

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2008/ 2009

N°.....

THESE

VECU PSYCHOSOCIAL DES MERES INFECTEES PAR LE VIH DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 30/06/2009 devant la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Mlle Naïchata Dramane Traoré

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

JURY

Président

Professeur Mamadou Marouf KÉITA

Membre

Docteur Youssouf TRAORÉ

Co-directrice

Directrice de thèse

AU NOM D'ALLAH LE TOUT PUISSANT ET MISÉRICORDIEUX

Louange à Allah, l'unique et que la bénédiction et le salut soient sur l'ultime prophète.

Je dédie ce travail à :

TOUTES LES FEMMES SÉROPOSITIVES DE PAR LE MONDE ET PRINCIPALEMENT, AU MALI (BAMAKO).

TOUTES LES MÈRES SÉROPOSITIVES QUI, EN VOULANT DONNER LA VIE, SE BATTENT POUR EVITER LA TRANSMISSION DU VIH A LEUR DESCENDANCE.

AUX ORPHELINS DU SIDA ET CEUX QUI ONT ÉTÉ, DE PRÈS OU DE LOIN, TOUCHÉS PAR CETTE MALADIE.

Mon père : Dramane Traoré

Passionné de la connaissance et du savoir, voici devant toi le fruit de tant d'années de sacrifices. Tu t'es toujours battu pour mon éducation et ma réussite dans la vie et par la grâce de Dieu tu as devant toi un de tes rêves qui se réalise ;

Papa c'est le lieu de te dire merci de m'avoir soutenue jusqu'au bout ;

Ma maman que j'aime bien appeler : Nana Kadidia Coulibaly

Les mots me manquent pour te témoigner mon amour et ma reconnaissance ;

Je te remercie de tous les sacrifices que tu as faits pour nous (mes frères et sœurs) ;

Toute notre reconnaissance et notre gratitude ;

Feux mes grands pères : Que vos âmes reposent en paix, j'aurai souhaité vous connaître et que vous soyez des nôtres en ce jour solennel pour assister à l'accomplissement de cette œuvre mais le Bon Dieu en a voulu autrement ;

Notre grand-mère paternelle : Alimata Berthé

Que le bon Dieu te donne encore longue vie;

Feue notre grand-mère maternelle : Aminata Coulibaly

Que ton âme repose en paix ;

Mon grand frère Mohamed Dramane Traoré :

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour toi, merci pour ton affection et ton soutien ;

Mes frère et sœur : Mme Sissoko Alimata, Mme Basse Aminata, Souleymane Dramane Traoré, Issa Dramane Traoré

Merci pour votre solidarité, votre soutien et votre compréhension. Que le bon Dieu vous donne une longue vie et nous assiste dans tout ce que nous entreprendrons ;

Ma petite sœur chérie Fatou Dramane Traoré

Tu as été ma compagne de lutte durant ce long parcours de tant d'années de fac de médecine. Tu m'as émerveillée par ta vivacité d'esprit, ton courage et tes capacités intellectuelles ; voici le fruit de nos nuits de veille communes, et surtout ne change pas, bonne chance et bon courage, car il reste beaucoup à faire ;

Mes amies et amis: Hatouma Samoura, Dr N'diaye Aboubacar Sidiky, Mme Sissoko Mariam Kané, Dr Aminata Kéïta, Dr Dama Aïssata Coumba Coulibaly, Alima Traoré, Mohamed Niangado, Omar S Diop, Dr Cheick O Koné, Dr Oumar Traoré.

Merci pour votre soutien, votre écoute, vos conseils et votre compréhension, que le bon Dieu vous bénisse.

A l'Afrique tout entière :

Que la recherche de la santé et du développement soit la priorité de tes fils.

A ma chère patrie, le MALI, Allah le tout puissant qui m'a permis de réaliser ce travail, puisse que de toi la scintillation de mon émanation rehausse majestueusement ta légitime gloire ;

Au corps professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako, Merci pour l'encadrement exemplaire ;

A mes oncles, tantes, cousins, cousines, neveux et nièces ;

A mon oncle Oumar Traoré, ton enthousiasme, ton affection, ton soutien, ton sens du devoir ont contribué à la réalisation de ce travail. Trouve ici toute mon affection et ma reconnaissance ;

A toute la famille Traoré, Coulibaly, Samoura, Kéïta, Sangaré, Diallo, Sissoko, Basse, Mangara.

A mon cher ami Dr Patrice Dembélé, ta gentillesse et ta générosité vont au-delà de tous les mots, je ne saurai jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Que le bon Dieu t'assiste dans tout ce que tu entreprendras.

Au Professeur Sylla Mariam, vous êtes notre référence, avec le plus grand respect toute notre admiration et notre gratitude infinie. Nous sommes honorés de vous avoir côtoyé.

A Dr Fatoumata Dicko Traoré Vous êtes pour moi une référence, une grande sœur, une formatrice consciencieuse, engagée, ayant le souci du travail bien fait. Vous m'avez beaucoup appris et aidé à la réalisation de ce

travail, qui est aussi le tien. Que le bon Dieu vous prête longue vie et vous ouvre les portes de la connaissance et du succès.

A mes camarades depuis la maternelle jusqu'à la faculté de médecine

tant de choses apprises ensemble.

A tous mes maîtres depuis la maternelle jusqu'à la faculté de médecine.

Voici votre œuvre commune, gratitude infinie.

A tout ce qui de près ou de loin m'ont aidé dans mon travail, sincère gratitude.

A tout le personnel de la pédiatrie de l'HGT et particulièrement de la

Réa Pédiatrie, ce fut un plaisir d'évoluer parmi vous. Je reconnais aujourd'hui l'impact positif des relations humaines sur la performance au travail. Je vous remercie très sincèrement.

A toute l'équipe de PTME (anciens et nouveaux) Dr Afo, Dr Clémentine, Dr Assetou, Dr Seydou, Dr Sengou, Dr Nia, Dr Kady, Mariam Katilé.

Votre gentillesse et votre disponibilité n'ont jamais manqué au rendez-vous. Surtout ne changez pas car ces femmes et leurs enfants trouvent en vous le soutien moral qu'ils attendent.

A tous les organismes, tous les services, toutes les personnes

Qui ont toujours été un soutien inestimable dans la PTME :

- mes Maîtres : Pr Mariam Sylla, Dr Fatoumata Dicko, Dr Youssouf Traoré, Dr Dramane Koné, Dr Malick Traoré, Dr Salimata Souaré.
- les infirmières de la pédiatrie impliquées dans la PTME
- les internes et le personnel du service de Gynéco-obstétrique et de pédiatrie du CHU Gabriel Touré impliqués dans la PTME
- les anciens et nouveaux internes et le personnel de la pharmacie de l'HGT
- le personnel de l'INRSP
- les internes et le personnel du service de gastro-entérologie de l'HGT

- le personnel des laboratoires du CHU GT et Algi
- les animatrices de l'AFAS, AMAS et de Sabounyouma
- Tout les membres de MEDAF France et de MEDAF Mali
- ESTHER

A tous les camarades de promotion : pour votre franche collaboration ;

A tous ceux dont les noms ont été omis, l'œuvre humaine n'a jamais été parfaite, recevez ici mes remerciements ;

A notre Maître et président du jury

Professeur Mamadou Marouf KEITA

- **Professeur honoraire de Pédiatrie**
- **Ancien chef de service de la pédiatrie de l'Hôpital**

GABRIEL TOURE

- **Président du comité d'éthique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**
- **Membre fondateur de l'AMLUD**
- **Président de l'association des Pédiatres du Mali**
- **Médaillé du mérite national de la santé**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre dévouement, votre esprit d'écoute, votre sens de l'humanisme et votre sens du travail bien accompli ont forcé notre estime et notre admiration.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre plus haute considération.

A notre Maître et juge
Dr Youssouf TRAORÉ

- **Médecin Hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Secrétaire Général de la SOMAGO**
- **Maître assistant de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

C'est un honneur considérable et un réel plaisir de vous voir accepter de siéger dans ce jury.

Votre ouverture d'esprit, votre accessibilité, votre rigueur dans le travail, et surtout votre humanisme qui se traduit tous les jours par les soins que vous offrez aux femmes séropositives, font de vous un maître exemplaire.

Veillez trouver, dans ce modeste travail, le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directrice de thèse.

Professeur Mariam SYLLA

- Professeur agrégée de Pédiatrie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**
- Chef de l'unité de réanimation et de néonatalogie du service de Pédiatrie**

Cher Maître, nous vous sommes particulièrement reconnaissants d'avoir accepté de diriger ce long travail, malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre modestie, ainsi que votre niveau de connaissance intellectuelle associé à vos qualités de pédagogues vous érigent en véritable modèle à suivre.

Avec le plus grand respect, toute notre admiration et notre dévouement, nous sommes honorés de vous avoir côtoyé.

A notre Maître et co-directrice de thèse

Dr Fatoumata DICKO TRAORÉ

- Médecin hospitalière au CHU Gabriel Touré

- Maître assistant de Pédiatrie à la Faculté de

Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Vous avez initié ce travail, après toutes ces années passées ensemble.

Vous nous avez enseignée les vertus de la simplicité et du réalisme vis-à-vis des patients.

Si nous avons apprécié votre détermination, votre disponibilité, votre simplicité, votre grand sens de l'humanisme et votre rigueur dans le travail, ce sont surtout votre abnégation et votre courtoisie naturelle qui ont le plus retenu notre attention.

Avec le plus grand respect, soyez assurée de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

- 3TC** : Lamivudine
- ACTG** : AIDS clinical trials group
- ADN** : Acide désoxyribonucléique
- AMLUD** : Association Malienne de Lutte contre la Drépanocytose
- ANRS** : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
- ARN** : Acide ribonucléique
- ARV** : Anti-rétroviral
- AZT** : Zidovudine= ZDV
- BCG** : Bacille de Calmette et Guérin
- BLV** : virus de la leucémie bovine
- CaEV** : Virus de l'arthrite et de l'encéphalite de la chèvre
- CANFAR** (Canadian Foundation Research/ fondation canadienne de recherche sur le sida dans le monde)
- CCC** : Communication pour un changement de comportement
- CD4** : Cellule de différenciation
- CDC** : Center for disease control
- CES** : Certificat d'Etudes Spécialisées
- CESAC**: Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de conseils
- Cf** : confère
- CHUGT** : centre hospitalier universitaire Gabriel Touré
- CHUHPG** : centre hospitalier universitaire du Point G
- CNESS** : Comité National d'Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie
- CV**: Charge virale
- CVD-MALI**: Centre pour le développement des vaccins Mali (center for vaccine development)
- CPN** : Consultation prénatale

CS Réf : Centre de santé de référence

CSCOM : Centre de santé communautaire

Créat : Créatinine

D4t : Stavudine

Ddi : Didanosine

DEAP: Département d'épidémiologie et des affections parasitaires

EIAV : Virus de l'anémie infectieuse du cheval

ELISA: Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay

EDS/M : Enquête démographique et de santé Mali

EFV : Efavirenz

EPF : Enquête périnatale française

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

FeLV : Virus de la leucémie féline

FMPOS : Faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie

HTLV : Human T-lymphocyte Virus

IgG : Immunoglobuline G

IP : prévention des infections

IMAARV: Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IO : Infections opportunistes

IP : Inhibiteur de la protéase

IST: Infection sexuellement transmissible

J7 : 7 jours

MEDAF : Association de médecin d'Afrique / International

MLV : Virus leucémogène murin

MSV : Virus sarcomatogène murin

NFS : Numération formule sanguine

NVP : Névirapine

NSI : Non Inducteur de Synticia

OCCGE : Organisation de Coopération et de Coordination des grandes endémies

OMS: Organisation mondiale de santé

ONU: Organisation des nations unies

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PCR : Polymerase Chain Reaction

PLNS : Programme national de lutte contre le sida

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

PVVIH : personne vivant avec le VIH

RSV : Virus du sarcome de Rous chez le poulet

RT : Transcriptase reverse (terme anglo-saxon)

RTV : Ritonavir (r)

SA : Semaines d'aménorrhées

SI : Inducteur de Synticia

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SOMAGO : Société malienne de gynéco-obstétrique

SQV : Saquinavir

TME : Transmission mère enfant

TMF : Transmission materno-foetale

UNICEF : United nations international children's emergency fund (fonds des nations unies pour l'enfance)

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....1

OBJECTIF.....	3
II- GÉNÉRALITÉS.....	4
1- LE VIH/SIDA.....	4
2- BIOLOGIE DU VIH.....	5
3- ÉPIDÉMIOLOGIE.....	6
4- PARTICULARITÉ DE L'INFECTION A VIH CHEZ LA FEMME.....	7
4.1. FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ.....	8
4.2. LA STIGMATISATION.....	14
4.3. PRÉVENTION DE L'INFECTION A VIH CHEZ LA FEMME.....	16
5- TRANSMISSION MÈRE ENFANT.....	18
6- PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT.....	20
III- MÉTHODOLOGIE.....	33
1- CADRE ET LIEU D'ÉTUDE.....	33
2- TYPE D'ÉTUDE.....	36
3- PÉRIODE ET DURÉE D'ÉTUDE.....	36
4- POPULATION D'ÉTUDE.....	37
5- CRITÈRES D'INCLUSION.....	37
6- CRITÈRES DE NON INCLUSION.....	37
7- ÉCHANTILLON.....	37
8- DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	37
9- ASPECT ÉTHIQUE.....	38
10- RECUEIL DES DONNÉES ET VARIABLES ÉTUDIÉES.....	38
11- SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES.....	38
IV- RÉSULTATS.....	39
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	63
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	78
VII- RÉFÉRENCES.....	80
VIII- ANNEXES.....	87

INTRODUCTION

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) est responsable de plus de 25 millions de décès depuis qu'il a été identifié en 1981, ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire de l'humanité.

Malgré un accès récemment amélioré aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, on estime que 33 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007 [1].

Au cours de l'année 2007 on a relevé 2,7 millions de nouvelles infections à VIH ainsi que 2 millions de décès liés au SIDA [1].

Le taux de nouvelles infections a chuté dans plusieurs pays, mais à l'échelle mondiale, ces tendances favorables sont partiellement compensées par l'augmentation des nouvelles infections dans d'autres pays.

L'Afrique subsaharienne abrite deux tiers (67%) des personnes vivant avec le VIH dans le monde [1].

Le Sida est aussi une maladie de femmes. Ce constat sonne comme une évidence, même s'il est encore loin d'être perçu comme tel.

Les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection VIH ainsi qu'aux conséquences de l'épidémie. Elles courent deux fois plus de risque d'infection au VIH que les hommes, lors d'un seul rapport sexuel non protégé [2].

Dans de nombreuses régions, la maladie progresse plus vite parmi les femmes [2].

En Afrique subsaharienne, les femmes sont infectées plus souvent et plus tôt dans leur vie que les hommes. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans courent un risque de 2 à 6 fois plus élevé d'être infectées que les hommes du même âge [3].

A l'échelle mondiale, les femmes représentent la moitié de toutes les infections à VIH ; cette proportion reste stable depuis plusieurs années [1].

Vu l'absence de thérapeutique radicale, avec un taux de mortalité élevée, l'infection à VIH constitue un grave problème de santé publique.

Les femmes et les enfants constituent les cibles les plus vulnérables depuis le début de cette pandémie.

