

**République du Mali**  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique**

**Université des Sciences, des Techniques et des  
Technologies de Bamako**

**Faculté de Médecine**

**ANNEE : 2012-2013**

**Thèse N° .....**

---

**Connaissances, attitudes et pratiques des  
personnes vivant avec le VIH face au désir de  
procréation suivies à l'USAC du Centre de Santé de  
Référence de la Commune V  
du District de Bamako**

---

Thèse présentée et soutenue publiquement le .....

Faculté de Médecine de Médecine

Par **Mariam Traoré**

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

**JURY :**

**Président du jury:**

Pr Mamadou Traoré

**Membres du jury:**

Dr Soumana O Traoré

**Directeur de thèse :**

Pr Niani Mounkoro

**Codirecteur de thèse:**

Dr Fodié Diallo

## **I. INTRODUCTION :**

Depuis sa description à Atlanta (Etats-Unis d'Amérique) en 1981, l'infection par le VIH s'est rapidement propagée au point qu'elle est devenue une des pandémies les plus préoccupantes de ces deux dernières décennies avec 33,3 millions de personnes infectées dans le monde en 2009, dont 30,8 millions d'adultes, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans [1]. Parmi les adultes, les femmes représentent 15,4 millions [2].

Le Syndrome Immunodéficience Acquise est causé par le Virus Immunodéficience Humaine, responsable de l'atteinte des défenses immunitaires de l'organisme. Il en résulte une déficience permanente, progressive et sévère du système ; l'individu devient alors vulnérable aux autres infections et aux tumeurs malignes dites opportunistes [3].

La seule thérapie disponible contre ce fléau est constituée d'antirétroviraux (ARV) ayant pour effet l'inhibition de la réplication virale dans l'organisme. Grâce aux traitements préventifs, une réduction importante du taux de transmission mère enfant a été obtenue dans les pays industrialisés, passant ainsi de 30 % avant le traitement, à 1 % [4].

Les ARV sont toujours utilisés en multi thérapie afin d'éviter l'émergence de résistance et de potentialiser leurs effets. Ces traitements peuvent être responsables d'une part de nombreux effets indésirables pouvant conduire à l'arrêt du traitement et d'autre part, à la non compliance qui est un facteur d'émergence de résistance [5].

La tolérance au traitement et l'observance sont des points fondamentaux pour la réussite du traitement.

Depuis juillet 2004 le Mali s'est engagé dans l'accès universel aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Cette situation a contribué à une grande fréquentation des structures de prise en charge ce qui a conduit à une amélioration de la qualité de vie des personnes malades. La santé de la femme est la première priorité à prendre en compte dans la prise de décision pour l'initiation d'un traitement ARV pendant la grossesse. Avec l'amélioration de l'état de santé et les conditions de vie, beaucoup de patients désirent avoir des enfants. Ces décisions prises à l'insu des médecins pour la plupart et sans tenir compte des risques de contamination entraînent des situations graves qui ne peuvent laisser indifférent les agents de santé. Ce constat fort inquiétant rend opportun cette étude sur le désir de procréation chez les PV.VIH.

L'une des raisons de notre étude est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir d'enfant dans le but de fournir des données de base pour l'organisation ultérieure d'une offre de service en matière de santé de la reproduction en particulier en matière de réduction de la transmission du VIH lors de rapports sexuels à visée procréatrice.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **II. OBJECTIFS :**

### **A. Objectif général :**

Evaluer l'importance du désir de procréation au près des PVVIH suivies à l'USAC du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

### **B. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence du désir de procréation chez les PVVIH,
- Déterminer leurs connaissances sur les risques liés à la procréation,
- Déterminer leurs attitudes et leurs pratiques face au désir de procréation.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

### III. GENERALITES :

#### A. VIH :

##### 1. Définition du VIH :

Le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est ce microorganisme qui anéantit le système de défense de l'organisme [2]. Le VIH appartient à la famille des rétrovirus. Ces virus sont définis par leur mode de réplication qui passe par une étape de rétro transcription de leur matériel génétique constitué de deux molécules d'ARN identiques, en ADN. Cette étape indispensable à la multiplication du virus est possible grâce à une enzyme présente dans le virus : la transcriptase inverse (ou reverse transcriptase) [6].

Il existe deux sortes de VIH :

Le VIH1 qui est le plus répandu dans le monde et le VIH2 qui est moins facilement transmissible et moins pathogène que le premier [2] et se rencontre essentiellement en Afrique de l'ouest.

##### 2. Historique [2] :

Cela fait plusieurs décennies aujourd'hui que le virus du SIDA existe dans le monde. Les premiers sérums VIH positif reconnus ont été découverts à posteriori aux Etats- Unis en 1977. C'est en 1983 que BARRE SINOUSI et al de l'équipe du professeur MONTAGNIER isolent le premier virus responsable du SIDA, le VIH-1. L'identification du VIH type 1 a été faite en 1983 et deux ans plus tard une technique de mise en évidence des anticorps pour le diagnostic est mise au point.

Le type 2 du VIH a été isolé en 1986 au Cape Vert.

En 1993 la classification de la CDC est adoptée.

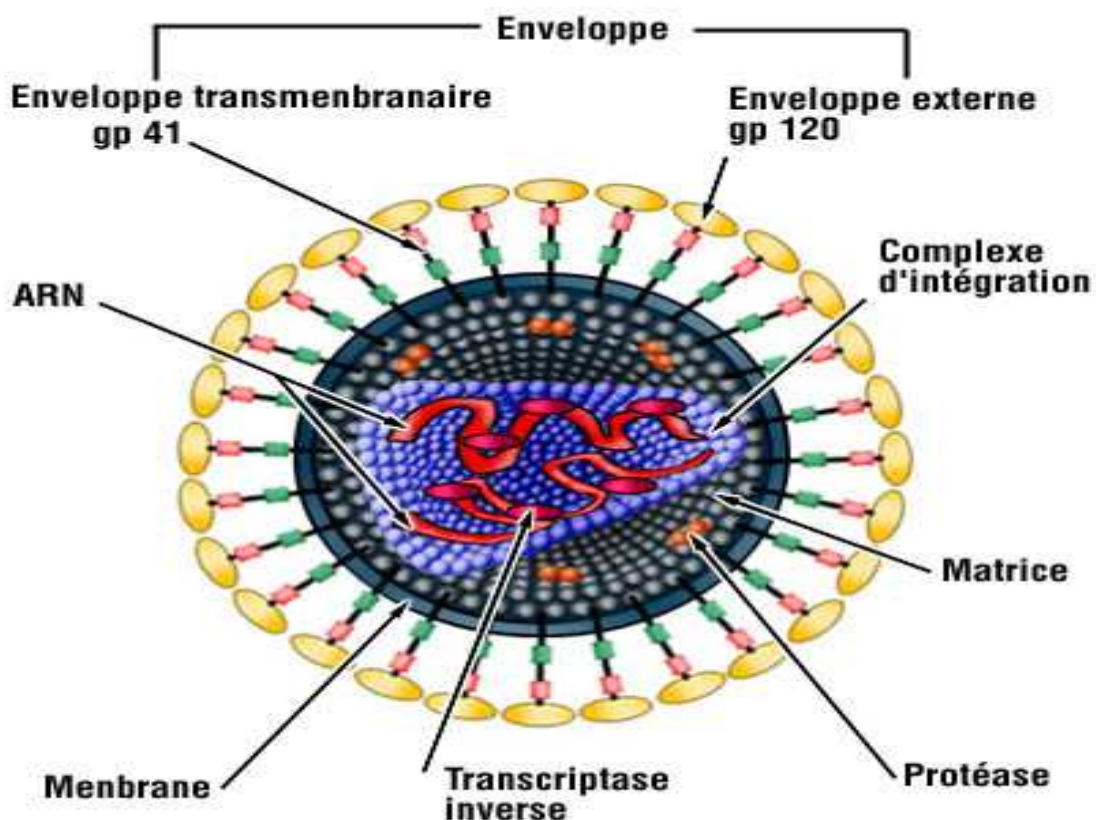
*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

En 1995 c'est l'introduction des bithérapies antirétrovirales et la possibilité de mesurer la charge virale. Depuis 1996 c'est la trithérapie antirétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal.

### 3. Caractéristiques :

#### Structure du VIH :

Observées en microscopie électronique, les particules virales ont un diamètre de 100 nanomètres environ, avec une enveloppe portant en surface, des bourgeons. La partie centrale (ou core) du virus est petite et contient un nucléoside excentré [7].



**Figure 1** : Structure simplifiée du VIH [8].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

- **Enveloppe** : L'enveloppe est composée de deux parties : l'enveloppe externe (gp 120) et l'enveloppe transmembranaire (gp 41). Ces deux composés sont des glycoprotéines qui jouent un rôle majeur dans la pénétration du virus dans une cellule (Cf. cycle du VIH).
  
- **Matrice** : L'intérieur de la particule virale est tapissé de molécules correspondant aux protéines de la matrice (p17 MA), également, la protéase virale (prot) [6].
  
- **Membrane** : La membrane est d'origine cellulaire, elle est acquise par le virus lors de sa sortie d'une cellule (Exocytose).
  
- **Complexe d'intégration (capside virale)** : Le complexe d'intégration qui est en fait la capsid virale, est la partie qui englobe et protège le matériel génétique du virus. C'est cette partie qui entre dans une cellule lors de son infection.
  
- **ARN** : Le VIH comporte dans sa capsid deux brins d'ARN. Ce sont ces deux ARN qui portent les informations génétiques du virus (informations nécessaires à sa reproduction).
  
- **Transcriptase inverse** : La transcriptase inverse est une enzyme qui permet au virus de fabriquer à partir de son ARN un équivalent sous forme d'ADN. Cet ADN va ensuite s'intégrer à l'ADN de la cellule dans son noyau. Cette enzyme est très importante, elle est d'ailleurs l'une des cibles privilégiées du traitement anti-VIH.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

- **Protéase** : La protéase est elle aussi une enzyme très importante puisqu'elle permet la maturation des virus produits par la cellule infectée. Sans protéase les virus produits ne sont pas viables et ne peuvent donc pas infecter une autre cellule. [2 ; 8].

#### **4. Organisation génétique :**

Le génome viral est une molécule d'ARN d'environ 9.200 nucléotides ; il est constitué des gènes gag (group antigen), pol. (Polymérase) et env. (enveloppe) qui codent des protéines structurales du virus. Le gag contient l'information pour les protéines de capsid (p 40, p 25 et p 18). Le gène Pol. Code les protéines de réplication (polymérase ou transcriptase inverse p 68, endonucléase p34 et protéase p10). Le gène env. code les protéines d'enveloppe qui seront glycosylées : la glycoprotéine gp120 est externe, c'est elle qui reconnaît la molécule CD4 à la surface des lymphocytes TCD4+ ; la glycoprotéine gp 41 est transmembranaire, elle va permettre l'encrage du virus à la cellule hôte. Elles sont toutes les deux, formées à partir du même précurseur (gp160) [2 ; 7 ; 9].

#### **5. Stabilité physico chimique :**

Le VIH meurt quelques minutes seulement en dehors du sang de l'organisme. Il est tué par la chaleur (55°C) en 30 minutes, l'alcool éthylique à 70 °C en 20 minutes, l'eau de javel à 1/10 en 10 minutes, le chlorure benzalkonique, le glutaraldéhyde à 0,10% en 10 minutes [2].

#### **Réservoir de germes [10] :**

Les germes sont contenus dans les liquides biologiques qui sont : le sang, le sperme, le liquide séminal, les sécrétions vaginales, le liquide

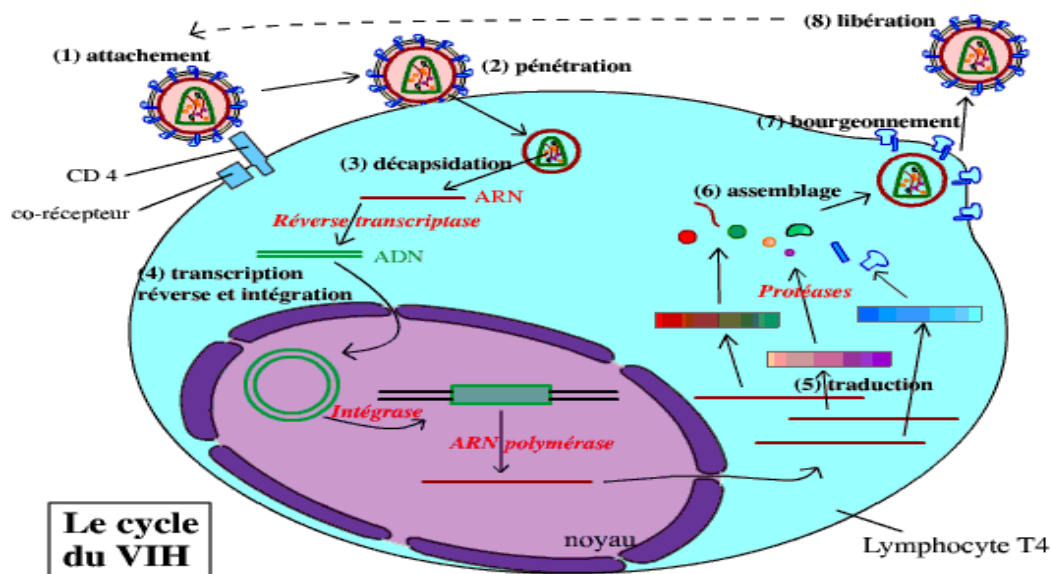
*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



péricardique, le liquide pleural, le liquide ascitique, le lait maternel. Les objets souillés transmettent aussi le VIH comme les aiguilles, les seringues, les instruments de chirurgie. Les larmes et les salives contiennent des germes mais ne sont pas infectantes.

