'orientation

37. YVON ENGLERT, JEAN-PAUL VAN VOOREN, I. PLACE, CORINNE LIESNARD, CHANTAL, LARUELLE, and ANNE DELBAERE. ART in HIV-infected couples.

Human Reproduction, 2001; 16 (7):1309-1315.

38. UNICEF, ONUSIDA, OMS. Enfants et Sida, Troisième bilan de la situation 2008 ; 21 p.

39. Le désir d'enfant des couples infertiles en lutte contre la stérilité.

<http://www.allianceetfecondite.org/désir/index.htm>. Consulté le 28/01/2009.

40. BONGIN A, DURAND-REVILLE, M. LOIZEAU. La femme VIH séropositive, état des lieux en France. Communication au congrès : le désir d'enfant chez les couples VIH sérodifférents Toulouse, mai, 2000; 35-36.

41. CONNOR E.M, SPERLING R, GELBER R. Reduction of maternal-infant transmission of HIV-1 with Zidovudine treatment.

N. Engl. J. Med, 1994; 331: 1173-1180.

- 42. T. Y. DIARRA.** Les changements thérapeutiques chez des patients sous traitement antirétroviraux au CESAC de Mopti. *Thèse, pharm. Bamako 2008* ; 72
- 43. T.W VICTORINE.** Evaluation de la prise en charge décentralisée des PVVIH au niveau de l'USAC en commune V du district de Bamako. *Thèse méd. Bamako 2008* ; 337
- 44. DNS, DPM, PNLS et du CESAC Manuel de référence :** Compétence en counseling en matière de VIH/Sida axées sur le PTME, UNICEF Mali, septembre 2003, 114 p.
- 45. KATLAMA C, PIALOUX G., GIRARD P.M.** « VIH » Paris, Doin, 2004, 635p.
- 46. DELVIGNE A, GUSTIN M.C, ENGLERT Y.** Le Sida : Indication d'insémination artificielle avec sperme de donneur anonyme. *J. Gynecol. obstet. Biol. Reprod. 1990; 19 : 751-8.*
- 47. DELOR F.** Chapitre 10 : relation sexuelles, désir d'enfant et perception du temps, In (ed) l'Harmattan séropositifs, 1997; 271-319.
- 48. GRAY RH, WAWER M.J., SERWADDA.D.** Population based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *Lancet, 1998; 351: 98-103.*
- 49. HAMMANAH S, GIRARD M, GOYAUX N.** Couples sérodifférents : la demande au près des centres biologiques d'assistance médicale à la procréation. Communication au congrès le désir d'enfant chez les couples VIH sérodifférents Toulouse, 2000; 25-27.

50. NOE D. AKONDE. Evaluation de la stigmatisation associée au VIH et au SIDA au service des maladies infectieuses du CHU du point G. *Thèse méd.*

Bamako 2008 ; 462

51. F. FRIPPIAT, B. VANDERCAM, C. HUBINONT, N. PETIT, D. SPERANDEO, M. MOREAU, A. F. GENNOTTE et J.A. GASTAUT.

Infection par le VIH et Grossesse : Généralités et considérations thérapeutiques actuelles, *Louvain Med. 1999 ; 118 : 13-21.*

52. MEMENTO THERAPEUTIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE 2009 P13.

53 .OLADAPO OT, DANIEL OJ, ODUSOGA OL, AYOOLA –SOTUBO

O. fertility desires and intentions of HIV-positive patients at a suburban speciality center .

J.Natl Med. Assoc.2005; 97(12):1672-81

54. CHEN J.L, PHILIPS K.A, KANOUSE DE, COLLINS R.L, MIU A.

Fertility desires and intentions of HIV – Positive men and women.