On estime que 370 000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH en 2007, le nombre d'enfants vivant avec le VIH est passé de 1,6 millions en 2001 à 2 millions en 2007 et près de 90% d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne [1].

Actuellement 3 millions d'enfants sont sous ARV en Afrique [4].

L'augmentation de la proportion de femmes touchées par l'épidémie se poursuit.

Environ 30% des femmes au cours de la grossesse sont dépistées et reçoivent un traitement en Afrique (ONU/SIDA 2007) [4].

L'infection par le VIH suscite chez les malades, les familles, la communauté et les soignants des représentations diverses modifiant les relations sociales. Les femmes séropositives et leurs enfants parmi lesquels certains peuvent être infectés à travers la transmission mère – enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, ou l'allaitement maternel, souffrent également des conséquences de la stigmatisation et de la discrimination : pauvreté, isolement et mauvaise santé [5].

De plus, si une femme est rejetée par sa famille et sa communauté, il est très probable que ses enfants soient aussi rejetés et marginalisés lorsqu'elle décède [5].

Depuis 2001, le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako assure la prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH.

De nombreux travaux au niveau de l'unité de prise en charge se sont penchés sur les caractéristiques cliniques et biologiques des enfants. Aucune ne s'est intéressée à l'évaluation du vécu psychosocial des mères d'où l'initiation de la présente étude.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier le vécu psychosocial des mères infectées par le VIH dans le service de pédiatrie ;

2. Objectifs spécifiques :

- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des mères.
- Décrire les difficultés conjugales liées au VIH chez la patiente.
- Décrire les difficultés avec l'entourage de la patiente.
- Décrire les difficultés liées à l'alimentation de l'enfant.
- Décrire la perception de la maladie par la patiente.

GÉNÉRALITÉS

1. Le VIH/SIDA

1.1. Définition

Le SIDA (acronyme de syndrome immunodéficientaire acquis). Maladie infectieuse contagieuse, transmissible par voie sexuelle ou sanguine, représentant la phase terminale de l'infection par le VIH (HIV en langue internationale) [6].

D'après la définition du dictionnaire Le Petit Larousse : [6]

- un syndrome est l'ensemble de signes, de symptômes qui appartiennent à une entité clinique, mais dont les causes peuvent être diverses.
- L'immunodéficiency est une insuffisance fonctionnelle du système immunitaire.
- Le terme 'Acquise' signifie tout simplement que le SIDA n'est pas une maladie héréditaire mais due à un agent mis accidentellement au contact du malade.

1.2. Historique du VIH/SIDA [7]

Les premiers cas de sida ont été décrits aux Etats-Unis, au début des années 1980 au CHU de Californie à Los Angeles par l'équipe de recherche du docteur Michael Gottlieb. A cette époque, on ne parlait pas encore de sida (Syndrome d'immunodéficiency Acquise) pour décrire le syndrome d'immunodéficiency inexpliqué : il portait plusieurs noms, dont le 'gay syndrome', car il fut initialement identifié chez des homosexuels. Les défenses immunitaires des malades étaient considérablement amoindries. Divers agents pathogènes, bactéries, virus, parasites, normalement peu infectieux, profitèrent de cet état pour proliférer et provoquer des affections assez graves et jusqu'alors rares : pneumonies à *Pneumocystis carinii*, ou un cancer appelé 'sarcome de Kaposi', par exemple.

En mai 1981, alors que les patients étaient décédés, le Dr Gottlieb décidait d'envoyer leur dossier médical au Center of Disease Control d'Atlanta qui diffusa la nouvelle dans tous les U.S.A. Cela permit de recenser 31 cas

identiques à ceux du Dr Gottlieb en moins de 15 jours et touchant toujours la communauté homosexuelle masculine. Déjà en juin 1981, un cas avait été détecté en France à l'hôpital Claude Bernard de Paris, chez un homosexuel. A la fin de l'année 1981 les premières études montrent que cette affection, jusque là inconnue, se transmettait par voie sexuelle et sanguine et qu'elle ne frappait pas que les homosexuels. Les américains décidèrent alors d'appeler cette affection AIDS pour syndrome d'immunodéficience Acquisée. En 1985, les premiers tests de dépistage sont mis sur le marché et les premiers essais thérapeutiques par l'AZT sont réalisés aux U.S.A. Une conférence mondiale sur le SIDA fut organisée à Atlanta (USA) avec près de 3.000 participants, mais ne permit pas d'élucider la complexité.

2. BIOLOGIE DU VIH

2.1. Classification [8]

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus et sont très largement répandus parmi les diverses espèces animales. Ils sont définis essentiellement par leur mode de réplication. Le génome de ces virus, constitué de deux copies d'ARN simple brin de polarité positive, de haut poids moléculaire (environ 10 Kb), est en effet transcrit en un ADN bicaténaire grâce à une enzyme contenue dans le virion et caractéristique de cette famille : la transcriptase inverse (ou RT, terme anglo-saxon *reverse transcriptase*). La famille des rétrovirus, qui recouvre en fait toute particule virale possédant une transcriptase inverse, est classée selon des critères morphologiques et/ou phylogénétiques.

Elle se divise en trois grands groupes répartis selon les critères de pathogénie et des paramètres de phylogénétique :

- Les oncovirus à ARN : plus répandus, ils sont responsables de maladies à évolution rapide (virus sarcomatogènes possédant un oncogène. Ex : RSV, MSV) et de maladies à évolution lente (virus leucémogènes sans oncogène Ex: FeLV, MLV, HTLV-1 et HTLV-2, STLV, BLV).
- Les lentivirus responsables de maladies à évolution lente (pneumonies, troubles du système nerveux central). Ex : EIAV, CaEV, VIH-1, VIH-2.

- Les spumavirus identifiés chez de nombreux mammifères ne sont associés à aucune pathologie chez l'homme et l'animal.

2.2. Structure du virus de VIH [7]

Comme un rétrovirus à ARN, le matériel génétique du virus est codé en ARN qui est rétro transcrit en ADN grâce à une enzyme, la transcriptase inverse. Sa morphologie est également comparable à celle des autres rétrovirus. Les particules matures ont un diamètre de 90 à 120 nanomètres et bourgeonnent à la surface de la cellule infectée. La structure des VIH est similaire ; seuls changent les poids moléculaires des protéines et enzymes constitutives de ce virus. Le génome des VIH, sous forme d'ADN, a une longueur d'environ 9200 nucléotides et est flanqué de chaque côté par des séquences répétitives qui, après rétro-transcription, donneront les LTR (Long Terminal Repeat). Ces derniers jouent un rôle essentiel dans l'intégration du virus et sa transcription.

Comme tous les rétrovirus, les VIH ont trois gènes de structure : gag, pol, et env, codant respectivement les protéines internes, les trois enzymes virales et les glycoprotéines d'enveloppe. Les VIH ont une organisation génomique complexe virale, qui s'exprime principalement lors de la multiplication du virus dans la cellule. On en compte six au minimum : tat, rev, nef, vif, vpr, et vpu. Leurs fonctions exactes ne sont pas toujours bien connues. L'homologie globale entre VIH-1 et VIH-2 est de l'ordre de 50%, assez forte au niveau des protéines internes et plus faible au niveau des glycoprotéines d'enveloppe (39%).

3. ÉPIDÉMIOLOGIE :

3.1. Dans le monde :

Malgré de nombreuses campagnes de prévention réalisées depuis l'apparition du virus du SIDA en 1981, il a fait plus de 30 millions de morts et on note près de 6000 morts par jour [9].

Au cours de l'année 2007, 2,5 millions de personnes ont contracté le VIH, d'après le Directeur Exécutif de l'ONU/SIDA [2].

En 2007, l'ONU/SIDA estime à 33 millions le nombre de personnes atteintes du VIH [2].

3.2. En Afrique :

Découvert il y a 20 ans, le SIDA a ravagé le monde, et l'Afrique Subsaharienne qui abrite 67% des adultes et enfants infectés dans le monde est particulièrement touché [9].

L'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale mais 35% des personnes infectées et 38% des décès dus au sida dans le monde se trouvent en Afrique Australe [9].

30% des femmes sont dépistées au cours de la grossesse et reçoivent un traitement en Afrique [2].

Environ 3 millions d'enfants sont actuellement traités en Afrique (ONU/SIDA 2007) [2].

3.3. Au Mali

La prévalence du VIH au Mali est de 1,3 % [10].

En juin 2000, les estimations globales publiées par l'ONU/SIDA donnaient une séroprévalence de 2,7 % en milieu urbain et 2,9% en milieu rural chez les femmes enceintes vues en CPN au Mali [11].

En Août 2002, un programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) a démarré dans le District de Bamako au niveau de 5 sites. Après 8 mois de mise en œuvre chez les femmes enceintes vues en Consultation Périnatale (CPN), une séroprévalence de 3,6 % a été établie [11]. La Prévalence chez les femmes en âge de procréer (15-49) est de 1,4% en 2006 [10].

4. PARTICULARITÉS DE L'INFECTION À VIH CHEZ LA FEMME

Les particularités de l'infection à VIH chez la femme présentées ici sont relatives aux facteurs de vulnérabilités à la stigmatisation et aux aspects spécifiques à la prévention du risque d'infection chez les femmes.

4.1. FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ [12]

La vulnérabilité de la femme face au VIH/SIDA est liée à plusieurs facteurs liés à ses spécificités physiques et biologiques, mais aussi à son statut socioéconomique, dans un contexte culturel africain de pauvreté.

4.1.1 Facteurs de vulnérabilités biologiques

- **Les facteurs de risque physiologique:**

Sur le plan de la transmission du VIH lors des rapports hétérosexuels, les femmes présentent une vulnérabilité plus importante que les hommes.

La transmission d'un homme à une femme pendant les rapports sexuels a deux à quatre fois plus de risque de se produire que la transmission d'une femme à un homme. En effet, la zone de muqueuse exposée au virus pendant les relations est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus. Ceci est particulièrement vrai chez les jeunes filles, dont le col de l'utérus immature et la faible production de mucus vaginal ne procurent qu'une mince barrière contre les infections. En outre, la concentration du virus est plus importante dans le sperme que dans les sécrétions vaginales et le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin.

Les femmes sont encore plus vulnérables lors de certaines périodes de la vie génitale : les rapports sexuels pendant les règles, la grossesse, la période suivant l'accouchement, la ménopause.

Chez les femmes après la ménopause, une diminution de la lubrification vaginale et l'amincissement de la paroi interne du vagin augmentent le risque de contracter le VIH, puisque la relation sexuelle se produit dans un vagin plus sec, où la muqueuse est plus susceptible de se déchirer ou se fissurer. Le VIH peut alors entrer facilement dans le corps de la femme par ces fissures.

Aussi des rapports anaux violents, non protégés, peuvent entraîner des déchirures et des saignements facilitant l'entrée du virus.

- **Les facteurs de risque sexuels :**

Ces facteurs sont liés à la vie sexuelle de la femme qui peut être très facilement infectée, en particulier à l'occasion de certaines pratiques.

➤ Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;

Il existe une aggravation du risque de transmission du VIH en cas d'infection sexuellement transmissible non traitée chez l'un ou l'autre des partenaires.

L'existence d'une IST multiplierait par dix le risque de transmission du VIH.

Malheureusement, ces IST passent inaperçues chez la femme, en effet dans 50 à 80% des cas, les femmes qui ont contracté une IST l'ignorent en raison de l'absence de signes pathognomoniques. De plus, lorsqu'elles sont monogames, elles pensent être protégées.

➤ Les mutilations de l'appareil génital ;

Selon la définition de l'OMS de 1997, «les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques».

Ainsi l'importante vascularisation du clitoris, la nature des mutilations et les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles ces actes sont souvent pratiqués favorise la transmission du VIH.

➤ L'insertion de corps étrangers dans le vagin

Il s'agit de plantes, d'objets, de préparations divers et de douches vaginales ; en effet, certaines femmes africaines ont des pratiques d'assèchement du vagin qui varient selon les cultures ; et ce, afin «d'améliorer» la qualité de la pénétration. Il s'agit, entre autres de :

- Dépôt de tissu pour absorber les sécrétions.
- Décoction de plantes pour faire la toilette intime.
- Dépôt de feuilles malaxées dans le vagin pour en rétrécir et en raffermir l'ouverture.
- Dépôt d'une variété de pierre aux vertus aspirantes.
- Utilisation de gros sel (en particulier au Cameroun), de gingembre à l'intérieur du vagin pour aspirer les sécrétions.

Or, différentes études ont montré que l'insertion de plantes, de préparations traditionnelles et d'objets étrangers dans le vagin peut provoquer des

inflammations, des abrasions et des infections augmentant ainsi le risque de transmission du VIH.

➤ Le rôle de la contraception ;

Les contraceptifs oraux les dispositifs intra-utérins (DIU) et la stérilisation assurent une protection efficace contre la grossesse, mais ils ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le sida.

4.1.2. Facteurs de vulnérabilité culturelle

La vulnérabilité culturelle est liée à l'exclusion de beaucoup de femmes du système éducatif en Afrique.

Dans un tel contexte où la sexualité est un sujet véritablement tabou, la communication et l'éducation à la prévention du VIH et du Sida sont insuffisants.

Pour que les messages de prévention aient un véritable influence sur les femmes, leurs valeurs et leurs références culturelles doivent être prises en considération en adaptant le contenu de ces messages ; cela doit aussi s'accompagner d'un accès facile à l'éducation.

En effet, en Afrique, les filles ont moins accès à l'éducation. Or c'est par ce biais, en particulier par l'intermédiaire de l'école, que les filles pourront se développer leur esprit critique et leur capacité d'analyser les situations avant d'agir ; cela faciliterait leur capacité de négociation de la relation sexuelle face à l'homme.

Beaucoup de filles sont ignorantes en ce qui concerne le VIH et la sexualité.

En effet, dans la plupart des pays africains, les normes sociales imposent une ignorance dangereuse aux filles et aux jeunes femmes pour ce qui concerne les questions sexuelles. Ce manque de connaissance amplifie les facteurs de risque liés au VIH.

Par ailleurs, les filles sont l'objet de pratiques culturelles dangereuses liées à la sexualité. Les mutilations sexuelles infligées aux femmes favorisent la propagation du virus lorsque des instruments non stérilisés sont utilisés. De plus, les séquelles engendrées par ces pratiques rendent souvent les victimes plus réticentes aux relations sexuelles, ce qui peut provoquer des relations de violence de la part de leur partenaire et également les amener à adopter

des pratiques pouvant favoriser la transmission du VIH telles que le coït anal non protégé.

Dans les cultures où il est vital que les filles soient vierges au moment du mariage, elles s'adonnent parfois à des pratiques sexuelles dangereuses. En raison des fortes normes de virginité et de la culture du silence sur les questions sexuelles, la demande de soin auprès des structures spécialisées dans le traitement des infections sexuellement transmissibles peut être très stigmatisante pour les femmes séropositives pour le VIH.

Dans certaines populations, la maternité est valorisante pour les femmes et perçue comme un idéal féminin. Le recours à des moyens contraceptifs ou à des rapports sexuels protégés représente donc un dilemme d'importance pour ces femmes.