## 6. Cycle de réplication du VIH :

Les principales étapes du cycle répliatif du VIH sont communes à tous les rétrovirus. Leur connaissance est essentielle à la compréhension de la physiopathologie de l'infection VIH, et surtout, chacune de ces étapes constitue une cible potentielle pour une thérapeutique anti-rétrovirale [11].



**Figure 2 : Cycle de réplication du VIH [2 ; 12].**

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

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

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **7. Histoire naturelle :**

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel et prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Dorénavant, cette histoire naturelle est bien connue grâce aux nombreuses études de cohorte mise en place dès les premières années de l'épidémie. Depuis cette époque, l'évolution de la maladie a changé du fait de l'introduction d'un traitement antirétroviral transformant le cours de l'histoire [13].

Le VIH dès sa pénétration dans l'organisme se réplique de façon massive : 1 à 10 milliards des particules virales produites par jour, et détruit une quantité à peu près équivalente de lymphocytes TCD4+. Quand le VIH envahit le corps humain, il se heurte aux forces considérables déployées par le système immunitaire, en particulier les globules blancs. Les globules blancs qui forment un réseau de défense sont fabriqués dans la moelle osseuse. Ils comprennent deux principales sortes de lymphocytes : les lymphocytes T et les lymphocytes B. Il existe également d'autres globules blancs appelés phagocytes. Les différentes variétés de lymphocytes T occupent chacune une fonction déterminée. Les lymphocytes T auxiliaires retardent la progression de l'infection et amplifient les réponses cytotoxiques au VIH. Leurs cibles antigéniques principales sont les protéines de capsid p24, p17, et gp120. Ces lymphocytes T auxiliaires jouent un rôle clé dans la conduite de la guerre contre le VIH. Ils aident à identifier les envahisseurs et émettent des instructions pour la production de cellules qui attaqueront et détruiront l'ennemi. Dans son offensive, le VIH les vise tout particulièrement en créant de nouveaux virions qui ont une spécificité différente du premier virus pénétré, et lorsque ces lymphocytes produisent des anticorps, ils seront inefficaces contre les virions et par la suite l'organisme lui, préfère se détruire, les cellules

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

infectées contaminent ainsi les autres. Alors les lymphocytes T cytotoxiques auront pour mission de détruire les cellules contaminées [2].

Les voies de transmission et de prévention :

Depuis le début de cette pandémie, trois principaux modes de transmission ont été observés :

La transmission par voie sexuelle,

La transmission par voie sanguine,

La transmission par voie verticale (mère enfant),

### **7.1. La transmission sexuelle [10] :**

### **7.2. La transmission par voie sexuelle :**

Chez les homosexuels, il est établi que les rapports ano-génitaux représentent un risque majeur de contamination, le plus élevé qu'en cas de pratiques insertives. Les autres facteurs de risque étant les antécédents des infections sexuellement transmissibles (IST), le stade avancé de la maladie du partenaire positif, le nombre de partenaires et la douche rectale. Bien que plus faible, le risque de contamination lors de pratiques oro-anales ou oro-génitales n'est pas nul. Chez les hétérosexuels, le risque de transmission du VIH au cours d'un seul rapport vaginal est estimé à moins de 1% (il est de 30% pour le gonocoque). Les facteurs de risque individualisés sont les antécédents d'IST, le stade avancé de la maladie du partenaire positif, les relations sexuelles en période menstruelle (x 3), les relations anales (x 5), l'âge de la partenaire supérieure à 45 ans (réceptivité au VIH x 4). De plus comme pour toute IST, le risque de transmission paraît supérieur lorsque l'homme est infecté (20% de transmission dans le sens homme - femme et 12% dans le sens femme - homme). L'efficacité

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

de l'utilisation adéquate du préservatif dans la prévention de la transmission du VIH est démontrée.

En Afrique Sub-saharienne et au Mali près de 90% des cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle.

### **7.3. Prévention de la transmission sexuelle :**

Globalement, il existe trois moyens possibles :

L'abstinence sexuelle totale ;

L'engagement d'une relation sexuelle avec pénétration après bonne connaissance mutuelle, contrôle de la sérologie VIH négative de deux partenaires avec fidélité réciproque ;

La relation sexuelle avec pénétration en utilisant les préservatifs.

Ces trois moyens peuvent être présentés au client ou patient vu en Counseling ou au groupe vu en séance de sensibilisation. C'est à chacun de déterminer en toute connaissance de cause et en fonction de ses propres valeurs et capacités, le choix qu'il fera.

### **7.4. La transmission sanguine [10] :**

#### **7.4.1. La transmission par voie sanguine :**

Chez les usagers de drogue par voie veineuse, le partage de seringue est un facteur de risque manifeste, mais également la fréquence des infections et l'ancienneté de la toxicomanie. Le libre accès au matériel d'injection (pharmacie, distributeur) permet de diminuer significativement les pratiques de partage de seringue donc le risque de contamination. Les usagers de drogues sont également exposés au risque de contamination par voie sexuelle.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Près de 40% des 3.000 hémophiles traités en France avant 1985 avaient été contaminés. Depuis 1985, les techniques d'inactivation virale appliquées aux facteurs de coagulation ont aboli tout risque de contamination. Le dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH pour tout don de sang a considérablement diminué le risque de contamination lors de la transfusion des autres produits sanguins. Cependant le risque résiduel n'est pas nul notamment si le donneur est en phase de séroconversion : il était estimé en 1992 à un don infecté et sérologiquement négatif pour 600.000 dons.

Le risque de contamination professionnelle est estimé entre 0,2 et 0,3% après une exposition percutanée. Il semble corrélé au volume de sang inoculé, à la profondeur de la blessure, au stade de l'infection du patient. Il peut être réduit grâce à la sensibilisation des soignants à l'utilisation de boîtes à aiguilles ou systèmes de prélèvement sanguin à aiguille rétractable à l'absence de recapuchonnage des aiguilles et enfin à la prise des médicaments antirétroviraux en cas d'accident d'exposition au sang.

#### **7.4.2. La prévention de la transmission par voie sanguine :**

La prévention de la transmission par la transfusion sanguine :

Une série de mesures ont été prises dans ce sens :

- Aujourd'hui au Mali tout don de sang est testé pour le VIH avant la transfusion. Les sangs séropositifs sont aussitôt détruits.
- Par ailleurs un interrogatoire est mené auprès du donneur à la recherche de conduites passées à risque de contamination VIH pour diminuer le risque de tomber sur un donneur en phase muette de séroconversion VIH [2].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

La prévention de la transmission par des aiguilles, seringues et instruments souillés :

Afin d'éliminer ce risque, il faut :

- Ne jamais partager les seringues et aiguilles entre plusieurs personnes successives ;
- Utiliser à chaque fois une seringue et une aiguille jetables neuves ;
- Ne pas accepter un traitement d'acupuncture, un tatouage, des scarifications ou d'autres gestes si les aiguilles ne sont pas stérilisées ;
- Les instruments de toilette tranchants doivent être individuels.

Par ailleurs, il faut également :

- Nettoyer et désinfecter immédiatement toute tache de sang ou de liquide corporel ;
- Nettoyer toute plaie avec de l'eau et du savon durant quelques minutes ;
- Laver le linge souillé de sang à l'eau chaude (70°C) additionnée de détergent. Si on le lave à l'eau froide, il faut utiliser un désinfectant comme l'eau de javel [10].

La transmission verticale (mère – enfant) :

La transmission de la mère à l'enfant :

Elle peut se faire :

- In utero dans les semaines précédant l'accouchement dans 1/3 des cas et en intra-partum c'est-à-dire au moment de l'accouchement dans 2/3 des cas.
- La période de l'allaitement représente également un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5-20%.

Le mécanisme de transmission verticale peut se faire de plusieurs manières. Le passage trans-placentaire au cours de la grossesse dont les modalités sont imprécises, peut s'effectuer par phagocytose des virions par le syncytiotrophoblaste ou par franchissement par les complexes virus IgG.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Au cours de l'accouchement la transmission par le biais de micro transfusions materno-fœtales à la faveur de contractions utérines. L'atteinte fœtale peut ainsi se produire à cette période par propagation du virus par voie ascendante au contact direct et s'explique par la présence du VIH dans les sécrétions cervicales et vaginales. Le risque de contamination par voie ascendante est plus marqué pour une rupture des membranes de plus de 4 heures et ceci est plus important que la rupture est prolongée.

L'atteinte par contact direct lors du passage dans les voies génitales maternelles intervient par la pénétration du virus à travers les muqueuses (digestives ou respiratoires) ou à la faveur de micro lésions cutanées. Ces deux mécanismes sont corroborés par des taux de contamination en cas d'accouchement gémellaire par voie basse, plus élevés pour le premier jumeau.

La contamination dans la période post-natale par le biais de l'allaitement maternel, est certaine et explique le taux élevé de transmission mère enfant (TME) et l'ampleur de l'épidémie pédiatrique en Afrique. L'atteinte de l'enfant s'explique par la présence dans le lait maternel de virions à l'état libre ou contenus dans les lymphocytes infectés.

Le taux de contamination est influencé par :

### **Les facteurs virologiques :**

Le type de virus est un facteur majeur. En effet la transmission spontanée par le VIH1 est 10 fois plus élevée que celle par le VIH2.

Des facteurs maternels qui sont :

- Le Stade clinique avancé de l'infection ;
- Le taux de lymphocytes CD4 < 200/ml ;
- Une antigénémie P24 positive ;
- Une charge virale élevée.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Des facteurs obstétricaux :**

- Gestes invasifs au cours de la grossesse (cerclage du col, amniocentèse, amnioscopie épisiotomie, forceps) ;
- La prématurité ;
- La rupture prématurée des membranes ;
- La chorio-amnionite et les infections cervico-vaginales ;
- L'hémorragie.

Le badigeonnage à la Chlorhexidine du vagin au cours du travail ne semble pas avoir un effet bénéfique sauf en cas de rupture prématurée des membranes.

**Facteurs influençant la transmission mère-enfant :**

Sans traitement, la transmission mère enfant du VIH se produit en majorité tardivement in utero ou à l'accouchement, le taux de TME étant estimé à environ 20% pour VIH1 en l'absence d'allaitement.

Plusieurs facteurs de risque de TME ont été identifiés :

- le niveau de l'ARN VIH1 plasmatique maternel : facteur principal, que la mère soit traitée ou non ; mais il n'y a pas de seuil au dessous duquel le risque de transmission deviendrait négligeable ;
- le déficit immunitaire maternel (nombre de lymphocytes CD4) : meilleur critère prédictif quand le VIH est mal quantifié par périmètre crânien ;
- facteurs obstétricaux : rupture prolongée de la poche des eaux ; accouchement prématuré et chorio-amnionite ;
- allaitement : le risque augmente d'au moins 10 à 15% selon l'état immunologique maternel et la durée de l'allaitement [2].

La prévention de la transmission de la mère infectée à son fœtus/nouveau-né [10 ; 14]:

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Toute femme qui croît avoir pu être infectée par le VIH/SIDA devra consulter un médecin avant de concevoir un enfant ou aussitôt que possible si la grossesse est déjà amorcée. Le conseiller devra informer la femme des risques encourus en cas de séropositivité, de la transmission du VIH à son enfant et sur les conséquences de cette contamination. En ce qui concerne l'allaitement au sein, des risques et avantages sont pris cas par cas.

### **Physiopathologie :**

L'atteinte d'un globule blanc particulier, le lymphocyte TCD4 constitue un événement important dans l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [2 ; 15]. L'infection du lymphocyte TCD4+, véritable pilier du système immunitaire, est au centre de la physiopathologie de la maladie et sa numération dans le sang est la base de la prise en charge des individus infectés.

L'infection par le VIH sur le plan physiopathologique est expliquée par une coïncidence : la molécule CD4 est un récepteur spécifique pour le VIH et c'est cette dernière que le VIH vise particulièrement dans son offensive. Et c'est grâce à l'interaction entre la molécule CD4 du lymphocyte et la protéine gp120 de l'enveloppe du VIH, que le virus s'ancre sur la surface cellulaire et infecte ensuite le lymphocyte.

Et la numération des lymphocytes TCD4+ circulants est un élément majeur de la connaissance de l'état immunitaire d'un infecté par le VIH [8].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **B. LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (ARV) :**

### **1. Définition du traitement ARV :**

Les antirétroviraux constituent un ensemble de médicaments anti infectieux actifs sur les virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Il s'agit des médicaments essentiellement virostatiques [2]. Aucune molécule n'est à ce jour virucide [16].

Parmi ces médicaments, nous avons :

Les inhibiteurs de la transcriptase inverse :

Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) et

Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI) ;

Les inhibiteurs de la protéase virale (IP) ;

Les anti-fusions ;

Les antis intégrases ;

Les anti-corécepteurs ;

### **2. Objectifs du traitement antirétroviral :**

L'objectif du traitement est d'obtenir durablement et le plus rapidement possible une charge virale plasmatique indétectable, et par là même, diminuer la mortalité et la morbidité liées au VIH.