Fam.plannl.perspect.2001; 33 (4):144-52,165

55. SELWYN P.A, CARTER J, SCOENBAUM E.E, ROBERTSON V.J,

KLEIN R.S, ROGERS M.F. Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue or terminate pregnancy among intravenous drugs users *JAMA.1999;*

261(24):3567-71

56. WESLEY Y. Desire for children among black women without HIV infection.

J Nurs scholarsh. 2003;35(1):37-43

57. COULIBALY M. Cause des grossesses multiples chez les mères séropositives : cas de la cohorte de femmes suivies dans le cadre de la PTME de la formation sanitaire de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. 6^{ème} conférence internationale sur la prise en charge communautaire et à domicile des PVVIH, Dakar, 2003 ; abstract 10 c 1-1

58. PAIVA V, LATORRE MDOR, GRVATO N, LACERTA R, AYRES J.R, SEGURADO A, ARATANGY A. et al. Sexuality of women living with HIV/AIDS in Sao Paulo.
Cad saude publica.2002;18(6):1609-20

Fiche signalétique

Nom : DAO

Prénom : Idrissa

Pays d'origine : Mali

Ville : Bamako

Titre : Désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH à Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt: Point G Association Yeleen

Adresse et E- Mail: Idao20@yahoo.fr , Tel : 76115740 -64641599

RESUME

Dans le but d'évaluer l'importance du désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), une enquête transversale par entrevue structure a été effectuée chez les PVVIH recevant un traitement antirétroviral en ambulatoire dans les services des Maladies infectieuses et Médecine interne de CHU du point G à Bamako de Avril à Septembre 2009.

Sur 60 PVVIH enquêtés ,75% étaient des femmes et 46,7% des patients étaient en période d'activité génitale. Le statut sérologique du partenaire était inconnu par les patients enquêtés dans 60%. Plus de 70% désiraient avoir un enfant, 80% avaient déjà un enfant et 20% n'avaient pas d'enfant. Plus 6,7% ignoraient les risques de transmission du VIH de la mère à enfant et/ ou à leur partenaire. Les mariés étaient les plus nombreux à informer leurs partenaires de la séropositivité au VIH par rapport aux célibataires, divorcés et veuf (ves).

Ceux qui avaient exprimés le désir d'enfant utilisaient moins souvent le préservatif que les autres lors des rapports sexuels.

Il est impératif de prendre en compte le désir d'enfant dans le suivi des PVVIH pour réduire les risques de propagation de l'infection VIH.

Mots clés : PVVIH, désir d'enfant, Bamako, Mali

Card-index Signalitique

Name: DAO **First Name:** Idrissa

Origin country: Mali

City: Bamako

Titles: Desire child of people living with HIV in Bamako

Discharge point: Library of the faculty of medicine, pharmacy and odontostomatology

Sector of interest: Point G Association Yeleen

Address and E-mail: Idao20@yahoo.fr such: 76115740 – 64641599

Summary:

In the aim to evaluate the importance of the desire child in HIV infected people, (PLWHA), a transversal survey was carried by interviewed HIV infected people with clinical state improved by an ambulatory antiretroviral treatment into the infectious diseases and internal medicine services of Point-G teaching hospital at Bamako from April to September, 2009.

About 60 HIV infected people surveyed, 75% were women, and 46, 7% were in genital activities period. The HIV serological status the partner was unknown in 60% the study population. More than 70% wished to have a child, 80% already had a child and 20% did not have a child. More than 6, 7% ignored the risks of HIV transmission from mother-to-child and or to their partner. The married people were most numerous to inform their partners on their HIV seropositive compared to the single people, divorced and widowed. Those which had expressed the desire of children used less often the condom during the sexual relations than the others.

It is very important to take into account the desire of children in the care of HIV infected population to reduce the risks of propagation of HIV infection.

Key words: PLWHA/Desire of child/Bamako/Mali

FICHE D'ENQUETE

Questionnaire N°

Date: /...../...../..... /

1- Age : /...../ ans

2- Sexe : /.../ 1=Masculin /.../ 2=Féminin /.../

3- Quelle est votre profession? /.../

1= Ménagère /.../ 2=Paysan /.../ 3=Commerçant /.../ 4=Militaire /.../

5=Fonctionnaire /.../ 6=Etudiant/Elève /.../ 7=Ouvrier /.../ 8=Conducteur /.../

9=Autre :.....