Au sein de certaines ethnies d'Afrique, lors du décès de leur mari, les femmes se voient imposer des pratiques sexuelles à risque. Il s'agit par exemple de «l'héritage de la veuve» ou «héritage de l'épouse» et des rites sexuels de purification. Dans le cas de «l'héritage de la veuve», un proche du mari prend sa veuve pour épouse, parfois dans un cadre de polygamie. Le rite de purification consiste, quant à lui, à organiser une relation sexuelle avec un étranger payé par la famille du mari décédé dans le but de la « nettoyer des mauvais esprits du défunt ». Ces rites ont souvent lieu dans un contexte de violence et sont rarement protégés. Ces femmes subissent ces pratiques avec le risque d'être infectées par le VIH car les refuser conduirait à l'exclusion sociale ou au viol.

Les Nations Unies ont défini les termes "violence à l'égard des femmes". Ils désignent tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant occasionner aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

Nous avons aussi la violence au sein de la famille qui comprend les sévices infligés par le partenaire intime, les violences sexuelles contre les fillettes, les mutilations génitales.

D'autres formes de violence dans le milieu social s'expriment par le viol, les violences sexuelles, le harcèlement sexuel et agressions sur le lieu de travail, dans les foyers, les écoles. Entre également dans cette catégorie, la traite des femmes, la prostitution forcée et les sévices commis par des groupes armés, notamment dans les pays en guerre.

4.1.3. Facteurs de vulnérabilité sociale

Les femmes ont encore un statut social défavorable qui ne fait qu'accroître leur vulnérabilité. Dans les pays en développement, il existe un écart considérable entre les hommes et les femmes dans l'éducation, le revenu, les possibilités d'emploi, la santé, l'accès au pouvoir et à la prise de décisions. Ces disparités sont à l'origine des écarts dans l'accès aux soins et aux traitements des femmes vis-à-vis des hommes. Il est difficile aux femmes dans de nombreuses régions du monde d'avoir accès aux soins de santé, d'obtenir un soutien lorsqu'elles sont enceintes ou de savoir si elles sont porteuses du VIH ou pas. Cette situation est aussi liée à plusieurs facteurs comme l'éloignement des centres de soins, le coût élevé d'un examen médical, les responsabilités professionnelles ou familiales, la crainte de représailles de la part du mari ou de l'entourage proche.

L'épidémie du sida a véritablement un impact disproportionné sur les femmes par rapport aux hommes.

La définition sociale de leur rôle de soignantes, d'épouses, de mères et de grands-mères fait que les femmes assument la plus grande part du fardeau du sida. Quand la maladie ou la mort entraîne l'appauvrissement de la cellule familiale, les femmes et les filles, en situation d'infériorité sur le plan socio-économique, sont les plus gravement affectées.

En dispensant des soins aux membres de leur famille ou à d'autres personnes atteintes de maladies liées au VIH et au sida, les femmes et les filles perdent ainsi des occasions d'améliorer leur sort car elles n'ont plus le temps de mener des activités génératrices de revenus, d'améliorer leur éducation ou de transmettre un savoir-faire.

Le sida contribue donc à la féminisation de la pauvreté et à la marginalisation des femmes, notamment dans les régions qu'il touche le plus durement.

4.1.4. Facteurs de vulnérabilités économique et juridique

Les femmes sont tributaires des hommes sur le plan économique et financier.

Le pouvoir économique qui permettrait aux femmes de négocier la fidélité ou l'usage du préservatif leur fait défaut. Par conséquent, sur le plan sexuel, elles sont exposées au pouvoir prédominant des hommes, voire à leur violence, dans certaines situations.

Dans les pays en voie de développement, au cours de la dernière décennie, le fossé a continué de se creuser entre les femmes et les hommes. C'est ce que certains ont qualifié de « féminisation de la pauvreté. »

Les femmes pauvres ont souvent recours à la prostitution. En effet, l'impact disproportionné de la pauvreté sur les femmes et les jeunes filles les pousse au commerce sexuel comme mode de survie. Ces rapports sexuels transactionnels sont le reflet, d'une part, de la situation économique supérieure des hommes et d'autre part, des difficultés des femmes à satisfaire leurs besoins fondamentaux. A cela s'ajoute la valeur culturelle que les hommes attribuent à la possession de partenaires sexuelles multiples, dans le cadre de la polygamie, notamment.

Sur le plan juridique, il apparaît que les femmes sont souvent l'objet de lois discriminatoires. Partout dans le monde, les femmes et les filles courent davantage le risque d'être pauvres et démunies, moins instruites, d'avoir un accès plus limité à la terre, au crédit ou à des liquidités, ainsi qu'aux services sociaux.

Dans bon nombre de pays, le droit de la femme au divorce, à la propriété et à l'héritage n'est pas reconnu ; dans d'autres pays, ce droit est mal appliqué, même s'il est officiellement reconnu. Souvent les femmes acquièrent le droit de posséder des terres et des biens en se mariant. En cas de répudiation ou de divorce, ces droits deviennent caducs et elles sont généralement dépossédées de ces biens.

4.2. LA STIGMATISATION [13]

4.2.1. Aspects de la stigmatisation

La stigmatisation liée au SIDA est complexe, dynamique et profondément enracinée. Les points ci-dessous peuvent offrir aux programmes de PTME un cadre pour élaborer et mettre en œuvre des interventions visant à juguler la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA.

Les attitudes et les actions peuvent être stigmatisantes

Il arrive souvent que des personnes ne soient pas conscientes du caractère stigmatisant de leurs attitudes et actions vis-à-vis des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Une parole, une action ou une croyance peut être involontairement discriminatoire à l'égard d'une personne infectée par le VIH ; de telles attitudes sont parfois contradictoires par rapport aux convictions de leurs auteurs.

Par exemple :

- Une personne qui est contre la stigmatisation ou la discrimination peut en même temps croire que les PVVIH qui adoptent des comportements “immoraux” méritent bien leur sort, ou qu'ils sont punis par Dieu en raison de leurs péchés.
- Quelqu'un qui affirme savoir que le VIH ne se transmet pas par un simple contact peut néanmoins refuser d'acheter de la nourriture chez un commerçant infecté ou ne pas permettre à sa famille d'utiliser des ustensiles qu'une PVVIH a utilisés.

Le langage peut traduire la stigmatisation

Le langage est important dans la manière dont la stigmatisation est exprimée. Le choix des mots pour parler du SIDA ou s'adresser à une PVVIH peut involontairement stigmatiser. Le langage peut être stigmatisant par l'utilisation de référents péjoratifs à l'endroit des PVVIH. Les habitants de certains pays parlent du SIDA sans prononcer le mot, mais indirectement, par exemple en disant “la maladie dont on nous a parlé,” et qualifient les PVVIH de “cadavre ambulante” ou de “celui qui va mourir”, “de sidéen”, “de la maladie de la fin du monde”, etc.

L'ignorance et la peur entretiennent la stigmatisation

L'ignorance et la peur agissent de manière inattendue pour pérenniser la stigmatisation. Bon nombre de personnes ont certaines connaissances de la transmission et de la prévention. Mais beaucoup manquent de connaissances précises à propos du VIH. Par exemple, beaucoup de personnes ne savent pas la différence entre le VIH et le SIDA ; elles ignorent comment la maladie évolue, quelle est l'espérance de vie d'une PVVIH ou que les maladies opportunistes liées au VIH/SIDA se traitent et sont curables. D'autres associent un test de VIH positif à une mort imminente. La peur de la mort est tellement puissante que beaucoup de gens éviteront d'entrer en contact avec des personnes qu'ils suspectent d'être séropositives, même quand ils savent que le VIH ne se transmet pas par simple contact.

La honte et la culpabilisation sont associées au VIH/SIDA

La sexualité, la morale, la honte, la culpabilisation sont des notions liées au VIH/SIDA.

La stigmatisation porte souvent pour l'essentiel sur la transmission du VIH par voie sexuelle. Beaucoup de gens estiment que les personnes infectées l'ont été par l'intermédiaire de rapports sexuels condamnables sur le plan social et religieux. Les personnes infectées sont souvent considérées comme de mœurs légères.

La stigmatisation rend difficile le partage de sa séropositivité avec des tiers

Il est souvent encouragé de partager son statut sérologique avec d'autres personnes ; mais dans la pratique c'est une chose difficile et peu courante. On estime souvent qu'il faut encourager le partage de sa séropositivité. Cependant la plupart des personnes infectées refusent de dévoiler leur statut de peur de faire l'objet de traitement injuste et de manifestations stigmatisantes. Les avantages du partage de sa séropositivité avec des tiers sont les suivants:

- amener son (ses) partenaire(s) à faire le test de dépistage.
- permettre de prévenir la contamination du (des) partenaire(s) par le VIH.
- permettre aux personnes infectées de bénéficier du soutien de leur(s) partenaire(s), de leur famille et/ou de leur(s) ami(e) s.

La stigmatisation peut exister même dans les services de soins

Les soins et le soutien peuvent coexister avec la stigmatisation.

Les prestataires de soins, qui apportent un soutien à des parents vivant avec le VIH/SIDA, peuvent aussi afficher des comportements stigmatisant et discriminatoires (notamment le blâme, la réprimande). La plupart du temps, les prestataires de soins ne se rendent pas compte que du caractère discriminatoire et stigmatisant de leur comportement.

- Les attitudes stigmatisantes se rencontrent même chez des personnes issues des communautés et des professionnels de santé qui sont opposés à ces comportements.
- On peut avoir des informations en partie vraies et en partie fausses à propos du VIH, par exemple en ce qui concerne les modes de transmission du VIH.
- Les gens sont compatissants à l'égard des PVVIH, mais en même temps ils adoptent des attitudes stigmatisantes à leur égard.
- Les familles qui participent aux soins et sont compatissantes envers un patient infecté par le VIH/SIDA peuvent parfois adopter à son égard des comportements stigmatisant et discriminatoires.

4.3. PREVENTION DE L'INFECTION CHEZ LES FEMMES [14,15,16].

La dépendance émotionnelle, sociale, culturelle et économique des femmes les rend beaucoup plus vulnérables à l'infection par le VIH, et il est donc impératif de reconnaître que la prévention de la transmission du VIH présente des difficultés spécifiques et différentes de la prévention de l'infection chez les hommes. Il convient non seulement de définir clairement les stratégies de prévention, en analysant leur impact en terme de réduction des risques de transmission, mais aussi d'étudier l'applicabilité de ces stratégies de prévention, compte tenu l'environnement culturel et des facteurs de vulnérabilité spécifiques à la femme.

Il ne sert à rien de savoir comment se protéger soi-même du VIH si l'on n'est pas en mesure de contrôler les circonstances des prises de risque et d'agir en termes de prévention de ces risques.

Jusqu'à présent, les efforts de prévention de l'infection par le VIH ne sont pas parvenus à offrir aux femmes des moyens efficaces et réalisables de réduire leur exposition aux risques de transmission. Ces efforts ont été consentis autour de trois axes : une réduction du nombre des partenaires sexuels, la monogamie ou la fidélité dans les relations, et des pratiques sexuelles moins risquées, en particulier par l'emploi de préservatifs. Cela consistait à réduire les chances de transmission du VIH quand il y a exposition au risque. Mais ces mesures préventives découlent des caractéristiques physiques et du mode de vie des hommes et devraient être appliquées aux hommes. Par contre, elles sont lamentablement inadéquates en tant que moyens pour les femmes de se protéger du VIH.

En effet, en tant que stratégie de prévention, la réduction du nombre de partenaires sexuels n'a pas de sens pour les nombreuses femmes qui n'ont de relations sexuelles qu'avec leur mari ou un partenaire régulier. Même si une femme a de multiples partenaires sexuels, elle est souvent incapable de modifier ce comportement car, pour les raisons indiquées plus haut, ses rapports sexuels sont souvent le résultat du besoin et de la dépendance économiques. A moins que l'on offre à ces femmes un moyen de résoudre ce problème de fond, les mises en garde au sujet des risques que présente la multiplicité des relations sexuelles, tout en accroissant l'anxiété des femmes au sujet du VIH, ne suffiront pas, en soi, à réduire réellement le risque.

De même, les messages portant sur la prévention du VIH qui mettent en exergue la monogamie n'ont guère de pertinence pratique pour la majorité des femmes. On estime en effet qu'entre 60% et 80% des Africaines contaminées n'ont eu de rapports sexuels qu'avec leur mari¹⁵. Le problème n'est pas que ces femmes ne sont pas fidèles à leur mari, mais que leur rôle et statut, dans la relation, signifient qu'elles sont incapables d'obliger en retour leur mari à leur être fidèle. Cette absence de choix est encore exacerbée par la dépendance économique, qui est puissamment de nature à dissuader la femme de rompre une relation conjugale sexuellement dangereuse. Si les femmes sont incapables d'éviter le contact avec des partenaires sexuels contaminés par le VIH, la troisième stratégie de

prévention, qui a trait à des pratiques sexuelles moins dangereuses, pourrait certes offrir une certaine protection aux femmes. Mais là encore, il est évident que l'inégalité de la relation empêche les femmes de se protéger effectivement contre le VIH. En effet, la seule méthode de prévention de la transmission du VIH comportant une barrière mécanique actuellement préconisée est le préservatif masculin. Il est malencontreux que, par une réalité biologique évidente, ce soit aux femmes de demander aux hommes de mettre un préservatif, et non pas l'inverse. Si les femmes n'ont pas le pouvoir de négocier les conditions premières dans lesquelles la relation sexuelle s'établit, elles sont également incapables d'obliger leur partenaire masculin à utiliser un préservatif, tout comme d'obtenir l'abstinence. De plus, la mise en place d'une barrière mécanique assurant une protection et réduisant donc la transmission du VIH présente des difficultés pour de certaines femmes en raison de leur désir sexuel et, dans de nombreux cas, de l'impératif culturel d'avoir des enfants [11, 15, 16].

Les mesures de prévention de la transmission du VIH préconisées jusqu'à présent n'offrent aux femmes qu'une protection faible, voire nulle face à l'infection. En privilégiant les stratégies de prévention que les hommes peuvent appliquer et en méconnaissant les besoins et la situation des femmes dans l'épidémie, les politiques relatives au VIH n'ont pas seulement violé les droits des femmes, mais également compromis les moyens de prévenir la propagation de l'infection aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Il est tout à fait urgent de remédier à ce caractère déséquilibré des tentatives de prévention.

5. TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

La prévalence de l'infection à VIH chez les enfants est actuellement étroitement liée à la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes. La transmission materno-fœtale du VIH constitue le mode de contamination quasi exclusif des enfants infectés [17, 18].

La transmission mère-enfant peut s'effectuer in utero (dans les semaines qui précèdent l'accouchement), au moment de l'accouchement et en période post natal en cas d'allaitement maternel [11,19].

5.1. Mécanisme et moments de transmission

Les différents mécanismes de transmission ne sont pas tous élucidés à ce jour, plusieurs hypothèses coexistent, faisant intervenir soit le virus libre soit le virus associé aux cellules, soit une infection du placenta. Le rôle des anticorps neutralisants maternels et des cellules T cytotoxiques présentes chez la mère est aussi à préciser [20].

5.1.1. Transmission du VIH in utero [11, 21]

La possibilité d'infection est connue de longue date par la mise en évidence dès la naissance d'une virémie VIH, voire des signes cliniques chez certains enfants. Cette contamination in utero est associée à un risque accru d'évolution rapide de la maladie chez l'enfant.