L'objectif du traitement est également de prévenir, voire de restaurer le déficit immunitaire, de limiter la toxicité du traitement et l'impact sur la qualité de vie et enfin de prévenir les phénomènes de résistance. La fréquence des effets indésirables et l'évaluation de l'efficacité clinico-immunovirologique justifient un suivi clinique et biologique régulier.

A titre préventif l'utilisation des antirétroviraux est recommandée dans certaines situations : professionnels de santé exposés par coupure, piqûre ou projection de liquides potentiellement contaminés, situation à risque de

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

transmission sanguine ou sexuelle, nouveau - né de mère contaminée pour réduire le risque de transmission [2].

### **3. Intérêt du traitement antirétroviral :**

L'intérêt du traitement antirétroviral est de rendre la charge virale indétectable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et d'améliorer la qualité de vie des patients [2 ; 17].

### **4. Historique [16 ; 2 ; 8 ; 18] :**

La Zidovudine premier ARV à avoir été mis sur le marché, est une molécule connue depuis 1964 (étudiée pour ses propriétés anticancéreuses). Son activité antirétrovirale (sur le virus du freind) fut démontrée en 1975. Son activité contre le VIH a été démontrée au national cancer institutes (USA) puis son développement clinique subventionné conduit dans un temps record à une autorisation de mise sur le marché en 1987.

Molécule simple, dérivée de la thymidine, extraite de la laitance de hareng, la zidovudine a bénéficié rapidement de mode de production moins coûteux, à partir de D - xylose.

En 1987, la food and drug administration aux USA a homologué la zidovudine (AZT). Les années suivantes, d'autres nouveaux médicaments, de la même famille ont été, introduits (Didanosine, stavudine, abacavir, lamivudine...).

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **5. Classification des ARV [2] :**

### **5.1. Les inhibiteurs de la transcriptase inverse :**

#### **5.1.1. Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) :**

Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) ont constitué la première classe d'antirétroviraux mise sur le marché.

la Zidovudine ;  
la Didanosine ;  
la Lamivudine ;  
la Stavudine ;  
l'Abacavir ;  
le Ténofovir ;  
la Zalcitabine ;  
l' Amtricitadine ;

#### **5.1.2. Les Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI) :**

##### **les différentes molécules :**

Efavirenz  
Névirapine  
Delavirdine (n'est plus utilisée à cause de ses effets secondaires) [2].

### **5.2. Les inhibiteurs de protéase : IP**

#### **Les différentes molécules [19] :**

Indinavir ;

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Nelfinavir ;  
Ritonavir ;  
Darinavir ;  
Saquinavir ;  
Amprénavir ;  
Lopinavir ;  
Atazanavir ;  
Association lopinavir+ Ritonavir ;  
Fosamprenavir ;

### **5.3. Inhibiteur de la fusion :**

L'Enfuvirtide :

Anti intégrases : Raltegravir

Anti corécepteurs : Maravirox

(Chercher eds iv) Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent.

### **Indications du traitement [17] :**

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et / ou virologique du patient.

Si la numération des lymphocytes CD4 est disponible :

Stade IV OMS, quelque soit le taux de lymphocytes CD4 ;

Stade III OMS avec un taux de lymphocytes CD4  $< 350/\text{mm}^3$  ;

Stade II OMS ou stade I avec un taux de lymphocytes CD4 sanguins  $< 200/\text{mm}^3$  ;

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes CD4 entre 200 et  $350/\text{mm}^3$ , le traitement sera discuté en fonction de : l'évolutivité clinique ; la rapidité de la baisse des lymphocytes

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

CD4 (comptage CD4 trimestriel) ; la charge virale quand elle est disponible ; la motivation du patient.

Pour les patients asymptomatiques avec des  $CD4 > 350/mm^3$ , le traitement n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes CD4 tous les 6 mois.

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 de l'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux ;

Stade II OMS avec un taux de lymphocytes  $< 1200/mm^3$  ;

Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités en l'absence de numération des lymphocytes CD4.

## **6. Schémas thérapeutiques [2] :**

### **Schéma de première ligne pour le VIH1 :**

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

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

Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Tenofovir(TDF) + Lamivudine (3TC) +Névirapine (NVP)

Amtricitadine + Tenofovir(TDF) +Efavirez(EFV)

Ils seront utilisés en cas de contre indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Schéma de deuxième ligne [17] :**

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.

**Protocole :**

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

Lamivudine(3TC) +Didanosine (DDI) +Lopinavir/Ritonavir (Lpv/r)

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

Abacavir (ABC) + Tenofovir (TDF) +Indinavir/ritonavir (IDV /r);

Abacavir (ABC) + Tenofovir (TDF) + Lopinavir/Ritonavir (Lpv/r);

L'association DDI + Ténofovir (TDF) 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 VIH2 est le suivant :

Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) ou Tenofovir (TDF)  
+Lopinavir/Ritonavir(Lpv/r).

**7. Traitement par combinaison [2] :**

Duovir-N (AZT +3TC + NVP)

Combivir ou CBV : AZT + 3TC

Trizivir ou TZV : AZT + 3TC +ABC

Viraday (Tenofovir + Emtricitadine +Efavirenz).

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



## **8. Prophylaxie anti rétrovirale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :**

### **8.1. Objectif :**

La prophylaxie médicamenteuse a pour objectif de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son fœtus pendant la grossesse, l'accouchement et en post partum. Elle doit s'intégrer dans un programme global proposant :

La prévention primaire de l'infection à VIH chez toutes les femmes ; la prise en charge médicale et psychosociale des mères infectées et de leurs enfants [2].

### **8.2. Protocoles chez la mère :**

La conduite à tenir devra tenir compte de plusieurs facteurs :

L'état clinique et immunologique de la mère ;

Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement ;

Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (accréditation, accessibilité de la structure de référence) [17].

#### **8.2.1. Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement**

##### **ARV :**

Si le traitement antirétroviral est efficace (critère clinique, immunologique et si possible virologique) et bien toléré, il sera poursuivi. [2].

#### **8.2.2. Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :**

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

- Si l'évolution de l'infection à VIH chez la mère nécessite la mise en place d'un traitement antirétroviral pour elle-même (stade III ou IV de l'OMS,  $CD4 < 350/mm^3$ ), la prise en charge sera celle du traitement de l'adulte ou de l'adolescent. Ce traitement sera débuté rapidement, avec une surveillance particulière de la grossesse.

- Si la femme est asymptomatique (stade I) ou peu symptomatique (stade II), avec des  $CD4 > 350/mm^3$ , on proposera au mieux une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée au début de la 14<sup>ème</sup> Semaine d'aménorrhée, donnée pendant l'accouchement et poursuivie jusqu'à la fin de l'allaitement si allaitement maternel exclusif.

Dans le cas où la trithérapie n'est pas réalisable (structure non accréditée pour la prise en charge antirétrovirale, centre de traitement ARV éloigné, femme n'acceptant pas la référence), on proposera le protocole suivant :

- AZT en commençant au mieux dès la 14<sup>ème</sup> semaine de la grossesse ou à défaut dès que la femme se présente ;

- AZT pendant l'accouchement (dose de charge 300 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à la Névirapine à dose unique en début de travail ;

- AZT+3TC pendant 7 jours après l'accouchement, si disponible pour minimiser les risques de résistance à la Névirapine.

### **8.2.3. Prise en charge très tardive d'une femme enceinte pendant le travail (salle d'accouchement) [20].**

Une perfusion d'AZT est recommandée, associée à l'administration de Névirapine en mono dose chez la mère et l'enfant.

Chez l'enfant, un traitement post-exposition intensifié est recommandé, comportant l'AZT associée à une ou deux autres molécules : il peut s'agir de la (3TC) et/ ou de la NVP mono dose et/ ou d'un IP (Nelfinavir).

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Le seul inhibiteur de la protéase pour lequel, on dispose des données pharmacologiques chez le nourrisson (mais pas chez le nouveau-né) est le Nelfinavir.

La première dose de NVP doit être administrée juste après la naissance si elle n'a pas été administrée à la mère ou si elle a été administrée moins d'une heure avant l'accouchement.

#### **8.2.4. Cas particulier du VIH2 :**

La transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est rare et la Névirapine n'est pas efficace contre le VIH2. On pourra proposer une des options suivantes selon les circonstances :

- Trithérapie avec un inhibiteur de protéase chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même.
- Monothérapie par AZT débutée dès la 14<sup>ème</sup> semaine chez la femme qui n'a pas d'indication de traitement antirétroviral et qui se présente suffisamment tôt
- Bithérapie AZT+ 3TC (1 comprimé deux fois /jour) pendant 7 jour, chez la femme se présentant au moment de l'accouchement [17].

### **C. OBSERVANCE DU TRAITEMENT :**

#### **1. Définition de l'observance :**

L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée [2 ; 13].

L'observance est un processus dynamique, variable au cours du temps, pour lequel on ne dispose pas de marqueurs prédictifs ni d'instrument de mesure certain et qui nécessite donc une réévaluation et la possibilité d'un soutien tout au long du traitement [18].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **1. Ville d'étude : Bamako**

Bamako est la capitale de la république du Mali avec une population de 3 264 000 habitants en 2011, elle s'étend d'ouest en est sur 22 km et du nord au sud sur 12 km, pour une superficie de 267 km<sup>2</sup>. Elle comporte six communes, trois Hôpitaux nationaux, un centre d'odontostomatologie et plusieurs établissements spécialisés dans la recherche en santé.

Chaque commune est dotée d'un centre de santé de référence correspondant au 2<sup>ème</sup> niveau de la pyramide sanitaire au Mali. Bamako héberge tous les ministères d'état et la présidence de la république.

Notre étude a été réalisée dans l'USAC du centre de santé de référence de la commune V [21].

### **2. Lieu de l'étude :**

L'étude s'est déroulée au sein de l'USAC (unité de soins d'accompagnement et de conseils) du centre de santé de référence de la commune V de Bamako au Mali.

### **3. Présentation du centre de santé de référence de la commune V :**

#### **3.1. Situation géographique :**

Le centre de santé de référence de la commune V a été créé en 1993. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger. La commune V est limitée au Nord-Ouest par le fleuve à l'Est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier Kalanban-Koro (cercle de Kati). La commune V couvre une superficie de 41 km<sup>2</sup> pour 252797 habitants [21].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

L'infrastructure de cette commune comporte en plus du centre de santé de référence neuf centres de santé communautaire (CSCOM) opérationnels.

### **3.2. Organisation du centre :**

Actuellement le CSREF-CV compte plusieurs Unités à savoir :

Unité gynéco obstétrique ;

Unité bloc opératoire ;

Unité médecine interne ;

Unité dentisterie ;

Unité ophtalmologie ;

Unité dermatologie ;

Unité imagerie ;

Unité pédiatrie ;

Unité maternité ;

Unité suites de couche ;

Unité PEV ;

Unité néonatalogie ;

Unité PF ;

Unité recherche et formation ;

Unité laboratoire d'analyse ;

Unité soins et injections ;

Unité de soins d'accompagnement et de conseils : USAC ;

L'administration ;

La morgue ;

USAC : unité de soins d'accompagnement et de conseils pour les personnes vivant avec le VIH a été inaugurée le 25 juillet 2006. Cette unité est le fruit d'un partenariat entre ARCAD/SIDA et la direction régionale de

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

la santé de Bamako grâce à un appui financier du fonds mondial. Cette unité est animée par un personnel constitué de :

Un médecin qui est le coordinateur, un pharmacien, un infirmier, un technicien de surface, une secrétaire, un chauffeur, deux opératrices de saisie.

L'USAC CSRéf CV est constituée de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'une salle de prélèvement, d'une salle de conseil et d'une pharmacie. Il existe deux hangars, un qui abrite les groupes de parole et l'activité culinaire ; et l'autre qui fait office de salle d'attente.

- Gestion des malades :

Les malades reçues à l'USAC sont de deux sortes : ceux référés et ceux qui viennent pour le dépistage volontaire, les activités ci après sont effectuées de manière chronologique a l'USAC :

Accueil ;

Conseil dépistage ;

Annonce du résultat avec remise de carte portant le numéro du dossier aux patients positifs ;

Consultation ;

Education thérapeutique pour les patients qui doivent commencer le traitement ;

Prise en charge médicamenteuse ;

Surveillance clinique biologique et suivie du traitement.

USAC mène aussi des activités de groupe, notamment :

- Les animations de groupes de parole appelées « baroni ». (pour les femmes enceintes et adultes).

- Les activités culinaires.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**4. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive.

**5. La durée d'étude :**

L'étude s'est déroulée du premier janvier 2010 au 30 Novembre 2010.

**6. Les critères d'inclusion :**

Les patients de plus 18 ans dépistés et suivis à l'USAC CSRéf CV.

**7. Les critères de non inclusion :**

Les patients de plus 18 ans dépistés hors de l'USAC C

**8. Les variables :**

**8.1. Variables socio démographiques :**

Résidence ; sexe ; âge ; nombre d'enfant ; situation familiale ; profession ; statut matrimonial ; niveau d'instruction

**8.2. Variables biologiques :**

Type de VIH.