4- Situation matrimoniale ? /.../

1=Marié (e) /.../

3=Divorcé (e) /.../

2=Célibataire /.../

4=Veuf (ve) /.../

5- Niveau d'instruction /.../

1=Primaire /.../ 2=Secondaire /.../ 3=Supérieure /.../ 4=Non scolarisé /.../

6-Depuis quand avez-vous découvert votre statut sérologique VIH? /.../ans

7- Quel est le statut sérologique VIH de votre partenaire /.../

1=Positif /.../ 2=Négatif /.../ 3=Ne sais pas /.../ 4=Non applicable /.../

8- Etes-vous sous traitement antirétroviral? /.../ 1=Oui /.../ 2=Non /.../

9- Etes-vous satisfaits de ce traitement antirétroviral? /.../

1=Oui /.../

2=Non /.../

10- Avez-vous des enfants? /.../ 1= Oui /.../ 2= Non /.../

11- Si oui Combien? /...../ enfants

12- Désirez-vous avoir un enfant? /.../ 1=Oui /.../ 2=Non /.../

13- Si oui à la question 12, pour quelles raisons? /.../

1=Absence d'enfant /.../

3=Prescription religieuse /.../

2=Nécessite culturelle d'avoir un enfant /.../

9=Autres raisons :

14- Si non à la question 13, pour quelles raisons ? /.../

1= Nombre d'enfants suffisant /.../

4=Manque de moyens financiers /.../

2=Le fait d'être infecté par le VIH /.../

5=Age avancé /.../

3=Absence de partenaire /.../

9=Autres raisons à préciser :.....

15- Avez-vous un enfant après de la découverte de l'infection VIH ? /.../

1=Oui /.../

2=Non /.../

16-Y a-t-il un risque pour l'enfant d'être infecté par votre maladie? /.../

1= Oui /.../

2= Non /.../

17- A quel moment selon vous l'enfant pourrait être infecté ? /.../

1= Au cours de la grossesse /.../

2= Au cours de l'accouchement /.../

3=Au cours de l'allaitement maternel /.../

4= 1 + 2 /.../

5= 1+ 3 /.../

6= Au cours de l'accouchement et l'allaitement maternel /.../

7= Au cours de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement maternel /.../

8=Ne sais pas /.../

18- Selon vous y a-t-il des moyens pour éviter la transmission du VIH à l'enfant ?/ .../

1=Oui /.../ 2=Non /.../

19-Si oui à la question 18, quels sont selon vous ces moyens ?

1=Traitement de la mère avec les ARV /.../

2=Donner les ARV à l'enfant à la naissance /.../

3=Eviter l'allaitement maternel /.../

4= Traitement de la mère et de l'enfant à la naissance /.../

5= Traitement de la mère avec les ARV et éviter l'allaitement maternel /.../

6=Donner les ARV à l'enfant à la naissance et éviter l'allaitement maternel /.../

7= Traitement de la mère, de l'enfant et éviter l'allaitement maternel /.../

8= Assistance médicale à procréation /...../

9=Césarienne programmée /...../

10= Ne sais pas /.../

20- Avez-vous informé votre médecin de votre désir d'enfant ? /.../

1=Oui /.../

2=Non /.../

21- Avez-vous discuté votre désir d'enfant avec votre partenaire? /.../

1=Oui

2=Non

22- Utilisation des préservatifs /... /

1=Toujours 2=Souvent 3=N'utilisez pas 4=Pas de réponse

23- Utilisez-vous une méthode de contraception? /.../

1=Oui

2=Non

24- Si oui laquelle ?

1=Injection

2=Pilules

3=Condoms

4=N'utilisez pas

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hypocrate, 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 donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerais à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrais 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 garderais le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

Je le jure !