La transmission in utero très précoce au premier trimestre de la grossesse est possible mais peu fréquente. La transmission in utero se passe donc principalement au troisième trimestre dans les deux semaines précédant l'accouchement. Le placenta joue probablement un rôle protecteur vis-à-vis de cette transmission dont plusieurs mécanismes peuvent être évoqués :

- un passage de virus via le liquide amniotique
- des échanges sanguins materno-fœtaux favorisés par des brèches placentaires;
- un passage transplacentaire du virus via certaines cellules permissives à l'infection comme les macrophages placentaires.

5.1.2. Transmission du VIH en intrapartum

C'est le mode transmission le plus fréquent ; le virus est transmis dans 65% des cas au moment de l'accouchement.

Les mécanismes de cette transmission ne sont pas connus précisément [22]. Le passage du nouveau-né dans la filière génitale et le contact de ses muqueuses avec les particules virales libres ou associées aux cellules maternelles des sécrétions vaginales sont sans doute impliqués. Des échanges sanguins fœto-maternels favorisés par des microlésions dans la barrière placentaire au moment des contractions utérines ont aussi été évoqués [23, 24].

Enfin, une infection par le liquide gastrique via la muqueuse intestinale peut être aussi évoquée chez les nouveaux-nés [25].

L'ensemble de ces points justifie l'importance de la phase périnatale dans la prévention de la transmission mère-enfant par des antirétroviraux [26].

Les facteurs de risque élevés sont :

- L'allaitement mixte, le colostrum surtout en cas de charge virale élevée.
- Les crevasses, les abcès du sein, les mastites.
- Les affections buccales du nourrisson : muguet, plaies.

La durée de l'allaitement : si l'allaitement maternel est prolongé, le risque additionnel est de 1% par mois après les six premiers mois.

6. PREVENTION DE LA TRANSMISSION-MERE ENFANT DU VIH [13]

Approche globale pour la prévention et la réduction du risque de l'infection par le VIH chez la femme, la mère, le nouveau né et le nourrisson

Pour réduire l'infection par le VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, il faut une approche globale qui comprenne les quatre éléments suivants :

- Élément 1 : Prévention primaire de l'infection par le VIH.
- Élément 2 : Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH.
- Élément 3 : Prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant.
- Élément 4 : Traitement, soins et soutien pour la femme infectée par le VIH, son enfant et sa famille.

Élément 1: Prévention primaire de l'infection par le VIH

Le fait de réduire le nombre de mères infectées par le VIH est le moyen le plus efficace pour diminuer la Transmission Mère Enfant (TME). Le VIH ne sera pas transmis à l'enfant si les futurs parents ne sont pas infectés.

Dans un tel contexte, il convient d'accentuer la campagne de prévention afin de :

- Rendre les préservatifs plus accessibles

- Fournir les moyens de diagnostic et de traitement précoces des IST
- Généraliser l'accès aux conseils et dépistage
- Fournir des conseils appropriés aux femmes séronégatives

Elément 2 : Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH

Avec un soutien approprié, la femme infectée par le VIH peut éviter les grossesses non désirées, et de ce fait, réduire le nombre d'enfants exposés au risque de TME.

- Une planification familiale efficace peut contribuer à prévenir les grossesses non désirées et à aider la femme infectée par le VIH à protéger sa santé tout en prenant soin de sa famille.
- Un conseil pour une contraception sûre et efficace et des services de santé de la reproduction de qualité contribuent à éclairer les décisions en matière de grossesse.

Elément 3 : Prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant

Les interventions spécifiques visant à réduire la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant comprennent le conseil et le dépistage en matière de VIH, la prophylaxie et le traitement par ARV, mais aussi des pratiques d'accouchement à moindre risque et des pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque.

Elément 4: Traitement, soins et soutien à la femme infectée par le VIH, son enfant et sa famille

Les soins médicaux et le soutien social sont importants pour que la femme vivant avec le VIH/SIDA puisse faire face aux problèmes relatifs à sa propre santé, à celle de ses enfants et de sa famille, ainsi qu'à l'avenir de ces derniers.

Lorsqu'une femme a toutes les raisons de croire qu'elle bénéficiera d'un traitement et des soins appropriés pour elle-même, ses enfants et son partenaire, il est plus probable qu'elle accepte de se faire dépister et conseiller. Cela augmente aussi les chances qu'elle accepte les interventions visant à réduire la TME, si le test révélait une sérologie positive.

Prise en charge prénatale des femmes infectées par le VIH et de celles dont le statut sérologique n'est pas connu

Mesures non médicamenteuses

Soins prénatals

Les Consultations prénatales (CPN) améliorent en général la santé et le bien être des mères et de leurs familles. Leur calendrier sera fonction du statut de la femme : si la gestante est séronégative, les CPN seront faites selon les directives nationales, et on proposera un nouveau test au moins 3 mois plus tard. Si elle est séropositive, on fera une évaluation clinique et immunologique afin de décider du début du traitement sous antirétroviraux (ARV).

La mise en œuvre effective des programmes de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) nécessite l'introduction des éléments suivants comme partie intégrante des C.P.N

- Information et éducation sanitaire
- Education sur les pratiques sexuelles à moindre risque
- Counseling et dépistage du VIH
- Counseling et dépistage du VIH du partenaire et d'autres membres de la famille
- Interventions pour réduire le risque de TME
- Conseil en alimentation du nourrisson et soutien pour une maternité à moindre risque et sûre, y compris le traitement du paludisme et la Tuberculose (TB)
- Diagnostic et traitement des IST

Consultations Prénatales : Pour femmes infectées par VIH

Les C.P.N pour les femmes infectées par le VIH intègrent les services de base recommandés pour toute femme enceinte. Cependant les soins obstétricaux et médicaux doivent être étendus pour répondre aux besoins spécifiques des femmes infectées par le VIH.

La confidentialité doit être respectée afin d'améliorer le suivi prénatal.

Prévention des infections opportunistes

Il s'agit ici de rechercher et prendre en charge les maladies liées au VIH. En effet, les maladies évocatrices du VIH peuvent accroître le risque de la TME. Pour ce faire, il est important d'assurer le suivi des symptômes et signes de l'évolution de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes en âge de procréer. En outre, les femmes infectées par le VIH sont exposées à d'autres infections qui elles aussi peuvent augmenter le risque de TME du VIH. Ces infections doivent être dépistées et traitées précocement : il s'agit essentiellement :

- De la tuberculose (TB)
- Des Infections du tractus génito-urinaire
- Des Infections respiratoires
- Des affections dermatologiques
- Des Candidoses vaginales récidivantes
- Du Paludisme

Le soutien psychosocial et communautaire

La grossesse est une période de stress, et le personnel de santé peut évaluer le degré du soutien qu'une femme reçoit de sa famille et de ses amis. Les femmes infectées par le VIH ont souvent des inquiétudes supplémentaires concernant leur santé, celle de leurs enfants, la confidentialité et la possibilité que leur statut du VIH soit dévoilé à d'autres personnes. La référence vers les organisations ou des groupes de soutien doit être effectuée.

Mesures médicamenteuses

Les ARV, utilisés seuls ou en combinaison, ont été reconnus comme efficaces dans la réduction de la TME du VIH. Ces ARV réduisent le risque de

transmission en diminuant de façon significative la réplication virale. Ils sont administrés à la mère durant la grossesse, le travail et l'accouchement, et au nouveau-né. Les modalités d'administration des ARV à une femme enceinte séropositive dépendent des facteurs suivants :

- L'état clinique et immunologique de la femme
- Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue de l'accouchement
- Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (accréditation, accessibilité de la structure de référence)

Situation 1: Femme ayant débuté sa grossesse sous ARV

- Si traitement efficace et bien toléré, alors il est recommandé de continuer les ARV, sauf contre indications
- Si traitement contient de l'Efavirenz, et si qu'un diagnostic précoce de la grossesse a été fait, alors il convient de substituer le traitement initial par la Néviparine ou un IP boosté.

Situation 2 : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV

- 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 et/ou $CD4 < 350/mm^3$), alors il faut débiter rapidement la trithérapie, avec une surveillance particulière de la grossesse. Il faut, ici éviter l'Efavirenz au premier trimestre.
- Si la femme est asymptomatique (stade I) ou peu symptomatique (stade II) et/ou elle présente un taux de $CD4 > 350/mm^3$, on proposera une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée dès la 28^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à la fin de l'accouchement. Le schéma à proposer chez la femme enceinte consistera en une:
 - ✓ Trithérapie prophylactique selon l'un des schémas suivants : **AZT ou D4T / 3TC / NVP** OU **AZT ou D4T / 3TC/ IP boosté**

Si la trithérapie n'est pas réalisable, on proposera le protocole AZT suivant : **AZT dès la 28^{ème} semaine** de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente en consultation.

Situation 3: Femme enceinte non suivie et non traitée ou dont le diagnostic de l'infection a été retardé (après 36 semaines et avant le début de travail), on proposera une trithérapie selon l'un des schémas suivants : **AZT ou D4T / 3TC / NVP OU AZT ou D4T /3TC/ IP boosté**

Pour initier un traitement contenant de la Névirapine, il est recommandé de procéder comme suit pendant les 14 premiers jours :

- ✓ En cas d'association fixe de 3TC150 + D4T 30/40+ NVP 200, il faut prescrire :
 - La Lamivudine (3TC) 150mg cp : 1cp le matin
 - La Stavudine (D4T) gél : 1gél le matin
 - Et la combinaison fixe de (3TC150 + D4T 30/40+ NVP 200) : 1cp le soir
- ✓ En cas d'association fixe (3TC + AZT) + NVP, la prescription sera la suivante :
 - La combinaison fixe de (3TC + AZT): 1 cp X 2 /J
 - Et la NVP: 1cp/ J.

NB: *Tout arrêt non cadré de plus de 7 jours nécessite une réinitialisation de la Névirapine. Les prises du matin et du soir doivent être espacées de 12h et se faire à heure fixe.*

Si la Névirapine est bien supportée, il faut procéder comme suit à partir du 15^{ème} jour:

- Association fixe : (3TC150 + D4T 30/40+ NVP 200) : 1cp matin et soir
- Association fixe (3TC + AZT) + NVP:
 - (3TC + AZT): 1 cp X 2 /J
 - NVP: 1cp matin et soir.

NB : *Tout arrêt non encadré de plus de 7 jours nécessite une réinitialisation de la Névirapine.*

Les prises du matin et du soir doivent être espacées de 12h et se faire à heure fixe.

Cas particuliers

Infection par le VIH 2

La TME du VIH 2 est rare. La Névirapine n'étant pas efficace contre le VIH 2, les options suivantes sont possibles selon les circonstances :

- Chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même, administrer une **trithérapie** avec IP boosté ou 3 IN selon l'un des schémas suivants : AZT ou D4T / 3TC / IP boosté ou AZT / 3TC / ABC
- Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera une trithérapie dès la 28^{ème} semaine de grossesse (selon le schéma ci-dessus) **OU** une bithérapie : **(AZT 300mg + 3TC 150mg)** 1 comprimé X 2/ jour jusqu'à l'accouchement.

Femme enceinte séropositive présentant une tuberculose évolutive

- En cas de co-infection VIH-TB chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même, **trithérapie** avec **AZT ou D4T / 3TC / EFV** si la femme enceinte séropositive est au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre. Ce traitement sera poursuivi jusqu'à l'accouchement avec une contraception post-partum efficace
- Remplacer EFV par NVP lorsque le traitement de la TB ne contiendra plus la Rifampicine
- Une autre alternative est l'utilisation de 3 INRT (AZT /3TC ou FTC/ABC) s'il faut débiter les ARV au premier trimestre.

Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera une trithérapie ou un protocole AZT à débiter dès la 28^{ème} semaine de grossesse (comme chez celle qui ne présente pas de tuberculose)

PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT DE LA FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH ET DE CELLE DONT LE STATUT SEROLOGIQUE N'EST PAS CONNU

Mesures non médicamenteuses

Pour réduire la TME, il faut :

- Utiliser les pratiques saines de prévention des infections pour les soins à tous les patients (cf. module 7)
- Réduire au minimum les touchers vaginaux,
- Eviter le travail prolongé
- Eviter la rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète du col
- Eviter les traumatismes pendant l'accouchement
- Eviter autant que possible l'épisiotomie
- Réduire au maximum l'usage de forceps et de ventouse.

Mode d'accouchement

- L'accouchement par voie basse sera privilégié pour les femmes enceintes séropositives bien suivies.
- La césarienne prophylactique permet de réduire le risque de TME. Toutefois, elle n'est pas systématique au Mali chez les femmes enceintes séropositives. Elle est indiquée chez les femmes ayant une charge virale élevée ; dans ce cas, elle sera faite avant tout début de travail, les membranes intactes.

Comme pour tout accouchement, il faut prévenir le risque d'hémorragie du post-partum par la prise en charge active de la troisième phase du travail ; ce qui signifie qu'il faut :

- Donner l'ocytocine immédiatement après l'accouchement
- Faire une traction contrôlée du cordon
- Faire un massage utérin
- Examiner le placenta et ses membranes
- Suturer les déchirures éventuelles des parties génitales

On observera les règles de sécurité transfusionnelle.

Mesures médicamenteuses

Situation 1 : Femme séropositive ayant débuté sa grossesse sous ARV ou Femme séropositive dont le traitement ARV initié pendant la grossesse a duré plus de 4 semaines : continuer le traitement ARV

Situation 2 : Femme enceinte séropositive non suivie et non traitée qui est en travail, il faut :

Traiter avec la Névirapine (1 comprimé de 200 mg) en prise unique en début de travail, associé à :

- **une combinaison fixe de (AZT 300mg + 3TC 150mg) :** 1 comprimé toutes les 3 heures (ne pas dépasser 3cp) jusqu'au clampage du cordon

OU

AZT (cp 300 mg) : 300 mg toutes les 3 heures (ne pas dépasser 3cp) jusqu'au clampage du cordon

Situation 3: Femme enceinte séropositive traitée pendant moins de 4 semaines et qui est en travail on proposera : Continuer le traitement en cours et le renforcer par l'administration

- d'une combinaison fixe de **(AZT 300mg + 3TC 150mg) :** 1 comprimé toutes les 3 heures (ne pas dépasser 3cp) jusqu'au clampage du cordon

OU

- **AZT (cp 300 mg) :** 300 mg toutes les 3 heures (ne pas dépasser 3cp) jusqu'au clampage du cordon)

Cas particulier du VIH 2 et du VIH1+2

- Chez la femme déjà sous trithérapie, il faut continuer les ARV en cours
- Si la femme n'est pas non traitée et qu'elle se présente en travail : **(AZT 300mg + 3TC 150mg) :** 1 comprimé toutes les 3 heures (maximum 3 comprimés/jour) jusqu'au clampage du cordon

SOINS POSTPARTUM IMMEDIATS POUR LA FEMME INFECTEE PAR LE VIH ET CELLE DONT LE STATUT SEROLOGIQUE N'EST PAS CONNU

Soins post-partum des femmes infectées par le VIH

Le personnel de santé doit suivre les procédures habituelles, mais plusieurs domaines exigent une attention supplémentaire.

Continuité des soins.