**8.3. Variables comportementaux :**

Fréquence rapports sexuels par semaine ;  
Fréquence rapports sexuels non protégés par semaine ;  
Fréquence rapports sexuels protégés par semaine ;  
Utilisation des moyens de contraception ;  
Sérologie VIH ;

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Partage du statut avec partenaire sexuel

### **9. Ethique :**

Pour notre enquête, le consentement éclairé des patients a été obtenu.

### **10. Collecte des données :**

C'est au moment de la consultation que nous avons mené notre enquête sur la base d'un questionnaire.

### **11. Traitement des données :**

Les données ont été saisies sur Epi data. L'analyse a été faite sur SPSS 16.

### **12. Définition opératoires :**

- **Observance au traitement** : l'observance thérapeutique désigne ; les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée ;

L'observance est un processus dynamique, variable au cours du temps pour lequel on ne dispose pas de marqueurs prédictifs ni d'instrument de mesure certain et qui nécessite donc une réévaluation et la possibilité d'un soutien tout au long du traitement.

-**Bonne observance** : les qualités convenables à l'observance.

-**Mauvaise observance** : les qualités non convenables à l'observance.

-**Charge virale indétectable** : selon OMS, une charge virale est indétectable lorsque le nombre de virus dans le sang <400 copies/ml.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**V. RESULTATS :****1. Fréquence :**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 novembre 2010 soient 11 mois nous avons mené une enquête sur « la connaissance, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH suivies à l'USAC du Centre de Santé de Référence de la Commune V ».

Le désir d'enfant a été exprimé chez 147 patients sur 500 enquêtés soit 29,4 %.

**2. Caractéristiques socio démographiques :****Tableau I : Répartition des patients selon le sexe**

<b>Sexe</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence %</b>
Masculin	112	22,4
Féminin	388	77,6
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

Les femmes sont les plus représentées avec 77,6 %.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau II : Répartition des patients selon l'âge**

Age	Effectifs	Fréquence %
18-28 ans	89	17,8
29-39 ans	280	56,0
40ans et plus	131	26,2
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge de 29-39 ans est la plus représentée avec 56,0%

Ages extrêmes : 18 ans et 40 ans et plus.

Age médian : 29 ans.

**Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquence %
Primaire	196	39,2
Secondaire	82	16,4
Supérieur	15	3,0
Medersa	49	9,8
Non scolarisé	158	31,6
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

Les patients avec un niveau primaire sont prédominants avec 39,2% suivi des non scolarisés avec 31,6%.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau IV : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectifs	Fréquence %
Ménagère	223	44,6
Cultivateur	17	3,4
Secteur informel	178	35,6
Commerçant	28	5,6
Elève/étudiant	11	2,2
Salariés de la fonction publique	29	5,8
Autre	14	2,8
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

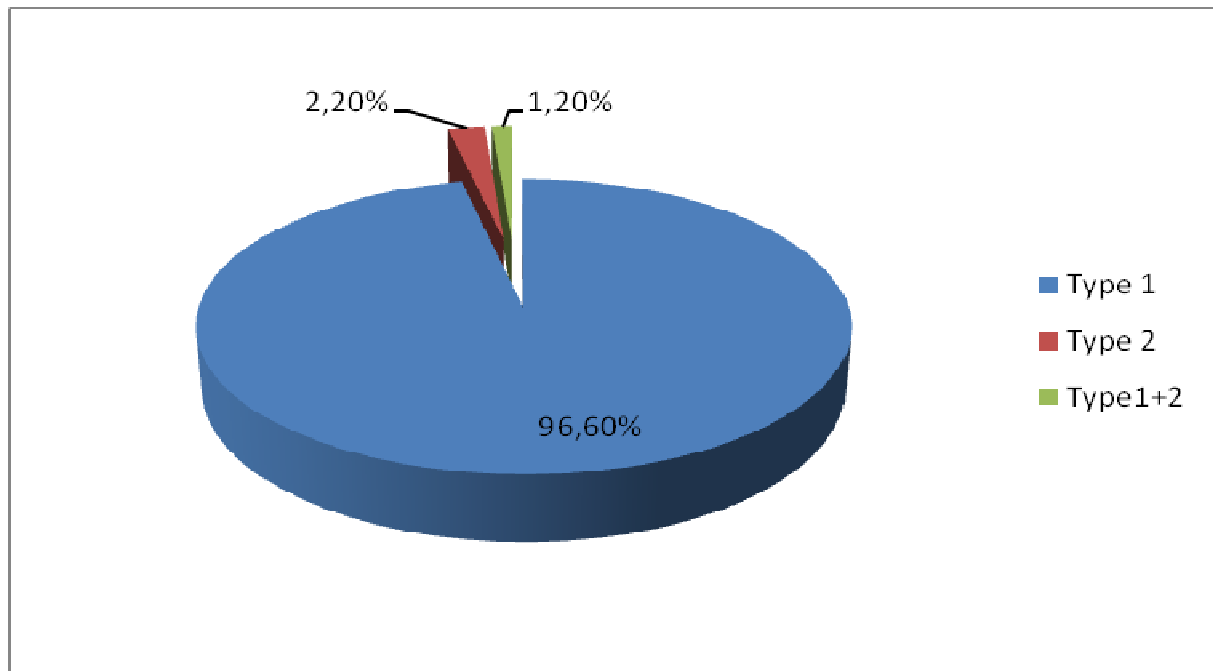
Les ménagères sont les plus représentés avec 44,6%

**Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquence %
Monogame	213	42,6
Polygame	109	21,8
Divorcé(e)	22	4,4
Veufs (veuve)	102	20,4
Célibataire	40	8,0
Fiancé (e)	14	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

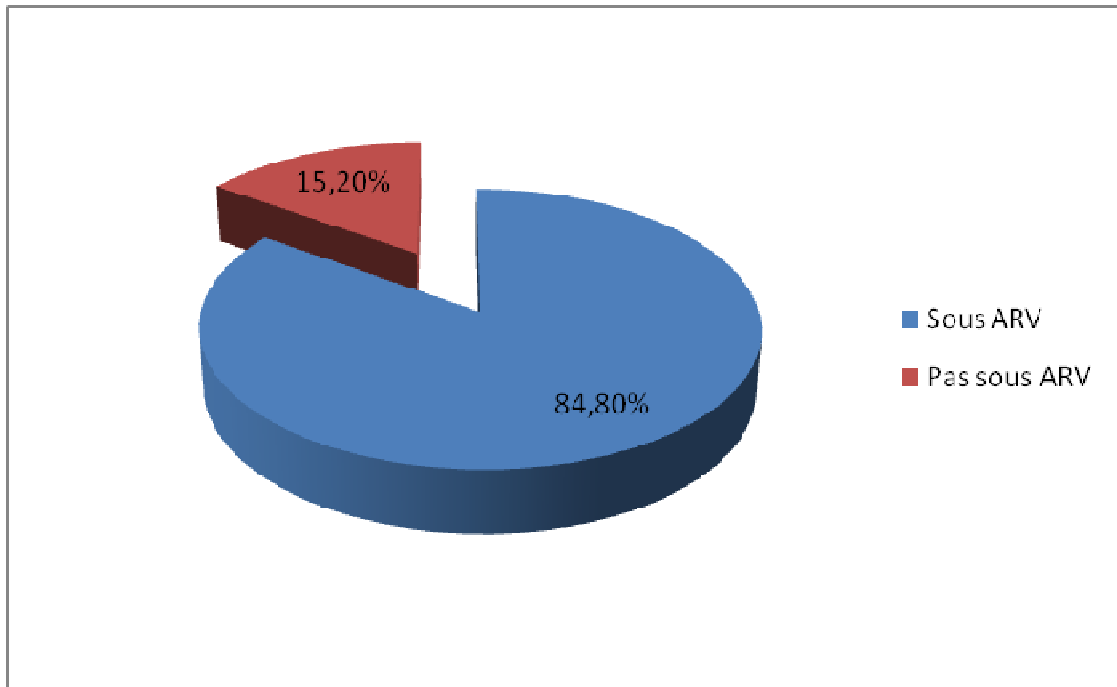
Les mariés monogames sont les plus représentées soit 42,6%.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 1 : Répartition des patients selon le type de VIH**

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 2 : Répartition des patients selon la prise d'ARV**

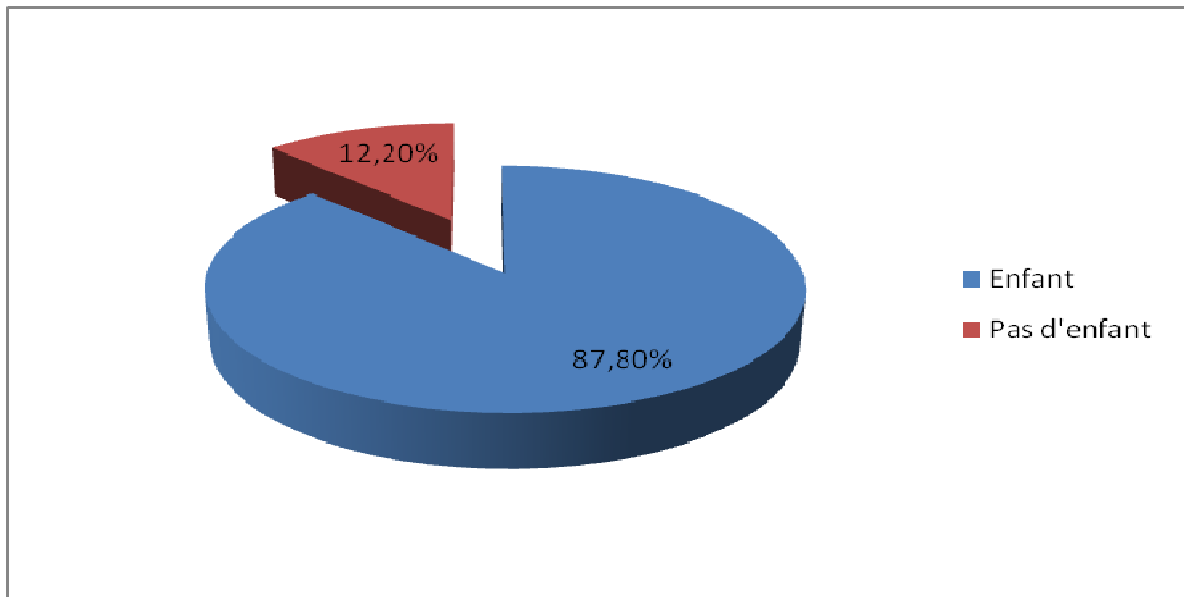
La presque totalité des patients sont sous traitement ARV soit 84,8%.

**Tableau VI : Répartition des patients selon la vie de couple**

Partenaire sexuel	Effectifs	Fréquence %
Vie conjugal	331	66,2
Partenaire sexuel hors vie conjugal	19	3,8
Pas de partenaire sexuel	150	30,0
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patients sont mariés avec 66,2 %.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

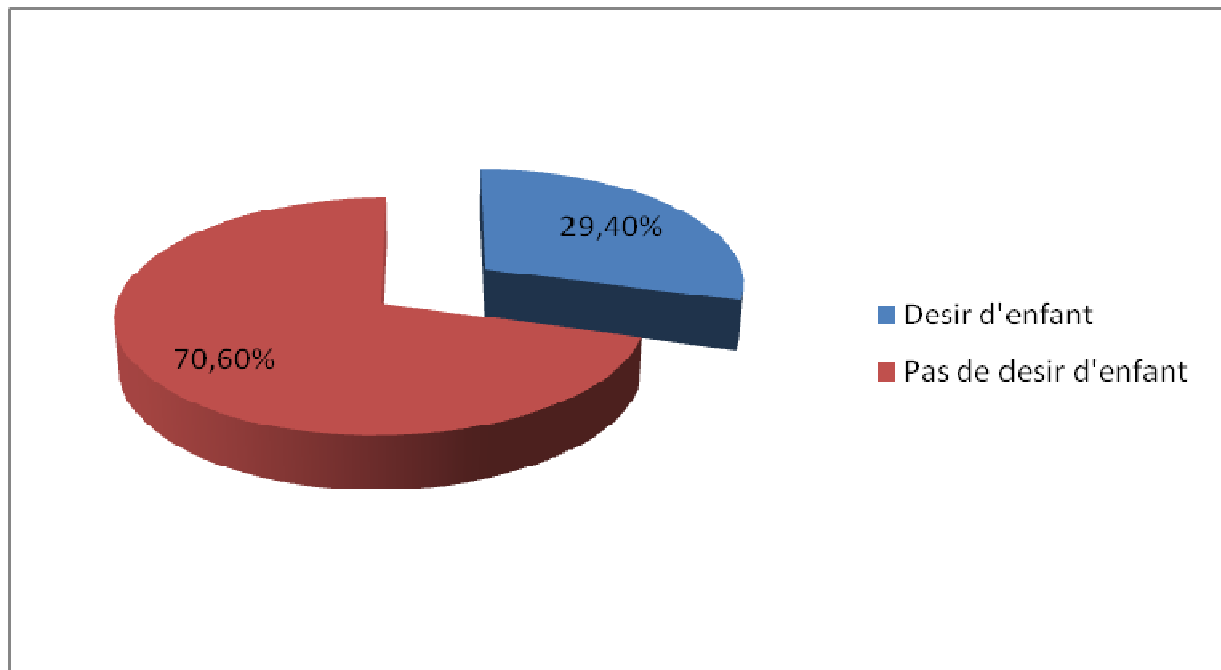


**Figure 3 : Répartition des patients selon le nombre d'enfant**

Dans notre étude 87,8% des patients ont déjà eu au moins un enfant dans leur vie.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

### 3. FREQUENCE DU DESIR D'ENFANT :



**Figure 4 : Répartition des patients selon le désir d'enfant**

Dans notre étude 29,4% des patients expriment le désir d'enfant

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**RAISONS DU DESIR :****Tableau VII : raison du désir d'enfant**

<b>Motif</b>	<b>Effectifs</b>
Absence d'enfant	39
Nombre d'enfant insuffisant	101
Pression familiale	32
Prescription religieuse	127
Raison culturelle	17

Le désir d'enfant est exprimé chez 101 patients à cause du nombre d'enfant insuffisant.