Encourager et mettre sur pied des stratégies afin de continuer les soins de santé dans les domaines suivants :

- Soins de routine gynécologique, si disponible
- Continuer le traitement, les soins et l'assistance du VIH/SIDA et la prise en charge des infections opportunistes et un soutien alimentaire
- Traitement et contrôle de la tuberculose et du paludisme
- Se soumettre à la prophylaxie et au traitement des infections opportunistes

Alimentation du nouveau-né

- S'assurer du choix de la mère sur les différentes options d'alimentation avant qu'elle ne quitte le Centre de santé après l'accouchement
- Soutenir la mère sur l'option d'alimentation choisie (cf. module 5, pour des informations complémentaires sur l'alimentation du nourrisson dans le cas d'une infection à VIH).

Éducation

- Eduquer la femme sur les soins du périnée et des seins
- S'assurer que la femme maîtrise la façon appropriée d'éliminer les déchets tels que les lochies et les garnitures souillées de sang.

PREMIERS SOINS POUR LE NOUVEAU-NE EXPOSE AU VIH ET CELUI DONT LE STATUT VIH DE LA MERE N'EST PAS CONNU

Mesures non médicamenteuses : Soins néonataux

Les soins immédiats aux nouveaux nés exposés au VIH suivent des règles bien définies :

- Respecter les règles de la prévention des infections pendant les soins et le traitement. Porter les gants quand on doit administrer des injections et

nettoyer la partie à injecter avec de l'alcool. Eliminer les aiguilles suivant les règles de PI (prévention des infections).

- Clamper le cordon dès l'accouchement
- Utiliser les gants pour sectionner le cordon après l'accouchement sans le traire, le protéger avec les gants ou compresses avant de le couper
- Nettoyer la bouche et les narines du nouveau-né avec des compresses dès la sortie de la tête
- Aspiration uniquement en cas de liquide méconial.
- Soit une aspiration d'une pression de moins de 100 mm Hg ou à la poire et éviter l'aspiration à l'aide de sa propre bouche.
- Assécher le nouveau-né au moyen d'une serviette
- Préciser le choix d'alimentation de la mère :
 - ✓ Si elle utilise l'alimentation de substitution, il faut placer le nouveau-né sur le ventre de la mère pour avoir un contact corps à corps direct et aider la mère à alimenter son bébé.
 - ✓ Si elle allaite, il faut mettre le bébé au sein de sa mère.

Mesures médicamenteuses :

Elles consistent à :

- Administrer le BCG dans le cadre du protocole national
- Administrer la vitamine K, pommade à la tétracycline ou collyre antibiotique pour les yeux et faire le BCG selon les directives nationales
- Laver immédiatement le nouveau né (dans un bain antiseptique si possible)
- Donner les ARV au nouveau né selon l'un des schémas suivants

Situation 1 : Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

- ✓ **AZT sirop:** 4mg/kg X 2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 14 jours

ET

- ✓ **NVP sirop**: 1 dose orale de 2mg/kg à donner immédiatement après l'accouchement ou au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

Situation 2 : Mère traitée moins de 4 semaines ou n'ayant pas reçu de prophylaxie

- ✓ **AZT sirop**: 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines

+

- ✓ **NVP sirop**: 1 dose orale: 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

+

- ✓ **3TC sirop** : 2mg/kgX2 /jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

Situation 3 : en cas de VIH2

- ✓ **AZT sirop**: 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines
- ✓ **3TC sirop** : 2mg/kgX2 /jour pendant 2 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

Situation 4 : en cas de VIH1+2, traiter avec une trithérapie contenant :

- ✓ **AZT sirop**: 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines

+

- ✓ **NVP sirop**: 1 dose orale: 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

+

- ✓ **3TC sirop** : 2mg/kgX2 /jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

Posologie des ARV à donner au nouveau-né :

- ✓ AZT (10mg/ml) : Poids de naissance X 0,4ml matin et soir
- ✓ 3TC (10mg/ml) : Poids de naissance X 0,2ml matin et soir
- ✓ Néviparine (10mg/ml) : Poids de naissance X 0,2ml en dose unique

MÉTHODOLOGIE

1. CADRE ET LIEU D'ÉTUDE :

1.1. Les locaux et les unités :

La pédiatrie est située au nord-est à l'intérieur du CHU Gabriel Touré. Elle est constituée de :

- Une unité de néonatalogie
- Une unité d'oncologie pédiatrique
- Une unité d'urgence et de réanimation pédiatrique
- Trois unités de pédiatrie générale (pédiatrie I ; II ; IV)

1.2. Le personnel :

Il est constitué par :

- Un professeur titulaire de pédiatrie ;
- 2 professeurs agrégés de pédiatrie ;
- 3 Maîtres assistants de pédiatrie ;
- 7 Médecins pédiatres ;
- 2 Médecins généralistes
- 15 Techniciens de santé ;
- 13 Agents techniques de santé ;
- 5 Aides soignantes ;
- 3 Manœuvres ;

A ceux-ci, il faut ajouter les médecins en cours de spécialisation de pédiatrie, les étudiants en fin de cycle de médecine générale, les stagiaires de la FMPOS (Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie) et des différentes écoles de formation sanitaire.

1.3. Les activités du service :

Elles sont constituées par :

- La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio sanitaires.
- La consultation externe : elle est payante et la majorité des malades viennent d'eux-mêmes en consultation. Par contre, d'autres sont référés par

les centres de santé périphériques, les cliniques médicales du district et de l'intérieur du pays.

- L'hospitalisation : elle est gratuite en salle commune et payante en salle individuelle et en réanimation néonatalogie.

- la visite des malades hospitalisés est quotidienne et est effectuée par les médecins pédiatres, les médecins en cours de spécialisation et les étudiants en fin de cycle.

- Les gardes : elles sont assurées par le personnel paramédical, les étudiants en fin de cycle, les médecins en cours de spécialisation et supervisées par un médecin titulaire. Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde et un grand staff tous les vendredis.

- Suivi des enfants nés de mères infectées par le VIH dans le service de pédiatrie :

Le suivi des enfants se faisait deux fois par semaine dans un bureau aménagé à cet effet.

Cette activité est faite parallèlement aux autres activités du service.

Le calendrier hebdomadaire est le suivant :

- lundi (visites et prélèvement pour la PCR et ou la charge virale avec une séance de causerie animée par les femmes de l'association Sabunyuma)
- Mardi (visites simples)
- Mercredi (visites et prélèvements pour la PCR et ou la charge virale avec une séance de causerie animée par les femmes de l'association Sabunyuma)
- Vendredi (visites simples)

Il n'existe pas de prise en charge psychosociale spécifique pour ces femmes infectées et affectées par le VIH.

- Le personnel en charge du suivi des enfants nés de mère séropositive au VIH

Il est constitué par :

- Deux médecins pédiatres

- Deux médecins généralistes bénévoles
- Les étudiantes en fin cycle ayant leurs thèses sur la PTME
- Une infirmière qualifiée pour les prélèvements

- Le suivi

Il est clinique et biologique

- **Suivi clinique**

Au premier contact un interrogatoire est effectué recherchant :

- L'identité,
- Les antécédents de la mère,
- L'histoire de la grossesse,
- Le traitement prophylactique de la mère et de l'enfant,
- Les circonstances de l'accouchement,
- La première alimentation à la naissance.

Ensuite un examen clinique est fait et un dossier est ouvert et mis à jour à chaque consultation.

Le calendrier de suivi est le suivant : à la naissance, à j7 puis tous les mois jusqu'à 6 mois puis tous les 2 mois jusqu'à 12 mois, ensuite tous les 3 mois jusqu'à 18 mois.

Pendant la consultation, les éléments suivants sont recensés et notifiés dans le dossier :

- Les plaintes
- Les éléments pathologiques intercurrents depuis la dernière visite
- Les difficultés liées à l'alimentation :
 - préparation du biberon
 - approvisionnement en eau potable
 - stigmatisation (par rapport à l'utilisation du lait artificiel)
 - diversification alimentaire
- Calendrier vaccinal
- Le développement psychomoteur

L'examen physique apprécie :

- les constantes anthropométriques

- les différents appareils

Ensuite sont délivrés les ordonnances pour le lait et le cotrimoxazole.

Le lait artificiel et le cotrimoxazole sont fournis gratuitement et assuré par la pharmacie du CHU Gabriel Touré. Le pharmacien participe aussi à l'aide à l'observance de la prophylaxie antirétrovirale, au cotrimoxazole et à l'identification des problèmes en rapport avec l'alimentation de l'enfant.

NB : les visites d'urgence (diarrhée, pneumopathies...) sont fréquentes.

• **Suivi biologique**

• **Diagnostic précoce**

Deux PCR sont faites, l'une à 2 mois de vie et l'autre à 3 mois de vie. Une troisième PCR est faite si la mère a opté pour l'alimentation maternel, (deux mois après l'arrêt du lait maternel) ou en cas de discordance entre les deux premières. Elles sont réalisées dans le laboratoire de virologie de l'INRSP.

• **Diagnostic tardif**

La sérologie de 18 mois permet de clôturer le dossier PTME.

• **Autres examens biologiques**

- Un dosage du taux des lymphocytes CD4 est effectué chez les enfants ayant eu deux PCR positives.
- Les autres examens sont faits au besoin.

Les enfants infectés ou ayant une suspicion clinique sont référés pour un traitement ARV à une autre équipe pour leur prise en charge.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et retrospective.

3. PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée de 1^{er} décembre 2006 au 31 mars 2007 soit une durée de 4 mois.

4. POPULATION D'ÉTUDE

Toutes les femmes ayant une sérologie VIH positive ayant au moins un enfant suivi dans le site PTME du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

5. CRITÈRES D'INCLUSION

Etre mère VIH positive et avoir au moins un enfant suivi dans le cadre de la PTME au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré et être consentante à participer à l'étude.

6. CRITÈRES DE NON INCLUSION

- Toute mère VIH positive ayant au moins un enfant inclus au site PTME du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré non consentante à participer à l'étude.

- Toute mère VIH positive n'ayant pas d'enfant inclus au site PTME du service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

7. ÉCHANTILLON

L'étude a porté arbitrairement sur les 50 premières femmes répondant à nos critères d'inclusion.

8. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

L'enquête a porté sur les femmes venant dans le cadre de la PTME. Le consentement a été verbal et obtenu sans aucune influence. Lors des rendez-vous pour le suivi de l'enfant, les femmes étaient individuellement interviewées dans une salle différente de la salle de consultation pendant 10 minutes en moyenne.

La fiche d'enquête a été préalablement traduite en langue bambara (toutes les femmes interrogées s'exprimaient dans cette langue) pour assurer une conformité des questions d'une femme à l'autre. Pour garantir la confidentialité, un numéro anonyme a été attribué à chaque femme et l'identité n'a pas été demandée.

Les réponses aux questions ouvertes ont été transcrites et regroupées selon la similitude des phrases et des idées pour constituer les tableaux.

Les difficultés rencontrées lors de l'enquête :

- L'impatience de certaines femmes lors de l'interview
- Le caractère intime de certaines questions rendant certaine femme peu encline à poursuivre l'interview

9. ASPECTS ÉTHIQUES

L'enquête s'est déroulée dans la plus grande confidentialité après consentement éclairé sans aucune influence. Le bambara a été notre principal moyen de communication.

10. RECUEIL DES DONNÉES ET VARIABLES ÉTUDIÉES

Les données ont été recueillies à partir d'une pré-enquête réalisée auprès de 10 personnes ; les réponses de ce groupe de sujet nous ont permis de constituer le questionnaire définitif.

Les variables étudiées ont été les suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques des femmes
- Caractéristiques thérapeutiques des femmes
- Annonce du statut sérologique
- Alimentation de l'enfant
- Sexualité
- Perception des femmes

11. SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 12.0).

Le document a été saisi sur Word 2003.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Tableau I: Répartition des mères selon la provenance

<i>Provenance</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
CHU Gabriel Touré	40	80
CESAC	7	14
CS Ref	1	2
CS Com	1	2
Non précisé	1	2
Total	50	100

La majorité de nos mères est référée par le service de gynécologie et d'obstétrique de CHU Gabriel Touré soit 80%

Tableau II: Répartition des femmes selon l'âge

<i>Age (ans)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
≤ 25	17	34
[26– 35]	26	52
> 35	7	14
Total	50	100

Les femmes sont dans la tranche d'âge de 26 ans-35 ans dans la majorité des cas, soit 52%.

Tableau III: Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	16	32
Primaire	14	28
Secondaire	11	22
Non précisé	7	14
Médorsa	2	4
Total	50	100

La majorité de nos mères (32%) n'a aucune instruction.

Tableau IV: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée et vit avec son mari	43	86
Mariée mais ne vit pas avec son mari	4	8
Veuve	2	4
Célibataire	1	2
Total	50	100

La majorité de nos mères (**86%**) est mariée et vit avec le mari.

Tableau V: Répartition des mères selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Monogamie	38	76
Polygamie	11	22
Célibataire	1	2
Total	50	100

La majorité de nos mères (**76%**) est dans un foyer monogame

Tableau VI : Répartition des femmes selon la profession

Profession des mères	Effectif	Pourcentage (%)
Femme au foyer	33	66
Commerçante	9	18
Autres*	6	12
Fonctionnaire	1	2
Non précise	1	2
Total	50	100

Les femmes au foyer représentent 66% de notre échantillon

* : coiffeuse, aide ménagère, teinturière

Tableau VII: Répartition des mères selon la profession du conjoint

Profession du père	Effectif	Pourcentage (%)
Autres*	17	34
Commerçant	10	20
Fonctionnaire	7	14
Vendeur	5	10
Chauffeur	5	10
Salarié privé	2	4
Manoeuvre	2	4
Sans emploi	2	4
Total	50	100

*: cultivateur, mécanicien, ouvrier, maçon, travail pour son propre compte ...

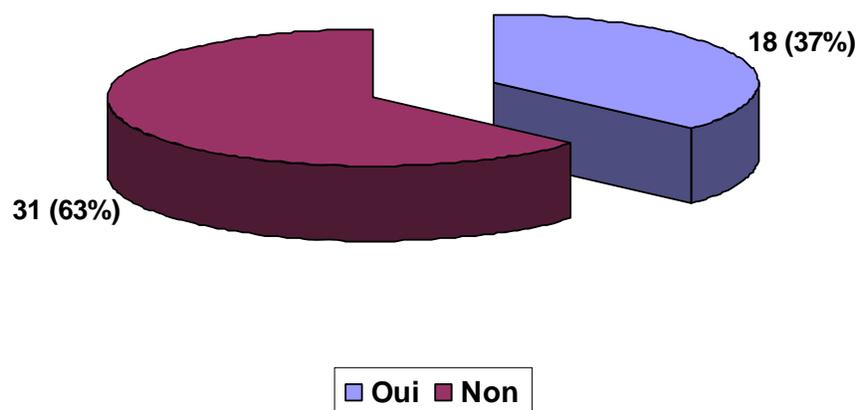


Figure 1: Répartition des femmes selon la cohabitation avec la belle famille

Nous avons une femme célibataire dans notre échantillon
Dans 37% des cas, les femmes vivent dans la belle famille. La belle-mère est présente dans tous ces cas.

2. Caractéristiques Thérapeutiques des femmes

Tableau VIII: Répartition des mères selon le moment du diagnostic d'infection à VIH

<i>Date de diagnostic</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Avant la grossesse	27	54
Pendant la grossesse	14	28
Non précisé	5	10
Après l'accouchement	4	8
Total	50	100

Le statut sérologique est connu avant la grossesse pour 54% des mères.

Tableau IX: Répartition des femmes selon la source présumée de contamination

<i>Source</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Ne sais pas	36	72
Mari actuel	8	16
Ex mari	5	10
Coépouse	1	2
Total	50	100

Plus de la moitié des femmes (**72%**) affirment méconnaître la source éventuelle de contamination.

Tableau X: Répartition des femmes selon la poursuite du traitement ARV après la grossesse

Poursuite des ARV après la grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	45	90
Non	5	10
Total	50	100

Une seule des 5 femmes n'étant pas sous ARV a un suivi médical.

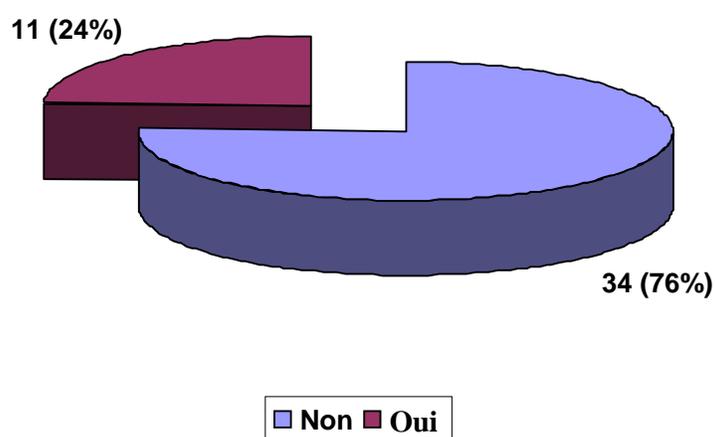


Figure 2 : Répartition des mères selon la présence de difficultés avec le traitement ARV

Dans notre série, 11 femmes soit (24%) signalent rencontrer des difficultés liées au traitement ARV.

Tableau XI : Répartition des femmes selon les difficultés évoquées

Difficultés liées au traitement ARV	Effectif	Pourcentage (%)
Changement pendant la grossesse mal supportée	4	36
Arrêt sans avis médical	2	18
Conservation	2	18
Vertige	1	9
Démangeaison	1	9
Manque d'appétit	1	9
Total	11	100

Deux mères ont arrêté le traitement ARV sans avis médical devant les effets qui y sont liés.

Tableau XII : Répartition des femmes selon la connaissance du statut sérologique de l'aîné immédiat de l'enfant suivi

Statut sérologique de l'aîné immédiat de l'enfant suivi connu	Effectif	Pourcentage (%)
Non	27	54
Oui	23	46
Total	50	100

Plus de la moitié de nos mères (**54%**) ne connaissent pas le statut sérologique de l'aîné immédiat de l'enfant suivi en PTME.

3. Annonce du statut sérologique

Tableau XIII: Répartition des femmes selon la connaissance du statut sérologique de leur conjoint

Statut sérologique du conjoint	Effectif	Pourcentage%
Ne sait	20	40
Séronégatif	18	36
Séropositif	12	24
Total	50	100

Le statut sérologique du conjoint est méconnu de (40%) des femmes.

Tableau XIV: Répartition des femmes selon l'information du conjoint du statut sérologique

conjoint informé	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	44	88
Non	6	12
Total	50	100

Dans (**88%**) des cas, les conjoints sont informés du statut sérologique des femmes. Six femmes n'ont pas informé le père de l'enfant.

Tableau XV: Répartition des femmes selon le délai d'information du conjoint de leur statut sérologique de la femme

<i>Délai d'information</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Le même jour de l'annonce	18	40,9
Ne se rapelle pas	7	15,9
Infection découverte chez le conjoint en premier	7	15,9
Nous nous sommes connus au centre de prise en charge	3	6,8
2 mois après l'annonce	2	4,5
1 mois après l'annonce	2	4,5
1 an après l'annonce	1	2,2
Plus de 1 an après l'annonce	1	2,2
Avant le mariage	1	2,2
Mari informé avant elle	1	2,2
6 mois après l'annonce	1	2,2
Total	44	100

La majorité des femmes (40,9%) affirment avoir informé leur conjoint le jour du rendu du résultat et (17,8%) au moins un mois après.

Tableau XVI : Répartition des femmes selon la raison de l'information du conjoint

<i>pourquoi avez vous décidé de l'informer?</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Nous avons été Informés en même temps dans un centre de dépistage	7	15,9
Je n'avais pas le choix, j'étais tout le temps malade	7	15,9
Il n'y a pas de secret entre nous	7	15,9
L'infection a été découverte chez le conjoint en premier	7	15,9
Aucune réponse	5	11,4
C'est lui le père, il doit le savoir	3	6,8
Nous nous sommes connus au centre de prise en charge	3	6,8
Il a été informé avant moi*	2	4,5
Ma sage femme qui est sa cousine l'a informé	1	2,3
Nous nous sommes avoué notre séropositivité (mon mari d'abord) après mon accouchement pour le bon suivi de l'enfant	1	2,3
Pour mieux suivre le traitement ARV	1	2,3
Total	44	100

Les raisons évoquées de l'information du conjoint sont multiples et variées.

* Dans les 2 cas où le conjoint a été informé avant la mère elles étaient toutes gravement malades : le premier a été informé par son petit frère qui est médecin et qui s'occupait de sa belle sœur, le deuxième a assisté au Counseling de sa conjointe avant le test et le médecin l'a informé avant sa conjointe.

Dans les deux cas les conjoints sont séronégatifs et n'ont informé personne d'autre du statut de leur conjointe. Les deux couples ont des rapports sexuels non protégés.

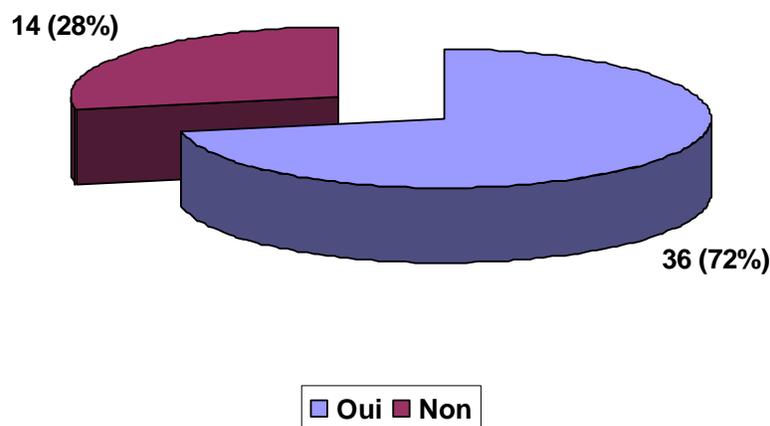


Figure 3 : Répartition des femmes selon l'information de l'entourage

Aucune personne dans l'entourage n'a été informée dans (28%) des cas. Pour une seule femme ni le conjoint, ni aucune autre personne n'a été informé du statut sérologique.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon les personnes informées de la séropositivité dans l'entourage

<i>Qui est informé de votre séropositivité dans l'entourage ?</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Famille de la femme	19	52,8
Famille du conjoint	9	25
Famille de la femme et du conjoint	4	11,1
La sage femme	2	5,6
“Presque tout le monde”	1	2,8
Ami du conjoint	1	2,8
Total	36	100

Dans plus de la moitié des cas, la femme a informé un membre de sa propre famille de son statut sérologique.

Tableau XVIII: Répartition des femmes selon la source d'information de l'entourage

Source d'information	Effectif	Pourcentage (%)
La femme elle-même	21	58,3
Le conjoint	8	22,2
Un agent de santé*	6	16,7
Tierce personne**	1	2,8
Total	36	100

*Agent de santé :

1^{er} cas : le grand frère qui est agent de santé a été informé par son confrère.

2^e cas : sa mère a été informée en même temps qu'elle par le médecin.

3^e cas : sa belle famille a été informée par une bénévole du service de gynécologie et d'obstétrique où elle a accouché.

4^e cas : sa grande sœur a été informée à l'hôpital, par qui elle ne le sait.

5^e cas : la femme de son beau frère, qui est sage femme, a informé la famille (son test a été fait au décours de l'hospitalisation d'un de ses enfants hospitalisé en Pédiatrie)

6^e cas : la cousine de son mari, qui est sage femme, lui a fait faire le test, puis elle a informé son mari qui a lui-même informé sa grande sœur. Après son accouchement, une autre cousine de son mari a amené l'enfant en pédiatrie et a appris sur place le statut de la mère.

**Tierce personne : elle était très malade, son père l'accompagnait à ses consultations, le test a été proposé en sa présence. Son père a été donc informé en même temps qu'elle et il a informé sa marâtre une fois à la maison.

Tableau XIX: Répartition des femmes ayant elle-même informé l'entourage selon la raison évoquée

Raison évoquée	Effectif	Pourcentage (%)
Conseil de l'agent de Santé	9	39,1
Personne de confiance	9	39,1
Pas de secret	5	21,7
Désespoir	2	8,6
Total	21	100

L'agent de santé a pu convaincre la femme de la nécessité d'informer l'entourage dans 39% des cas.

4. Alimentation de l'enfant

Tableau XX: Répartition des femmes selon l'option d'alimentation

Option	Effectif	Pourcentage (%)
Alimentation artificielle	49	98
Allaitement*	1	2
Total	50	100

* le père est informé du statut sérologique de la mère.

Dans (98%) des cas, les enfants sont sous alimentation artificielle. Pour six d'entre eux, le père n'est pas informé du statut sérologique de la mère.

Tableau XXI: Répartition des femmes selon l'avis du conjoint sur le mode d'alimentation de leur enfant.

Que pense votre conjoint du mode d'alimentation de votre enfant?	Effectif	Pourcentage (%)
Bien si l'enfant est protégé	29	67,4
N'en fait pas un problème	11	25,6
Ne sait pas ce qu'il en pense	2	4,7
S'inquiète car manque de moyen financier	1	2,3
Total	43	100

Avis des six pères non informés du statut sérologique de conjointes

1^{er} cas : n'apprécie pas et veut sans cesse savoir pourquoi l'enfant ne peut pas téter le sein

2^e cas : ne sait pas que l'enfant est nourri au lait artificiel car il fait des déplacements de plusieurs mois

3^e cas : demande de donner le sein et refuse d'acheter le lait

4^e cas : n'en pense rien puis qu'il est convaincu que sa femme n'a pas de lait

5^e cas : n'en fait pas un problème car la coépouse a accouché avant et a pratiqué l'alimentation artificielle.

6^e cas : décédé avant la découverte du statut de sa conjointe

Tableau XXII: Répartition des femmes selon les difficultés liées à l'alimentation de l'enfant

<i>Difficultés</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Pas de problème	22	44
Manque de moyens Financier	21	42
Curiosité de l'entourage	7	14
Total	50	100

Moins de la moitié de nos mères (**44%**) n'ont pas de problème avec l'alimentation de leur enfant.

Tableau XXIII: Répartition des mères selon la réaction de l'entourage face à l'alimentation artificielle de l'enfant

<i>Réaction</i>	<i>Effectif (n=50)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Beaucoup de questions	27	54
Pas de problème	13	26
Moins de questions avec l'âge de l'enfant	5	10
Insistance pour pratiquer l'allaitement	4	8
"On me regarde bizarrement"	1	2
Total	50	100

Tableau XXIV : Répartition des femmes selon la manière dont elles justifient l'alimentation artificielle à leur entourage

Comment avez-vous imposée l'alimentation artificielle à votre entourage ?	Effectif	Pourcentage (%)
Je dis que j'ai une maladie du sein	16	32,6
Je dis que c'est sur le conseil des médecins	7	14,3
Je dis que je n'ai pas de lait	7	14,3
Aucune réponse	6	12,2
Je dis que l'enfant a refusé le sein	3	6,1
Je ne dis rien	3	6,1
Je dis que je fais l'alimentation mixte	2	4
Je dis que j'ai les moyens de pratiquer l'alimentation artificielle	1	2
Total	49	100

Sur les 49 mères ayant opté pour l'alimentation artificielle 6 mères n'ont pas répondu à la question.

Moins de la moitié de nos mères ont trouvé la maladie du sein comme moyen d'imposer l'alimentation artificielle de l'enfant à leur entourage dont (32%).

Tableau XXV: Répartition des femmes selon l'insistance de la belle mère pour pratiquer l'allaitement.

<i>Insistance de la belle mère</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Non	33	67,3
Oui	16	32,7
Total	49	100

Pour plus de la moitié de nos mères (**68%**), la belle mère insiste pour qu'elles pratiquent l'allaitement.

Tableau XXVI : Répartition des femmes selon que la connaissance par la belle famille de la raison de l'alimentation artificielle.

<i>Est-ce que les beaux parents savent pourquoi l'enfant est sous alimentation artificielle ?</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Non	37	75,5
Oui	12	24,5
Total	49	100

Les beaux parents de plus de la moitié de nos mères ne savent pas pourquoi l'enfant est nourri au lait artificiel.

5. Sexualité

Tableau XXVII : Répartition des femmes selon qu'elles aient des relations sexuelles avec leur conjoint

<i>Avez-vous des relations sexuelles avec votre conjoint</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Oui	42	84
Non	6	12
Décédé	2	4
Total	50	100

La majorité de nos mères entretiennent des relations sexuelles avec leur conjoint soit 86%

Tableau XXVIII: Répartition des mères selon qu'elles aient des rapports protégés ou non avec leur conjoint

<i>Les rapports sont ils protégés?</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage %</i>
Oui	25	59,5
Non	16	38
Parfois*	1	2,4
Total	42	100

*Selon la disponibilité du préservatif.

Plus de la moitié de nos mères (**59%**) ont des rapports protégés avec leur conjoint.

Tableau XXIX: Répartition des femmes selon la raison pour lesquelles leurs rapports ne sont pas protégés.

<i>Pourquoi les rapports ne sont pas protégés ?</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Refus du mari	7	43,7
Conjoint non informé du statut sérologique	5	31,3
Non informé de l'utilité	2	12,5
Tous deux séropositifs	2	12,5
Total	16	100

Le refus de l'utilisation du préservatif constitue la première cause de rapports sexuels non protégés.

6. Perception des femmes

Tableau XXX: Répartition des femmes selon ce qu'elles pensent de leur séropositivité

Que pensez vous de votre séropositivité ?	Effectif	Pourcentage (%)
J'essaye d'oublier car trop y penser est une charge trop lourde à porter	9	18
C'est une situation très difficile à vivre	9	18
Je n'en pense rien	7	14
Je compte sur les ARV	7	14
Au début je n'étais pas bien mais maintenant je n'en fais plus un problème	6	12
J'essaye de ne pas y penser	5	10
Cela ne me dérange pas et ne m'empêche en rien	4	8
Je m'en remets au bon Dieu car c'est sa volonté	3	6
Total	50	100

Tableau XXXI: Répartition des femmes selon la façon dont elles affirment vivre leur séropositivité.

<i>Vivre sa séropositivité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Ne m'empêche en rien	23	46
Je suis déprimée	12	24
Je me suis résignée	8	16
Assez bien	7	14
Total	50	100

Douze mères affirment être déprimées tandis que huit se sont résignées.