**Tableau VIII : raison du non désir d'enfant**

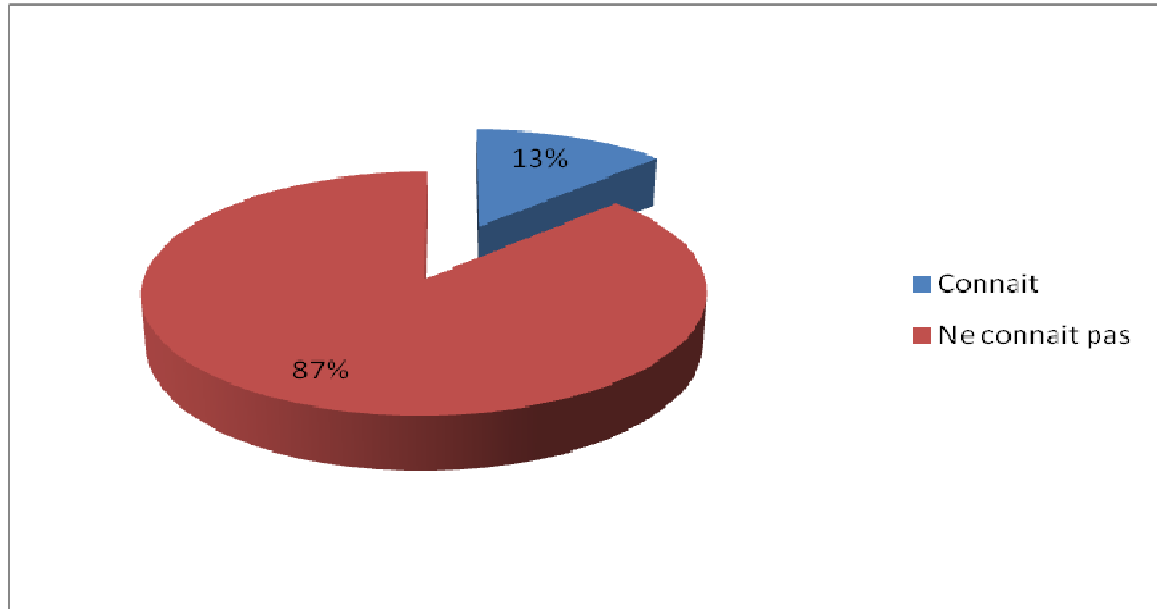
<b>Motif</b>	<b>Effectifs</b>
Nombre suffisant d'enfant	173
Infecté par le VIH	108
Couple séro positif	11
Couple séro différent	6
Absence de partenaire	78
Manque de moyen financier	5
Age avancé	52

Parmi les patients 173 n'expriment pas le désir d'enfant à cause du nombre suffisant d'enfant.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



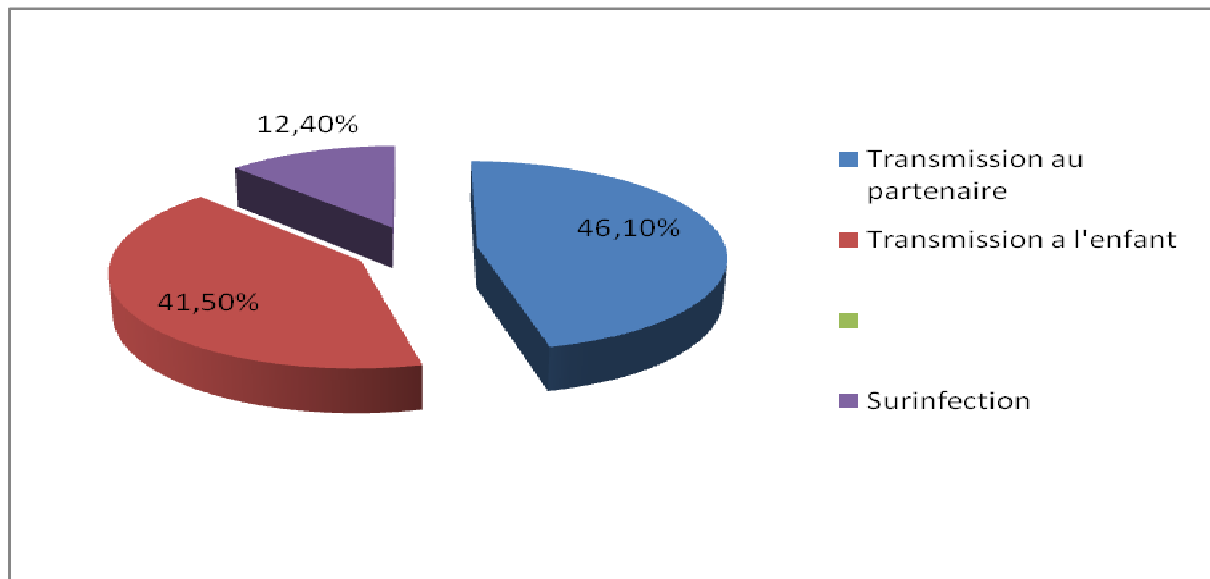
#### 4. CONNAISSANCE DES PVVIH FACE AU DESIR



**Figure 5** : Répartition des patients selon la connaissance des Risques liés à la procréation chez les PVVIH

Dans notre étude 87,0% des patients ignorent les risques liés à la procréation.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 6** : Répartition des patients selon les risques énumérés.

La transmission au partenaire est plus élevée avec un taux de 46,1%.

**Tableau IX**: Répartition des patients en fonction les risques liés à la Procréation et le sexe.

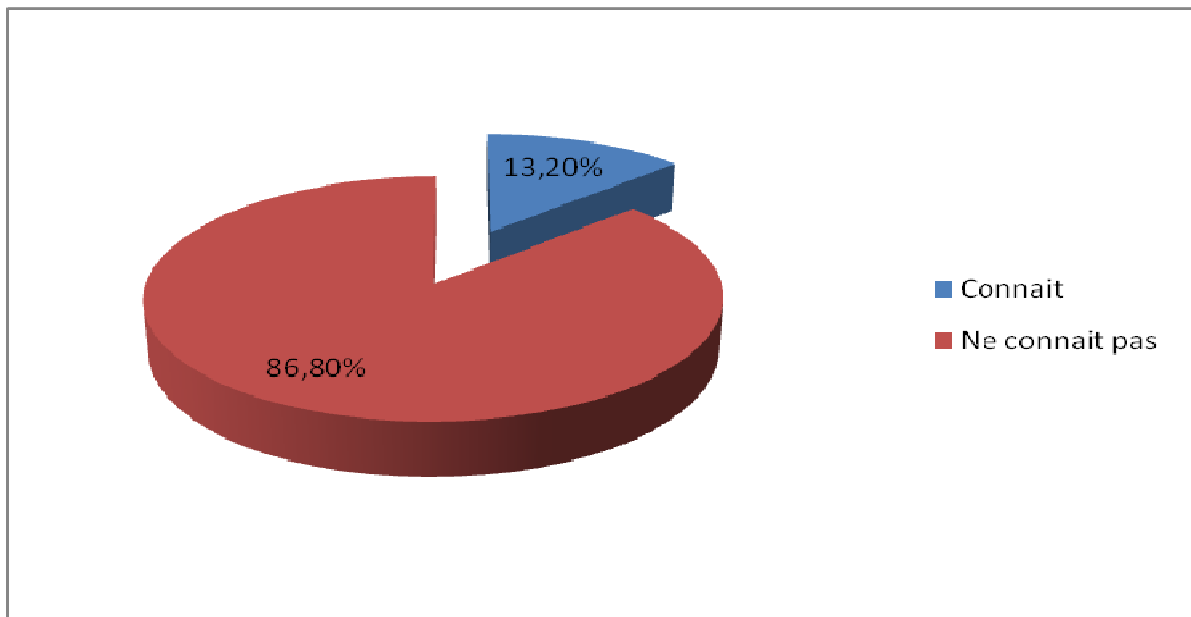
Risques	Masculin	Féminin	Total
Transmission au partenaire	12	18	30
Transmission à l'enfant	3	24	27
Surinfection	0	8	8
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>65</b>

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau X : Répartition des patients en fonction des risques liés à la Procréation et le niveau instruction**

<b>Risques Scolarisation</b>	<b>Transmission a partenaire</b>	<b>Transmission a enfant</b>	<b>Surinfection</b>	<b>Total</b>
Non scolarisé	3	2	0	5
Primaire	6	3	0	9
Secondaire	8	9	2	19
Supérieur	10	12	6	28
Medersa	3	1	0	4
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>65</b>

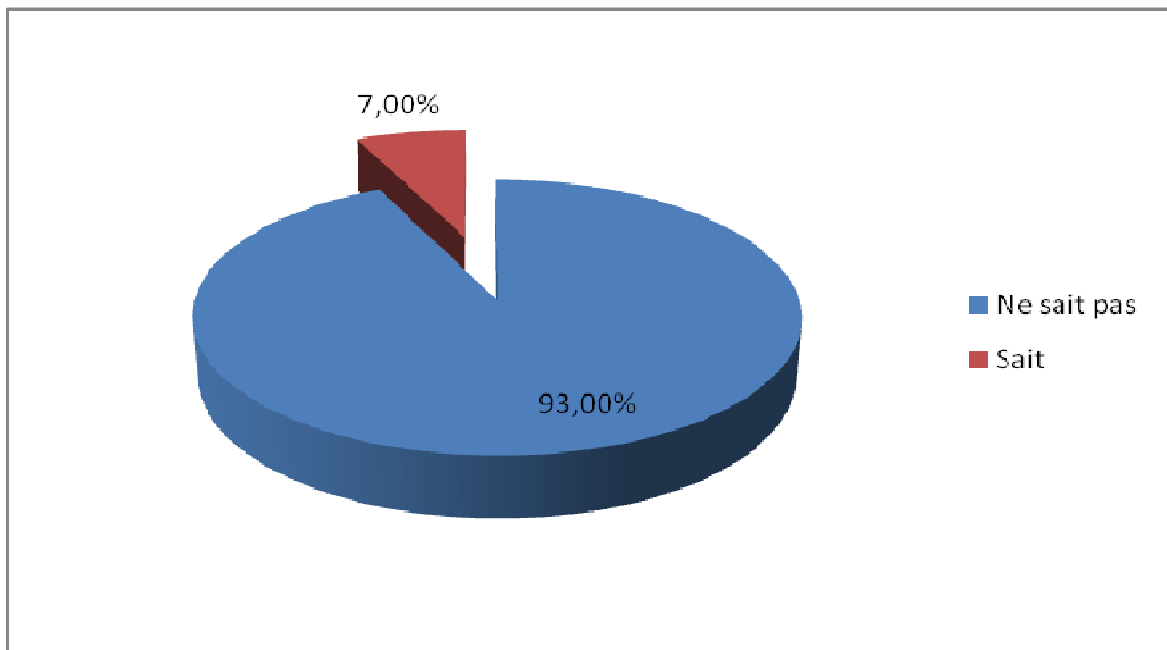
*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 7 :** Répartition des patients selon la connaissance sur la prévention transmission mère enfant

Parmi les patients 86,8% ne connaissent pas la prévention transmission mère enfant

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 8 : Répartition des patients selon leur connaissance sur l'intérêt du port du préservatif**

La connaissance sur l'intérêt du port du préservatif est mal connue chez 93% des patients.