Tableau XXXII: Répartition des femmes selon la façon dont elle juge leur vie

<i>Juger leur vie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Je ne me reproche rien	7	58,3
Je ne sais que dire	3	25
Culpabilise	2	16,7
Total	12	100

Seulement 12 mères ont répondu à cette question. Sept disent ne rien se reprocher.

Tableau XXXIII: Répartition des femmes selon leur vision sur l'avenir

Comment envisagez vous votre avenir?	Effectif	Pourcentage (%)
Je suis inquiète pour la santé de mes enfants	11	22
Je suis inquiète pour ma santé	10	20
Je suis inquiète pour la situation financière de mes enfants	10	20
Je ne sais pas	10	20
J'ai peur de laisser des orphelins	5	10
Je ne réfléchis pas à cela	4	8
Total	50	100

L'inquiétude a été exprimée dans la majorité des cas

Tableau XXXIV : Répartition des femmes selon les difficultés auxquelles elles ont été confrontées depuis la découverte de leur séropositivité

Difficultés	Effectif (n=50)	Pourcentage (%)
Dépression	18	36
Stigmatisation	12	24
Pas de problèmes particuliers	12	24
Difficultés financières	9	18
Difficultés conjugales*	4	8
Honte	2	4
Santé instable	2	4

La dépression est la difficulté majeure de nos mères.

* **« A part les problèmes avec mon mari je n'en ai pas rencontré de particulier, il a fini par demander le divorce et ne demande même pas après son enfant »**

« Ma difficulté principale c'est avec mon mari depuis la découverte de mon statut nous ne sommes jamais devenu comme avant »

« Mon ne veut plus me voir, s'il veut voir son fils il s'arrête au bout de la rue et envoie quelqu'un chercher l'enfant »

« Depuis la découverte de mon statut mon mari a peur de moi, ne s'approche plus de moi »

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES FEMMES

La tranche d'âge de 26- 35 ans a été la plus représentée (52%). Cette tranche d'âge largement retrouvée dans de nombreux travaux [27, 28, 29] témoigne d'une épidémie déjà bien installée. Selon le Rapport de l'ONUSIDA 2005 [30], les jeunes femmes entre 15 et 24 ans, ont un risque au moins trois fois plus élevé que les jeunes hommes d'être séropositives au VIH.

Cependant, nous pensons que cette tranche d'âge n'a aucune spécificité par rapport à l'infection à VIH puisque notre population est celle des femmes en âge de procréer. Par ailleurs selon EDS III, 55% des femmes ont moins de 30 ans [31].

La très grande majorité des mères (66%) étaient des femmes au foyer et non scolarisées (32%). Ce constat n'est que le reflet de la situation de la femme au Mali. Selon EDS IV au Mali, un tiers des femmes de 15 à 49 ans, ne travaillent pas et 55% des femmes en milieu urbain n'ont reçu aucune instruction contre 82% en milieu rural [10].

Les femmes sont mariées dans 94% des cas. Parmi elles, 22% vivaient dans un foyer polygamique (multi partenariat) qui est un facteur de risque de transmission relevé dans les études [28, 29, 30, 32, 33].

Dix huit des cinquante femmes enquêtées vivent « dans leur belle famille» Toutes ces femmes déclarent la présence de la belle mère; situation pouvant présager des difficultés quand cette dernière n'est pas informée compte tenu de la place « centrale » qu'elle occupe culturellement dans l'accompagnement de sa belle fille au moment et après l'accouchement.

CARACTERISTIQUES THÉRAPEUTIQUES DES FEMMES

Plus de la moitié (54%) des mères connaissaient leur statut sérologique avant la grossesse. La source présumée de contamination est méconnue de la grande majorité (72%). Pour 8 et 5 femmes, le mari et l'ex-mari seraient respectivement responsables de la contamination.

Quatre femmes n'ont aucun suivi personnel depuis leur accouchement. Parmi les 45 mères sous ARV, 11 signalent des difficultés liées au traitement (manque d'appétit, problème de conservation...). Ces difficultés ont entraîné un arrêt thérapeutique sans avis médical chez deux femmes.

Les femmes semblent globalement plus disposées que les hommes à se soumettre au suivi thérapeutique nécessaire à la mise sous antirétroviraux : leur fréquentation des centres de santé maternelle et infantile les a conduites à recourir régulièrement aux services de soins, même lorsqu'elles ne sont pas malades [34].

Plus de la moitié des mères ignorent le statut sérologique de l'aîné immédiat de l'enfant actuellement suivi. Bien que la question n'ait pas été posée au moment de notre enquête, la principale raison évoquée lors des consultations est « la peur de savoir ».

VECU DE LA MALADIE PAR LES FEMMES

VIE CONJUGALE DES FEMMES

La sexualité est le moment qui vient rappeler la présence du virus et la possibilité de transmission d'une maladie potentiellement létale, pouvant mettre en péril la qualité de la relation et éventuellement la pérennité du couple [35].

Dans notre série, le statut sérologique du conjoint est méconnu de 40% des femmes. Par contre, le conjoint est informé de la séropositivité de la femme dans 88% des cas. L'information a été faite le jour même du diagnostic dans 41% des cas. Dans ces cas, le couple a été informé au même moment par l'agent de santé ou l'annonce a été facilitée par la connaissance antérieure de la séropositivité du conjoint.

L'annonce au conjoint a été faite au moins un mois plus tard pour 17,8% des femmes. Peu de femmes – par dépit, par courage ou par colère – annoncent très rapidement et facilement leur séropositivité ; en général, il leur faut du temps, beaucoup de temps et réflexion. [36]

Les raisons de l'information du mari sont très variées allant du sentiment de "devoir" vis-à-vis du père à celui "d'obligation". Des femmes ont dit : « **C'est le**

père de l'enfant, il doit savoir», « Je n'avais pas le choix, j'étais tout le temps malade »

Six femmes n'avaient pas informé le conjoint.

Il existe une situation disymétrique entre les sexes : parce que c'est la femme qui porte l'enfant, c'est à elle qu'est proposé le test de dépistage, et c'est ainsi par elle qu'arrive la nouvelle de l'infection dans le couple [34]. Les enquêtes réalisées auprès de femmes dépistées à l'occasion d'une consultation prénatale montrent que celles-ci, lorsqu'elles vivent en couple, souhaitent partager le résultat du test avec leur partenaire [34]. Cependant, si elles le font aisément lorsque le dépistage révèle qu'elles ne sont pas infectées, moins d'une femme infectée par le VIH sur deux parvient à le dire à son conjoint [34]. Les réactions négatives (violence, rejet) sont peu fréquentes, mais il est difficile d'évaluer quelles seraient les réactions de ceux que leurs femmes n'osent pas informer [34].

Tableau XXXV – Proportion de femmes ayant informé leur conjoint après avoir été dépistées séropositives pour le VIH au cours d'une grossesse et proportion de réactions négatives du conjoint [34]

Étude	Proportion de femmes ayant partagé avec leur conjoint (%)	Fréquence de réactions négatives du conjoint après cette information (%)	
		Dispute, violence sans que ce soit allé jusqu'à un rejet ou un divorce	Rejet, divorce
Abidjan, 1995-1999	40	3	5
Tanzanie, 1995-2000	22(1)	*	*
Kenya, 1997-1999	31	3	3
BurquinaFaso, 1995-1999	18	*	4
Tanzanie, 1996-1998	17	15	8

(A. Desclaus, A. Desgrées su loû, *Population et Sociétés*, n° 428, Ined, nov. 2006)

* non disponible

(1) 22% deux mois après le test et 40% quatre ans après

Les couples entretenaient des rapports sexuels réguliers dans la majorité des cas (59,5%).

Six femmes n'avaient plus d'intimité avec leur conjoint. La perturbation de la vie sexuelle aurait des fondements dans le rejet par le conjoint (« **Mon mari dit qu'il a peur et qu'il n'aime pas les préservatifs** »,) le sentiment de culpabilité, de honte de la femme (« **J'avais été jusqu'à refuser les relations conjugales avec mon mari comme il n'est pas infecté mais mon mari a refusé et il ne voulait même pas de rapports protégés** »)et parfois l'état physique d'un ou des deux conjoints (« **Au début j'étais tout le temps malade, et n'avais plus de rapports sexuels avec mon mari mais maintenant ça va mieux** »).

Seize couples n'ont pas de rapports sexuels protégés (refus du mari du préservatif, conjoint non informé du statut sérologique de la femme).

Desclaux A [34] affirme qu'il existe des difficultés pour la femme de se protéger contre une possible infection. En effet même dans le cadre d'une relation stable, pré maritale ou maritale, les études sur les comportements sexuels dans différents pays africains montrent la très forte réticence des hommes comme des femmes à utiliser des préservatifs [34]. Ceux-ci sont associés à l'idée de relations occasionnelles et donc les proposer dans son couple revient à professer son infidélité, soit à faire preuve de défiance envers son partenaire [34].

D'autres études sur la société africaine ont aussi montré que dans la plupart des sociétés africaines, les femmes ont un faible pouvoir de négociation et de décision dans la relation sexuelle, qui reste fortement indissociable de la notion de procréation [37]. Il est extrêmement difficile pour une femme d'exiger le port du préservatif au sein des relations sexuelles, même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son partenaire et son exposition au VIH [38].

Ainsi, la femme a un « devoir de procréation » difficilement compatible avec l'utilisation d'un préservatif [39]. Ce faible pouvoir de négociation dans la relation sexuelle soumet effectivement les femmes, quelle que soit leur condition matrimoniale, au risque d'être infectées par leur partenaire habituel [40]. Dans ce contexte, il est évident que les femmes ne perçoivent pas le risque d'être exposées au VIH, ce qui les rend encore plus vulnérables.

Ainsi, dans le cadre des négociations sexuelles déjà évoquées, comment légitimer auprès du partenaire, l'application des conseils pour des rapports sexuels protégés par le port du préservatif, voire l'abstention, pour une femme qui vient d'apprendre qu'elle est séropositive ? Certaines femmes, dépistées pendant leur grossesse, s'abstiennent d'entretenir des relations sexuelles, le plus longtemps possible après cette grossesse ou demandent à leur partenaire l'usage du préservatif pendant quelques mois, sous le prétexte d'éviter une grossesse trop rapprochée [39]. Mais en dehors de ces cas, le refus des relations sexuelles non protégées place la femme dans une situation de conflit avec pour conséquences des violences conjugales, des séparations, des divorces... Lorsque la femme a choisi de se confier à son partenaire, le choix d'avoir des relations sexuelles protégées semble également rare. Les rares études disponibles sur les pratiques sexuelles dans les couples atteints par le VIH semblent montrer qu'il existe encore très peu de dialogue autour de l'utilisation du préservatif au sein de ces couples, même lorsqu'ils sont tous les deux informés du risque de transmission du VIH et de leur statut [38].

Dans notre série, les phrases des femmes sont suffisamment éloquentes :

« Quand j'ai informé mon mari nous nous sommes disputés, il m'avait chassé et je suis restée seule pendant trois mois puis il m'a fait revenir et depuis tout va bien »

« Mon mari est devenu distant »

« Mon mari ne s'occupe plus de moi, il ne veut plus s'occuper de mes affaires, il a peur de moi et ne m'approche plus. C'est mon problème majeur »

« Le père de mon enfant ne veut plus me voir. Quand il veut voir son fils, il s'arrête au bout de la rue et envoie quelqu'un le chercher »

« Mon mari a demandé le divorce et ne demande pas de nouvelles de l'enfant. En plus il a informé tout le monde de mon statut »

L'annonce au conjoint reste encore plus difficile quand le couple n'est que fiancé car elle peut compromettre le mariage comme en témoigne cette femme enquêtée : **« Cette situation a mis mon mariage en jeu car nous n'étions que fiancés et il a une autre femme. Actuellement, je suis chez mon père avec mon enfant et depuis que mon fiancé est informé de mon statut, il ne veut plus me voir »**

La peur d'être rejeté est un sentiment humain qui n'est pas propre à notre contexte. Ce passage du Journal du Sida [36], à propos de Mathilde, une française l'atteste : elle découvre sa séropositivité à trois de grossesses ; elle ne veut pas en parler, dit vouloir attendre ...ne pas le perturber. Quand le bébé naît, elle trouve encore des excuses pour ne pas gâcher la joie de son mari. Quand elle apprend que son fils est séronégatif, elle juge inutile d'en parler de peur de décevoir, d'être rejetée.

Toute maladie ou annonce d'un diagnostic fatal provoque des réactions émotionnelles adaptatives et psychologiques, qui sont fortement influencées par la personnalité du sujet, sa culture, ses relations sociales, ses modes de « coping » et les supports sociaux auxquels ce dernier peut recourir [36]. Des femmes disaient : **« J'ai voulu quitter mon mari mais comme c'est un mariage arrangé mes parents ne veulent pas », « J'ai peur car mon mari doit faire le test et je sais que s'il n'est pas contaminé il va me quitter »**

Dans certains cas, la maladie fait installer au sein du couple le mensonge (**« Mon mari était sous ARV depuis longtemps et il me l'avait caché »**), la méfiance, le doute (**« Je n'ai pas informé mon mari car je pense qu'il connaît déjà son statut puisse qu'il doit savoir de quoi est morte sa première femme », « Mon mari, n'a pas fait de ma séropositivité un problème mais a refusé de faire son test »**).

Dans notre pratique, nous constatons en effet que les hommes ont tendance à caché leur statut à leur conjointe lorsque la maladie est découverte chez eux en premier. Les attitudes des pères, telles que les décrivent les femmes, semblent s'échelonner entre le rejet, un appui avec évitement, un appui avec dissimulation, le partage des soins, et une implication pleine dans la mise en œuvre de stratégie préventive [42].

INFORMATION ET RAPPORT AVEC LES PROCHES

Vingt femmes ont informé, en plus de leur conjoint, d'autres membres de leur entourage et n'ont pas ressenti de réactions négatives majeures en général. Certaines femmes (six) ont signalé des réactions de rejet et de stigmatisation. Elles ont rapporté :

« Mon grand frère, ma grande soeur et les autres membres de la famille ne m'adressent pas la parole »

« Au début toute ma famille m'avait rejetée mais avec mes ARV j'ai commencé à aller mieux ils sont revenus vers moi et comme je suis bien portante maintenant ils disent que je n'avais rien et que les médecins avaient menti sur moi ».

« La cousine de mon mari, qui l'a appris après l'accouchement, a informé tous les membres de la famille, au point que maintenant quand je passe dans la rue même les petits enfants chantent "sida est là" de Babani Koné ».

« Le grand frère de mon mari ne veut plus que je vienne chez lui ».

« J'avais été rejetée par toute ma famille mais maintenant cela s'est un peu amélioré grâce à mon grand frère et à sa femme ».

Ces sentiments intriqués de rejet, de "peur d'être contaminé", de peur tout court ont été retrouvés chez les tuteurs des enfants infectés par le VIH suivis dans notre service [43].

Dans notre série, la femme a elle-même informé son entourage de son statut dans 44% des cas. Dans la plupart des cas (38%), il s'agit d'un membre de sa propre famille.