**Tableau XI : Répartition des femmes selon la connaissance de la durée de leur cycle**

Durée du cycle	Effectifs	Pourcentage
Connaît	176	17,0
Ne connaît pas	212	83,0
<b>Total</b>	<b>388</b>	<b>100,0</b>

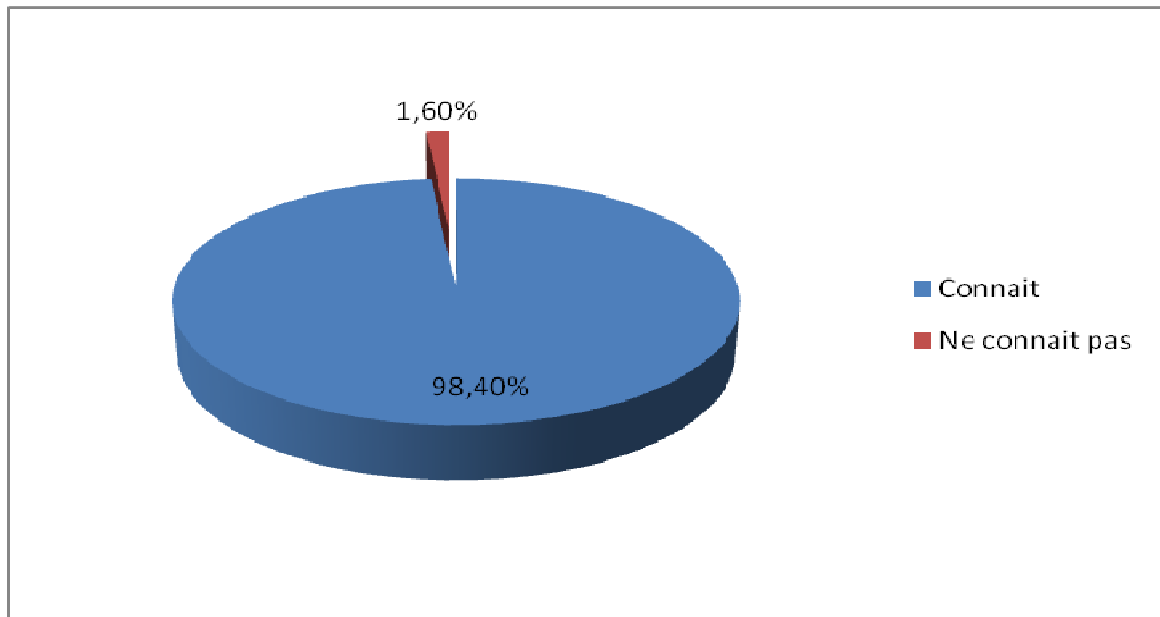
Parmi les patients 83,0% ne connaissaient pas la durée de leur cycle.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau XII : Répartition des hommes selon la connaissance de la durée du cycle de leur partenaire sexuel**

<b>Cycle du partenaire sexuel</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaît	27	16,8
Ne connaît pas	85	83,8
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

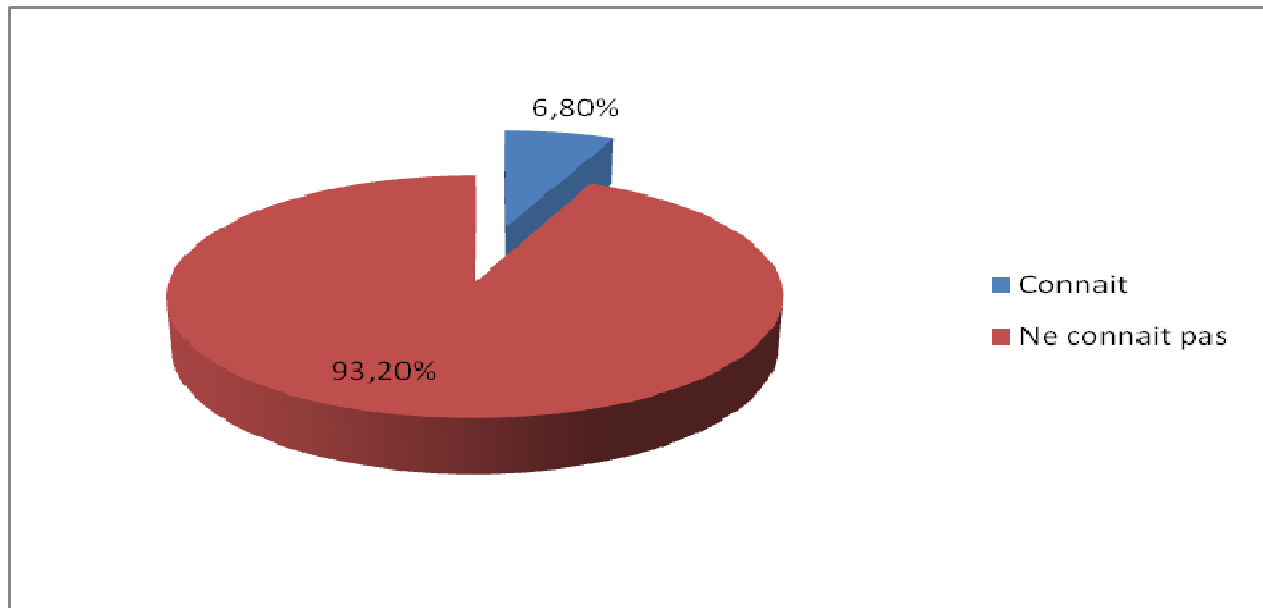
La connaissance de la durée du cycle du partenaire sexuel est mal connue chez 83,8% des patients



**Figure 9** : Répartition des femmes selon la connaissance de leur période de fécondité

Parmi nos patientes 98,4% des femmes ne connaissent pas leur période de fécondité

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 10** : Répartition des hommes selon la connaissance de la période de fécondité de leur partenaire sexuel

Parmi les patients 93,2% des hommes ne connaissent pas la période de fécondité de leur partenaire sexuel.

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon la connaissance sur la fréquence des rapports sexuels dans l'acquisition d'une grossesse

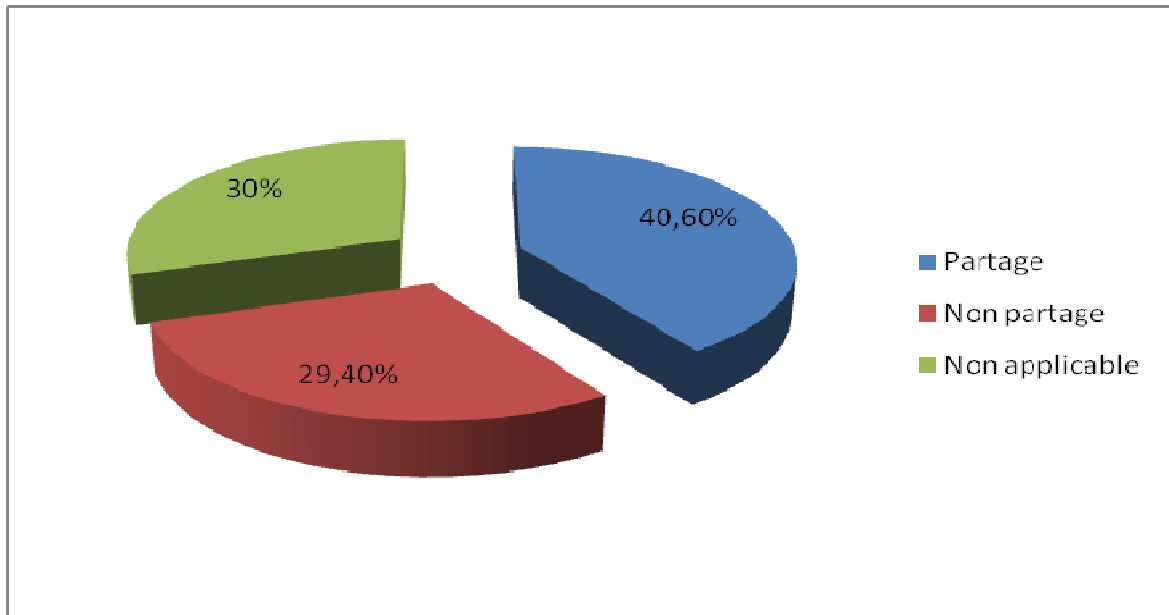
Acquisition	Effectifs	Pourcentage
Oui	202	40,4
Non	298	59,6
Total	500	100,0

Dans notre étude 59,6% des patients ne connaissent pas la fréquence des rapports sexuels dans l'acquisition d'une grossesse

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



## 5. ATTITUDES DES PVVIH FACE AU DESIR D'ENFANT



**Figure 11** : Répartition des patients en fonction du partage du statut sérologique avec le partenaire sexuel.

Dans notre étude 40,6% des patients ont partagés leur statut serologique avec le partenaire sexuel.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du partage du statut sérologique avec partenaire et la situation matrimoniale.**

<b>Partage statut Statut matrimonial</b>	<b>Partage</b>	<b>Non partage</b>	<b>NA</b>	<b>Total</b>
Monogame	145	68	0	213
Polygame	49	56	0	105
Célibataire/divorcé/veuf	9	23	150	182
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>500</b>

**Tableau XV : Répartition des patients en fonction du partage du statut sérologique avec partenaire et le sexe.**

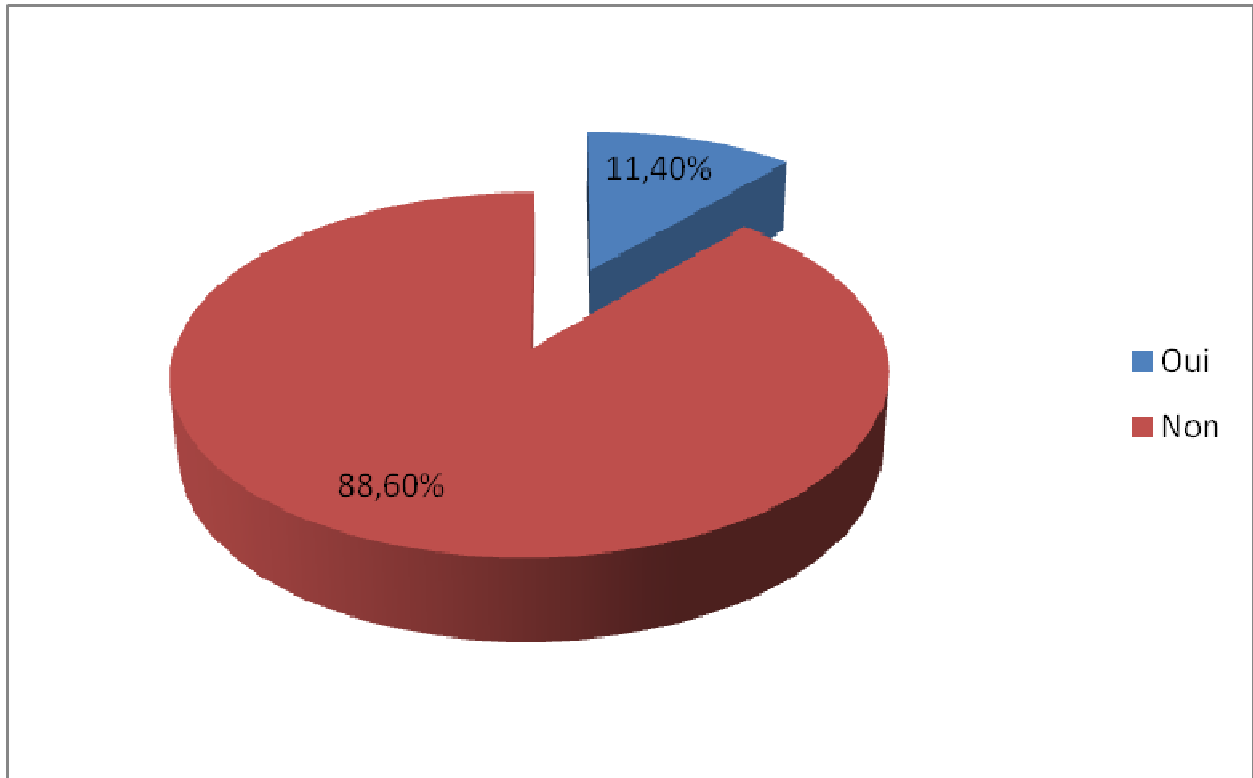
<b>partage statut Sexe</b>	<b>Partage</b>	<b>Non partage</b>	<b>NA</b>	<b>Total</b>
Masculin	50	40	22	112
Féminin	153	107	128	388
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>500</b>

**Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du partage du désir d'enfant avec une personne.**

<b>Partage du désir</b>	<b>Partage</b>	<b>Non partage</b>	<b>Total</b>
Partenaire sexuel	150	200	350
Agent de santé	25	75	100
parent/ami	40	10	50
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>285</b>	<b>500</b>

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de l'acquisition d'un enfant après la connaissance du statut sérologique**



Après connaissance du statut sérologique 11,4% des patients ont eu un enfant.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## 6. PRATIQUES COMPORTEMENT SEXUEL

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon la fréquence des rapports sexuels par semaine en fonction de leur statut matrimonial.**

Fréquence rapport sexuel	Vie conjugale	Partenaire sexuel hors mariage	Total
Pas de rapport sexuel par semaine	91	0	91
1-3 rapports sexuels par semaine	222	17	239
4-6 rapports sexuels par semaine	18	2	20
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>19</b>	<b>350</b>

La majorité des patients enquêtés affirment avoir entretenu 1à3 rapports sexuels par semaine soit 68% de l'effectif.

**Tableau XIX : Répartition des hommes selon la fréquence d'utilisation du préservatif.**

Utilisation du préservatif	Fréquence	Pourcentage
Toujours	62	12,4
Parfois	55	11
Jamais	233	46,6
NA	150	30
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**Tableau XX : Répartition des patients en fonction de la fréquence des rapports protégés et le désir.**

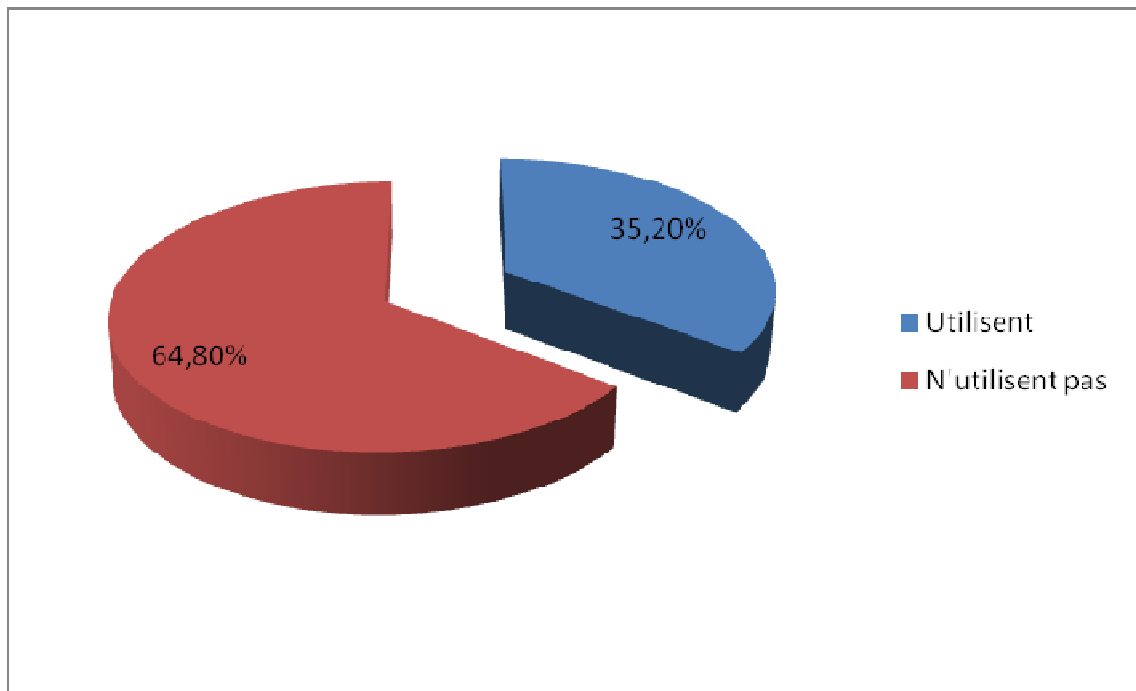
Utilisation du préservatif	Désir d'enfant	Non désir d'enfant	Total
Toujours	11	9	20
Parfois	136	342	478
Jamais	0	2	2
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>353</b>	<b>500</b>

Parmi les 147 patients qui désirent avoir un enfant la majorité utilisent le préservatif irrégulièrement.

**Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de la fréquence des rapports non protégés et le désir.**

Utilisation du préservatif	Désir d'enfant	Non désir d'enfant	Total
Toujours	36	54	90
Parfois	45	62	107
Jamais	66	237	303
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>353</b>	<b>500</b>

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



**Figure 12** : Répartition des patients selon l'utilisation des moyens de Contraception

Plus de la moitié des patients n'utilisent pas le préservatif.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

Nous avons effectué une étude prospective, descriptive et transversale pendant 11 mois à l'USAC CSRéf de la CV. Durant cette période nous avons reçu 500 patients séropositifs parmi lesquels 147 patients sous traitement ARV exprimaient un désir d'enfant.

### **1. Données socio épidémiologiques :**

#### **1.1. Sexe :**

Le sexe féminin est le plus représenté avec 77,6 %. Ce résultat est comparable à celui de Zannou D.M et All qui a obtenu 55,5% [22].

#### **1.2. Age :**

La tranche d'âge de 29-39 ans est majoritaire avec 56,4%.Ce résultat est comparable à celui de Zannou D.M et All du Benin qui a enregistré 62,7% avec la même tranche d'âge [22]. Extrêmes.

#### **1.3. Statut et régime matrimoniaux :**

Les mariées avec 66 ,2% sont les plus représentées avec une prédominance des monogames 42,6%. Ce résultat est similaire à celui de Zannou D.M et All du Benin qui a obtenu 44,5% [22].

#### **1.4. Profession :**

Dans notre étude les sans emplois et les patients du secteur informel représentent respectivement 44,6%, et 35,6%. Zannou D.M et All du Bénin l'étude retrouvant 27,3% pour les sans emploi et 49,1% pour le secteur informel [22].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

### **1.5. Niveau d'instruction :**

Les patients de niveaux d'étude primaire prédominent dans notre étude avec 39,2%. Ce résultat est inférieur à celui de Zannou D.M et All du Bénin qui a obtenu 50,0% [22].

### **1.6. Prise d'ARV :**

Les patients qui prenaient les molécules d'ARV sont prédominants avec 84,8%. Ce résultat est supérieur à celui de Zannou D.M et All du Bénin qui a obtenu 72,7% [22]. Ce chiffre peut être expliqué par la gratuité et la décentralisation des ARV

### **1.7. Observance et tolérance au traitement ARV :**

Les patients enquêtés sont observant à 96,2% ; ce résultat est du à l'ensemble des activités d'accompagnement pour améliorer l'observance des patients. Avec ce résultat nous pouvons dire que la presque totalité des patients tolérait le traitement car il n'y a eu aucune substitution de molécule pour raison d'effets secondaires pendant la durée de notre étude.

### **1.8. La vie en couple :**

Dans notre étude 66,2% vivent en couple.

## **2. Fréquence du désir d'enfant :**

### **2.1. Désir d'enfant exprimé :**

Dans notre étude 29,4% des patients expriment le désir d'enfant ce résultat est différent de celui de Zannou D.M et All du Bénin qui a obtenu 52% [22].

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



## **2.2. Le nombre d'enfants :**

Dans notre étude 87,8% des patients ont déjà eu au moins un enfant dans leur vie. Ce résultat est supérieur à celui de Zannou D.M et All du Bénin qui a obtenu 76,4% [22].

## **2.3. Raison du désir d'enfant :**

Les raisons essentielles du désir d'enfant pour les patients sont la prescription religieuse avec 25,4% suivi du nombre d'enfant insuffisant avec 20,2%. En effet la nécessité culturelle d'avoir un enfant avec 25,5% et l'absence ou le nombre insuffisant d'enfant avec 17,3% étaient des raisons avancées de Zannou D.M et All au Bénin [22]. Ceci concorde avec les observations d'autres auteurs. En effet, la pression familiale et la religion étaient des raisons avancées chez les noirs américains [23, 24]. Dans l'étude de CHEN, aux Etats-Unis, les noirs infectés par le VIH étaient plus nombreux à souhaiter avoir des enfants à l'avenir [21]. Selon AKA DAGO-AKRIBI, en Côte d'Ivoire, ce désir d'enfant semble répondre à des exigences psychologiques, culturelles, économiques, sociales [25]. 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 infectés par le VIH/SIDA [26].

## **2.4. Raison du non désir d'enfant :**

Certains parmi les patients n'ont pas exprimé le désir d'enfant soit parce qu'ils estimaient avoir déjà un nombre d'enfant suffisant avec 34,6% soit parce qu'ils se savaient infectée par le VIH avec 21,6%. Ce résultat est superposable a celui de Zannou D.M et All du Bénin qui a obtenu un nombre suffisant d'enfants avec 21,8 %, et être infectés par le VIH avec 10,9% [22]. Selon SANTOS et All, les facteurs déterminants du non désir

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

d'enfants étaient le fait d'avoir des enfants vivants gardés par leurs mères [23]. Le manque de connaissance des risques liés à la procréation noté dans 2/3 des cas n'avait pas d'influence significative sur le désir d'avoir un enfant. Par contre, PAIVA et All avait trouvé que des femmes séropositives ayant une bonne connaissance des risques liés à la procréation et des différentes méthodes de prévention de la transmission mère/enfant désapprouvent formellement le désir d'avoir un enfant [27].

### **3. Connaissance des PVVIH face au désir :**

#### **3.1. Risques liés à la procréation :**

Dans notre étude 87% des patients ignorent l'ensemble des risques liés à la procréation. Ce résultat est supérieur à celui de Zannou D.M et All du Bénin qui a obtenu 69% [22]. Les risques

#### **3.2. Transmission à partenaire :**

Dans notre étude 46,1% des enquêtés connaissent la transmission du VIH à leur partenaire sexuel.

##### **3.2.1. Transmission à enfant :**

Nous avons observé que 41,6% des enquêtés ont une bonne connaissance sur les risques liés a la transmission mère enfant.

##### **3.2.2. Surinfection :**

Seulement 12,4% de nos patients connaissent les risques de la surinfection au cours des rapports sexuels non protégé lors d'un désir à la procréation.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

### **3.2.3. PTME :**

Les moyens de la prévention de la transmission mère enfant est mal connu dans 86,8%.

### **3.4. Importance port préservatif :**

Dans notre étude 93,0% ignorent l'importance du port de préservatif

### **3.6. Période de fécondité :**

Dans notre étude 98,4% des femmes ne connaissent pas leur période de fécondité.

### **3.7. Période de fécondité du partenaire sexuel :**

Nous avons constaté au cours de notre étude que 93,2% des enquêtés ne connaissent pas la période de fécondité de leur partenaire sexuel.

### **3.8 Fréquence rapports sexuels dans l'acquisition d'une grossesse :**

La fréquence des rapports sexuels dans l'acquisition d'une grossesse est mal connue dans 40,4%.

## **4. Attitude des PVVIH face au désir enfant :**

### **4.1. Partage statut sérologique avec partenaire sexuel:**

Le statut est effectif dans 40,6% avec le partenaire sexuel.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **4.2. Partage désir enfant avec une personne :**

### **4.2.1. Partenaire sexuel :**

Nous avons observé que 30% de nos patients ont partagé le désir d'enfant à leur partenaire sexuel.

### **4.2.2. Agent de santé :**

Nous constatons que 5% des enquêtés ont informé un agent de santé par rapport au désir.

### **4.2.3 Parent/Ami :**

Les parents, amis sont associés à ce désir dans 8% des cas.

## **4.3. Acquisition enfant après connaissance statut :**

Dans notre étude 11,4% des enquêtés ne veulent pas avoir d'enfant après la connaissance de leur statut.

## **5. Pratique comportement sexuel :**

### **5.1. Fréquence rapport sexuel :**

La fréquence 1à3 rapports sexuel par semaine est la plus représenté avec 67,1% pour les patients qui vie en couple et 89,5% pour les enquêtés qui avaient un partenaire sexuel hors mariage.

### **5.2. Utilisation du préservatif :**

Après connaissance de leur état sérologique 12,4% des patients utilisent régulièrement le préservatif lors des rapports sexuels, 11,0% utilisent irrégulièrement ; 24, 6% ne l'utilisent jamais et 47,0% sont les non praticables. Zannou D.M et All du Bénin a obtenu 25,5% de ceux qui l'utilisaient toujours lors des rapports sexuels, 50,0% de ceux qui

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

l'utilisaient souvent 7,3%, de ceux qui l'utilisaient parfois et 17,3% de ceux qui ne l'utilisaient jamais [22].

### **5.3. Rapport protégé chez les patients désirant un enfant :**

Dans notre étude 7,5% des enquêtés qui désirent avoir un enfant utilisaient toujours un préservatif ; 92,5% utilisaient parfois ; et 0% ne l'utilisaient jamais.

### **5.4. Rapport non protégé chez les patients ne désirant un enfant :**

Nous constatons que dans notre étude des enquêtés qui ne désirent pas avoir un enfant font toujours des rapports non protégés dans 24,5%; par contre 30,6% utilisent parfois un préservatif pendant les rapports ; et dans 44,9% les enquêtée utilisent toujours le préservatif.

### **5.5. Utilisation des moyens de contraception :**

Les moyens de contraception sont appliqués chez 35,2% de nos enquêté.

### **5.6. Partenaire informé :**

Dans notre étude 40,6% des patients n'ont pas informé leur partenaire sexuel de leur séropositivité. Ce résultat est inférieur à celui de Zannou D.M et All de Bénin qui a obtenu 77,6% [22]. Ce chiffre peut être expliqué par les réalités socioculturelles de notre pays par peur de ne pas être stigmatisée, ou même rejetée.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **A. CONCLUSION :**

Le traitement antirétroviral a permis une amélioration de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. Cette amélioration de l'état de santé des PVVIH; et l'avènement de la PTME dans la prise en charge des PVVIH fut une aubaine car réduisant le taux de contamination des nouveaux – nés, permet aussi, d'épargner assez de jeunes vies et par la même occasion restituer les femmes enceintes VIH+ dans leur droit de maman. Cette situation amène ces personnes à un désir de parentalité. Donc il est impératif de prendre en compte le désir d'enfant dans le suivi des PV.VIH pour réduire les risques de propagation de l'infection VIH.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

## **B. RECOMMANDATIONS :**

### **Aux autorités administratives et politiques :**

Promouvoir la formation continue des acteurs impliqués dans la PTME.

### **Aux personnels sanitaires :**

- Proposer la sérologie lors du bilan prénatal.
- Etablir une Collaboration entre des infectiologues, des gynécologues et des pédiatres au moment de l'accouchement pour la prise en charge des femmes infectées par le VIH.

### **Aux personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA :**

Confirmer vos désirs de procréer aux acteurs de santé.

Respecter les rendez-vous pour les analyses biologiques.

Consulter systématiquement le médecin traitant en cas d'aménorrhée.

Accepter de se faire suivre dans les centres PTME et y accoucher.

Partager votre statut sérologique avec votre conjoint

### **A la population :**

### **Aux familles des malades :**

Accompagner et soutenir les patients infectés et affectés par le VIH.

Veiller à l'assiduité des patients dans la fréquentation des USAC.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**REFERENCES :**

1. ONUSIDA/OMS

Le point sur l'épidémie du SIDA. Version 2007.

2. GARBA F. O.

Evaluation de l'observance aux traitements antirétroviraux chez la femme enceinte à l'USAC du CSRéf de la CV de Bamako.

Thèse de Pharmacie. Bamako 2008. N° : 08 – P – 45.

3. Aubry P. Sida tropical (Infection par le VIH/SIDA et tropiques)

Medicine tropicale. Actualités 2007

4. Anonyme, Avis, suivres des recommandation.

« Promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivants avec le VIH SIDA dans les pays du SUD »

5. DIALLO M S et Al.

VII congrès de la SAGO. IIème congrès de la SOMAGO. Abstract, 2003.

6. Willy Rosenbaum.

Chronologie infection à VIH in impact médecin- Guide infection à VIH 2001 ; 16 : p

7. Institut National de Recherche Pédagogique ;

Immunologie - SIDA

Mise à jour 14/ 02 / 2006.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



8. BATHYLI M. D.

Etude séro-épidémiologique de l'infection par le virus de L'immunodéficience humaine chez les adolescents de Bamako.

Thèse de Pharmacie. Bamako 2004.N° : 04 – P – 52.

9. DAKOUO M.

Résultats de suivi longitudinal d'une cohorte de 61 patients sous ARV au CHU du Point G.

Thèse de Pharmacie ; Bamako 2008 N° : 08 – P – 01

10. TRAORE D.

Accident d'exposition au sang cas VIH/SIDA chez le personnel socio-sanitaire de la commune V.

Thèse de Médecine Bamako 2007 N° :08 – M – 430.

11. P-M. GIRARD; C. KATLAMA; G. PIALOUX. VIH/SIDA. Paris DOIN ;  
Edition 2004.

12. PAGE A. GAY V. GOUET P.

Le cycle de réplication du VIH.Ecole Normale Supérieur de Lyon.

46, allée d'Italie 69007Lyon France ;

13. P- M- GIRARD; C- KATLAMA ET G- PIALOUX :

VIH/SIDA: Paris DOIN.

Edition 20029. Rozenbaum W.Les dossiers du praticien.

Guide SIDA 1997

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

14. Prévention de la transmission du VIH de mère à l'enfant (PTME) au Mali.

Manuel du participant octobre 2007. Page 18 ; 86.

15. Sida un glossaire.

Mise à jour novembre 2001 (Act Up- Paris)

16. NIANGALY S.

Evaluation de la dispensation des ARV chez les patients suivis à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

Thèse de Pharmacie Bamako 2007. N° : 07 - P – 61.

17. Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA du Mali

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

Mali: Janvier 2006.

18. DIAMOUTENE A.

Evaluation de l'observance du traitement ARV au centre hospitalier universitaire du point G.

Thèse de Pharmacie. Bamako 2006 N° : 06 – P – 47.

19. Dogoni O.

Les changements thérapeutiques pour les patients suivis sous antirétroviraux (ARV) au CESAC de Bamako.

Thèse de Pharmacie. Bamako 2008. N° : 08 – P – 03.

20. ONU/ SIDA/OMS

Le point sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA décembre 2002.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

21. CHEN JL, PHILIPS KA, KANOUSE DE, COLLINS RL, MIU A. Fertility desires and intentions of HIV-positive men and women. *Fam. Plann. Perspect.* 2001; 33 (4): 144-52, 165.

22. Désir d'enfant et VIH [.chiarello@wanado.fr](mailto:chiarello@wanado.fr)

(Les personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation à Cotonou, Bénin : Connaissances, attitudes et pratiques)

23. CM, FILIPE EV, BUGAMELLI L, GARCIA S, PAIVA V. - SANTOS NJ, BUCHALLA

Reproduction and sexuality in HIV-positive Women, Brazil. *Rev. Saude Publica* 2002; 36 (Suppl. 4): 12 –23.

24. SELWYN PA, CARTER J, SCOENBAUM EE, ROBERTSON VJ, KLEIN RS, ROGERS MF.

Knowledge of HIV Antibody Status and decision to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users. *JAMA* 1999; 261 (24): 3567-71.

25. AKA DAGO-AKRIBI H, MSELLATI P, YAPI D, WELFFENS-EKRA C, DABIS F.

Procreation and child desire of women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Psychological, Health & Medicine* 2001, 6 (3), 283-91.

26. AKA DAGO-AKRIBI H., CACOU M.C.

Désir d'enfant chez la mère séropositive ayant un enfant infecté par le VIH/SIDA. *African Population Studies/Etude de la Population Africaine* 2004, Sup. B, 19 (2) : 103-14.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

27. PAIVA V, FILIPE EV, SANTOS N, LIMA TN, SEGURADO A.

The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV.  
Reprod Health Matters 2003; 11 (22): 91-100.

29. WESLEY Y.

Desire for children among black women with and without HIV infection. J  
Nurs Scholarsh. 2003; 35 (1): 37-43.

**IX. ANNEXES :****Fiche signalétique :****Nom** : TRAORE**Prénom** : Mariam**Titre de Thèse** : Connaissances, attitudes, et pratiques des personnes vivant avec le VIH suivies à l'USAC CV face au désir de procréation.**Année** : 2011-2012**Ville de soutenance** : Bamako.**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS.**Secteur d'intérêt** : Infectiologie ; Gynécologie ; Obstétrique ; Santé publique.**RESUME :**

L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance, attitude et pratique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil pour les personnes vivant avec le VIH (USAC) face au désir de procréation.

Nous avons mené une étude prospective descriptive allant du 1er Janvier 2010 au 30 Novembre 2010 ; ayant porté sur des patients séropositifs au VIH, suivi au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Pendant cette étude nous avons enquêté 500 patients séropositifs parmi lesquels 147 patients sous traitement ARV exprimaient un désir d'enfant. Sur ces 500 patients 388 soit 77,6% étaient des femmes et 112 soit 22,4% étaient des hommes. Cette étude nous a révélé que la tranche d'âge de 29-39 ans était la plus représentée.

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

Les femmes au foyer représentaient 44,6% avec une prédominance des monogames (42,6%).

Les patients d'un niveau d'instruction primaire étaient majoritaires avec 39,2%. La presque totalité des patients étaient sous traitement ARV avec 84,8%, le statut sérologique a été partagé avec le partenaire sexuel dans seulement 30%. 439 soit 87,8% des patients avaient déjà eu au moins un enfant dans leur vie.

Le partage du désir d'enfant avec partenaire sexuel a été de 30% dans notre étude alors que le partage avec parent/ami ou agent de santé ont été respectivement de 8%et 5%.

Beaucoup exprime le désir d'enfant à cause du nombre d'enfant insuffisant et la majorité de ceux qui exprime le désir d'enfant ignoraient les risques liés à la procréation avec un taux 87,0%.La période de fécondité était mal connue dans 98,4%. Le taux d'observance était à 96,2%.

Mots clés : connaissance, attitude, pratique, désir d'enfant, VIH, USAC-CV.

## QUETIONNAIRE POUR L'ETUDE DE L'EVALUATION DE LA FREQUENCE DU DESIR D'ENFANT CHEZ LES PVVIH

Numéro du patient: /...../ Numéro d'enregistrement /...../

### SITUATION SOCIO DEMOGRAPHIQUE :

Nom: /...../ Prénom: /...../

Sexe: /...../ Age : /...../ 1 = 18-28 2 = 29-39 3 = 40- plus

Adresse: /...../ 1 = CI 2 = CII 3 = CIII 4 = CIV 5 = CV 6 = CVI

7 = autres.....

Résidence: /...../ 1 = Urbaine 2 = Rurale

Niveau d'instruction : /...../

1 = Primaire 2 = secondaire 3 = supérieur 4 = medersa 5 = non scolarisé

Profession : /...../

1 = Ménagère 2 = Cultivateur 3 = Secteur informel 4 = commerçant

5= Elève/étudiant 6 = Fonctionnaire 7 = Autres

Vivez-vous en couple ? /...../ 1 = Oui 2 = Non

Statut matrimonial : /...../

1= Mariage monogame 2 = Mariage polygame 3 = Divorcé(e)

4 = Veuf (veuve) 5 = Célibataire

Depuis quand connaissez vous votre statut ? : /..... / mois

Quel est votre Type de VIH ? : /...../ 1 = type1 2 = type 2 3 = type1+2

Êtes-vous sous ARV ? : /...../ 1 = Oui 2 = Non

Depuis quand vous êtes sous ARV ? : /...../ mois

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**FREQUENCE DU DESIR D'ENFANT :**

Avez-vous déjà eu d'enfant ? /...../ 1 = Oui 2 = Non Combien ?  
/...../

Avec votre partenaire actuel (le) ? /...../ 1 = Oui 2 = Non 3 = pas de  
partenaire

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

Depuis quand vous Désirez vous avoir un enfant ? /...../ mois

Quelles sont les raisons de votre désir d'avoir un enfant ? :

- Absence d'enfant ? /...../ 1= Oui 2 = Non
- Nombre insuffisant d'enfant ? /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Pression familiale ? /...../ 1= Oui 2 = Non
- Prescription religieuse? /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Nécessité culturelle? /...../ 1 = Oui 2 = Non

Quelles sont les raisons du non désir d'avoir un enfant ? :

- Nombre d'enfant suffisant? /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Etre infecté par le VIH? /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Couple séro différent : /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Couple séro positif : /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Absence de partenaire? /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Manque de moyen? /...../ 1 = Oui 2 = Non
- Age avancé? /...../ 1 = Oui 2 = Non

**CONNAISSANCE DES PVVIH FACE AU DESIR :**

Connaissez-vous les risques liés à la procréation ? :

Transmission à partenaire : /.... / 1 = Oui 2 = Non

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH  
face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de  
référence de la commune V du district de Bamako.*



Transmission à enfant : /.... / 1 = Oui 2 = Non

Surinfection : /.... / 1 = Oui 2 = Non

Connaissez- vous les possibilités de PTME ? /...../ 1 = Oui 2 = Non

Connaissez- vous l'importance du port de préservatif ? /...../ 1 = Oui

2 = Non

Connaissez-vous votre période de fécondité? /...../ 1 = Oui 2 = Non

3 = NA

Connaissez-vous la période de fécondité de votre partenaire? /...../

1 = Oui 2 = Non 3 = NA

Connaissez-vous l'impact de la fréquence des rapports sexuels sur

l'acquisition d'une grossesse? /...../ 1 = Oui 2 = Non

### **ATTITUDE DES PVVIH FACE AU DESIR DENFANT :**

Partage du statut sérologique avec partenaire sexuel : /...../ 1 = Oui

2 = Non 3 = pas de partenaire

Profil sérologique du partenaire: /...../ 1 = positif 2 = négatif 3 = ne sait pas

4 = NA

Partage désir avec une personne :

Partenaire sexuel : /...../ 1= Oui 2 = Non

Agent de santé : /...../ 1 = Oui 2 = Non

Parent/ami : /...../ 1 = Oui 2 = Non

Acquisition enfant après connaissance du statut sérologique : /...../

1 = Oui 2 = Non

Mode d'alimentation : /...../ 1 = régulier 2 = irrégulier

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*

**PRATIQUE COMPORTEMENT SEXUEL :**

Quelle est la fréquence de vos rapports sexuelle ? : /...../par semaine

1=pas de rapport 2 = 1 - 3, 3 = 4 - 6, 4 = 7 et plus

Utilisation du préservatif : /..... / 1 = régulier 2 = irrégulier 3 = non utilisation

Si non quelles sont les raisons ?/.../ 1 = refus partenaire 2 = manque de préservatif

Combien de rapport sexuel protégé par semaine /...../

Combien de rapport sexuel non protégé par semaine /...../

Utilisez vous des moyens de contraception? /...../ 1 = Oui 2 = Non

Utilisez vous des médicaments traditionnels ? /...../ 1 = Oui 2 = Non

Respectez vous des prescriptions médicales? /...../ 1 = Oui 2 = Non

**SUIVI DU PATIENT AU MOMENT DE ENQUETE :**

Temps de suivi:/...../ 1 = 1-6 mois 2 = 6-1 ans 3 = 1-3 ans

4 = 3 ans et plus

Poids au moment de l'enquête : /...../ Kg

Taux de CD4 au moment de l'enquête /..... / Cellule/ul

CV au moment de l'enquête : /..... / UL/ml

Etat psychologique :

Avez-vous l'estime de soi ? /...../ 1 = Oui

2 = Non

Avez-vous accepté votre maladie ? /...../ 1 = Oui

2 = Non

Etes-vous stigmatisés par votre entourage ? /...../ 1 = Oui

2 = Non

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



Etes-vous soutenu par votre entourage ? /...../ 1 = Oui 2 = Non

Etes-vous tabagique ? /...../ 1 = oui 2 = non

Etes-vous éthylique ? /...../ 1 = oui 2 = non

Menez-vous des activités physiques ? /...../ 1 = oui 2 = non

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH  
face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de  
référence de la commune V du district de Bamako.*

## **Serment d'Hippocrate :**

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

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

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

**Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.**

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

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

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

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

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

**Je le jure.**

*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*



*Connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH face au désir de procréation suivies à l'USAC au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.*