Huit femmes n'ont pas informé leur conjoint de leur séropositivité mais plutôt un membre de leur famille. La réaction de ce dernier a été positive dans tous les cas. Ce fait confirme que la famille dans notre contexte peut être un soutien solide pour la femme. A Paris, en 1998, 60% des femmes

infectés par le VIH dans un service disent avoir été rejetées par une personne [36]. La famille semble ne pas répondre aux besoins des patientes qui se trouvent ainsi plus isolées et moins aptes à chercher à l'extérieur l'aide dont elles ont besoin.

Une seule femme de l'échantillon, n'avait informé personne (ni le conjoint, ni l'entourage) de son statut sérologique. Son mari actuel est le deuxième. Elle aurait été divorcée pour adultère. Le statut sérologique du premier mari n'est pas connu, celui de son conjoint actuel non plus. Elle a une coépouse. Elle affirme « avoir honte de son parcours ».

Les associations de personnes vivant avec le VIH, par les séances de causerie-débat, de groupes de parole qu'elles organisent sont d'un support très apprécié par les femmes. La consultation elle-même, constitue une opportunité de libre expression pour les femmes. En effet, il n'est pas rare, dans la salle d'attente, de les entendre se confier entre elles, d'évoquer leurs difficultés quotidiennes.

DENI DE LA MALADIE

Le déni de la maladie de la part du conjoint ou des proches a été rapporté par les mères. La manipulation par les « blancs », l'utilisation de l'infection comme « source de revenu » par les membres des associations de personnes vivant avec le VIH ont été les reproches faites par certains conjoints et proches des femmes enquêtées :

« Mon mari dit qu'il ne croit pas en cette maladie. Il dit que c'est un moyen pour les médecins de s'enrichir » ;

« Mon mari dit qu'il n'informerait personne. De toutes les façons il n'y croit pas et pense que c'est un moyen pour les docteurs de prendre l'argent des blancs » ;

« Mes parents disent que je suis une menteuse pour pouvoir recevoir l'argent des blancs. Ils pensent que je n'ai aucune dignité en faisant les témoignages à visage découvert sur les antennes car quand on a le sida on ne peut pas être grosse comme moi ».

MÉCONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION

Le diagnostic a parfois changé les gestes quotidiens des femmes : « **La maladie me pousse à vivre prudemment. Par exemple, je ne prête plus mon couteau à une autre dame, mes lames je les enterre moi même après utilisation et n'urine plus par terre dans les toilettes traditionnelles** » dit l'une des mères. Plus qu'une méconnaissance du mécanisme de la transmission, il s'agit d'une prudence extrême régulière pouvant contribuer à un stress permanent.

Chez les parents ou tuteurs d'enfants contaminés une crainte réelle et sans réel fondement de la transmission de la maladie, en particulier intrafamiliale ou par le sang surtout quand d'autres enfants vivent avec l'enfant malade, a été notée [43].

MALADIE DE LA PAUVRETÉ

Le besoin de soutien financier ou d'un revenu est très important pour toutes les femmes. La séropositivité augmente les difficultés à trouver et garder un travail. Les femmes séropositives qui vendent des marchandises remarquent que les clients évitent leur étal ou magasin, les fermières peuvent perdre l'accès aux terres, et les employés ont déjà renvoyé des personnes séropositives [44]. Dans notre série les difficultés financières ont plusieurs fois été évoquées :

« J'ai un problème de moyen, j'ai du mal à joindre les deux bouts »

« J'aurais voulu trouver du travail au sein de l'association mais ils ont dit que je ne suis pas instruite »

« J'ai un besoin financier car je n'ai pas les moyens de payer les bilans externes qu'on me demande de faire souvent »

« Ma seule difficulté est le chômage de mon mari ».

« J'ai un manque de moyen financier pour l'entretien de mon enfant »

La pauvreté et l'inégalité des genres limitent l'accès aux soins médicaux et à l'alimentation nécessaires pour maintenir un état général de bonne santé. Une femme disait : « **Je manque d'argent pour m'assurer une alimentation correcte, des fois même pour acheter mes ordonnances** ».

La charge d'un enfant infecté vient en général majorer les difficultés financières comme l'exprime cette mère : « **J'ai des problèmes d'argent car il y a tout le temps des ordonnances à acheter pour l'enfant infecté** ».

L'altération de l'état de santé est source de chômage et majore une précarité déjà existante. En effet, nous avons entendu ces propos : « **Je ne peux pas travailler comme avant car je suis tout le temps faible** », « **Nous manquons de moyen financier. Après l'hospitalisation de mon mari, il est resté paralysé et ne peut plus travailler et moi même je suis élève en terminale** ». « **Si je pouvais avoir de l'aide pour la nourriture car à cause de la maladie mon mari n'a plus de travail** ».

ALIMENTATION DE L'ENFANT

Les recommandations nationales préconisent un choix éclairé de la mère pour l'alimentation de l'enfant [13]. Dans notre série, dans 98% des cas, la mère a choisi l'alimentation artificielle. La fourniture en lait du site par les autorités pendant la période de notre étude a forcément influencé le choix maternel.

Pour six d'entre les enfants, le père n'est pas informé du statut sérologique de la mère. Dans ces cas, la réaction et l'attitude du père est très variable selon que le mode d'alimentation lui soit inconnu (« **Il ne sait pas que l'enfant est nourri au lait artificiel car il fait des déplacements de plusieurs mois** ») ou qu'il croit en l'alibi de sa conjointe (« **Il n'en pense rien puisqu'il est convaincu que je n'ai pas de lait** »). L'alimentation artificielle semble être pour certains couples une façon tacite de dévoiler leur séropositivité "sans parler" (« **Il n'en fait pas un problème car ma coépouse a accouché avant moi et a pratiqué l'alimentation artificielle. Je les soupçonne de connaître leur statut et de me le cacher** »). Les questions et les menaces incessantes du conjoint restent le lot de la plupart des mères n'ayant pas informé le père :

« Il n'apprécie pas et veut sans cesse savoir pourquoi l'enfant ne peut pas téter », « Il me demande de donner le sein et refuse d'acheter le lait ».

Au Burkina Faso, quelque soit l'option d'alimentation choisie, les femmes séropositives interrogées ont rencontré des difficultés car aucune des pratiques alimentaires proposées n'est ancrée dans la culture populaire [42]. Toutes les femmes ont exprimé leur agacement devant les questions incessantes de l'entourage sur l'alimentation artificielle. Certaines reconnaissent la diminution progressive des interrogations avec le temps.

« La maladie du sein » reste le principal prétexte pour tenter de faire accepter l'alimentation artificielle de l'enfant par l'entourage. Cet alibi ne fait pourtant pas échapper aux réactions de l'entourage. En effet, dans ces cas, les proches peuvent avoir une réaction de "soutien" (**« Mes voisines disent qu'elles vont m'amener chez un tradithérapeute qui va soigner mon sein »**) qui amène encore la femme à trouver un autre alibi. Nous pensons qu'en réalité, aucun argument ne saurait faire accepter l'alimentation artificielle dans notre contexte. Desclaux [42] affirme que justifier l'alimentation de son enfant avec du lait artificiel est encore plus difficile pour une mère que de justifier l'allaitement exclusif. En effet, le coût que représente ce mode d'alimentation conduit aisément l'entourage à reprocher à la mère de dépenser inutilement l'argent du ménage [42].

Pour plus de la moitié des mères (68%), la belle mère insiste pour qu'elles pratiquent l'allaitement maternel.

Dans notre population, ces différentes situations nuisent forcément à la bonne conduite de l'alimentation artificielle et présagent d'une pratique inavouée de l'alimentation mixte (au cours de laquelle le risque est maximal) que nous déconseillons lors des visites médicales. Une mère a dit: **« Je suis obligée de me cacher pour donner le biberon »**. En Zambie [43], les femmes vivant avec le VIH ont des pratiques d'alimentation qui ne respectent pas les recommandations médicales, et sont dominées par l'alimentation mixte. En Afrique du Sud, en Namibie et au Swaziland, l'alimentation mixte est le plus pratiqué par les femmes séropositives, qui ne peuvent se soustraire à des rapports de pouvoir avec le père de l'enfant et la famille, dans un contexte où

le statut sérologique reste caché [42]. Les mères font des choix dans une tension permanente entre risque médical et risque social [42].

Les difficultés de l'alimentation artificielle tiennent au fait que le lait maternel et le VIH sont, dans toutes les cultures, porteurs d'une lourde charge symbolique [44]. Le lait investi, des notions de richesse, de pureté, de longévité et d'amour maternel, croise une épidémie porteuse de représentations et de réalités mortifères [44]. Ainsi l'alimentation artificielle devient un véritable dilemme pour les mères.

La situation n'est pas non plus aisée pour les femmes qui optent pour l'allaitement maternel exclusif avec arrêt précoce dans un milieu où l'allaitement prolongé jusqu'à l'âge de deux ans environ est la règle. Une mère nous a dit : « **On me demande sans cesse pourquoi j'ai sevré l'enfant à 3 mois** ». La justification de l'arrêt est plus difficile et peut expliquer la poursuite de l'allaitement.

Les résultats d'une étude ethnographique menée entre 2003 et 2007 montrent que le risque de stigmatisation, les normes sociales en matière d'allaitement et les discours parfois contradictoires des soignants, empêchent toujours les mères d'appliquer une option préventive si elles ne disposent pas d'une autonomie économique et sociale suffisante ou de l'appui de leur conjoint. Le plus souvent, la mère ne parvient à protéger son enfant qu'au prix d'une mise à distance des « acteurs sociaux » de l'allaitement [42].

PERCEPTION DE LA MALADIE PAR LES FEMMES

« Le plus dur, c'est l'idée que les gens se font de cette maladie. Encore aujourd'hui, je garde une part de honte d'avoir le Sida et cela sans même savoir pourquoi » disait une femme française [4]. Cette honte aboutit pour nombre de femmes au silence et à la solitude face à l'angoisse de la mort et à la part de culpabilité inconsciente dont elles ne parviennent pas à se défaire [4].

Dans notre série, le sentiment de honte, de culpabilité est perceptible dans la majorité des discours : « **J'ai honte** », « **Au début c'était difficile car j'avais peur. J'étais paniquée quand je venais à l'hôpital pour mes contrôles ; je**

pensais que les gens pouvaient savoir mon statut rien qu'en me regardant », « Je le vis mal car avant je vendais de « l'atchéqué » et maintenant personne ne l'achète. Dès fois je me demande si les gens ne sont pas informés de mon statut », « Quand je regardais les émissions sur le VIH à la télévision, cela me dérangeait ».

En effet, il est difficile de s'accepter quand on ne reconnaît pas sa propre image, de faire un deuil supplémentaire : celui d'un corps « idéal ». Le narcissisme est mis à rude épreuve.

Dans la série de Marchand-Gonod [36] en France, 38% des femmes vivent seules depuis la découverte de leur séropositivité car elles disent avoir moins de désir, la peur de contaminer l'autre, le sentiment d'être inacceptable.

« J'essaie d'oublier », « je ne peux rien faire », « je ne mange plus », « mon cœur est gâté » (N'dussu tiènédo » que nous avons traduit par « je suis déprimée »), « je me suis résignée » telles ont été les phrases des femmes. Dans sa série, Marchand-Gonod [36], après des tests d'évaluation psychopathologiques a retrouvé des cas de dépression modérée, d'anxiété et de troubles dépressifs chez les femmes séropositives.

Certaines de nos mères affirment : ***« La maladie ne me préoccupe aucunement, je n'ai aucun problème »***. Il s'agit de femmes séropositives depuis longtemps, sous traitement antirétroviral bien conduit. En effet, le plus long c'est tout ce chemin à parcourir avant de croire à nouveau au présent et de s'autoriser quelques projets à cours terme...en attendant que les années passent et que le futur devienne moins inquiétant [36].

Parmi les mères, il y en a qui ont des enfants infectés par le VIH, suivis dans notre service ou ailleurs. Dans ces cas, entre la gestion psychologique et sociale de leur propre séropositivité, celle de l'enfant infectée, l'attente du résultat de l'enfant suivi en PTME, les difficultés liées à l'alimentation de ce dernier, les difficultés financières, la femme vit un véritable drame.

Leur séropositivité est parfois découverte au cours de l'hospitalisation d'un enfant gravement malade qui sera diagnostiqué infecté par le VIH [45]. Le décès des enfants est un moment de grande fragilité psychologique. Une des mères partage sa peine lors de l'entretien : ***« La perte de mes enfants a été pénible je dirais même que j'étais devenue folle ; je passais mes jours et mes***

nuits au CESAC à pleurer et mes parents pensent que je me laisse manipuler par les blancs ».

Par ailleurs, la crainte de mourir en laissant des enfants (parfois déjà orphelins de père) a été exprimée : ***« J'ai peur de laisser des orphelins ».*** Cette même crainte a été retrouvée chez des pères d'enfants infectés par le VIH, orphelins de mère, suivis dans le service [42].

Certaines mères affirment ne rien se reprocher. Une d'entre elles disait : ***« Je pense avoir été sur le bon chemin j'ai été donnée en mariage à mon premier mari à l'âge de 14 ans c'est après son décès que j'ai connu mon statut ».*** Dans ces cas, le destin, « *dakan* » prend une place importante dans le discours ; alors ***« Elles s'en remettent à Dieu ».***

En effet, les femmes nous ont dit :

« Seule ma mère est informée en plus de mon mari et elle m'a dit tout simplement de m'en remettre à Dieu »

« Mon mari m'a conseillée de ne pas le prendre comme une fatalité car c'était le bon Dieu qui l'a voulu »

« Ma grande soeur m'a demandé de m'en remettre au bon Dieu »

« Mon mari ne cesse de me dire que ce que le bon Dieu fait, on n'y peut rien ».

« A part mon mari, personne n'est informé de mon statut ; et lui, il a été perturbé au début, après il l'a mis au compte du bon Dieu »

PLACE DU PERSONNEL SANITAIRE

L'infection à VIH vient parfois révéler les dysfonctionnements du système de santé. Le respect de la confidentialité qui n'est qu'une règle de base de la déontologie médicale n'est pas dans tous les cas la règle. Certaines femmes ont dit :

« Dans mon quartier la sage-femme qui me suivait et qui a fait mon premier test me pose des questions sur le suivi de mon enfant devant tout le monde quand je pars pour la vaccination »

« Au début personne ne connaissait mon statut mais lors de mon accouchement il y avait une bénévoles à la maternité qui est une parente, c'est elle qui a informé ma belle famille et le grand frère de mon mari ne veut plus me voir »

« Ma grande sœur a été informée à l'hôpital, par je ne sais quelle personne »

« Un de mes enfants qui est infecté a été hospitalisé en Pédiatrie. La femme de mon beau frère qui est sage femme a découvert son statut par le personnel de pédiatrie. Elle a informé toute la famille ».

« La cousine de mon mari est sage femme elle m'a fait faire le test, puis elle a informé mon mari qui a informé sa grande sœur. Après mon accouchement, une autre cousine de mon mari a amené l'enfant en pédiatrie et a appris sur place mon statut ».

L'infection à VIH reste d'un poids considérable au plan psychologique pour les femmes. Elle rajoute une charge de travail supplémentaire à leur vie déjà bien occupée.

CONCLUSION

Depuis quelques années, les données témoignent d'une augmentation du nombre de contaminations par le VIH chez les femmes. A l'origine de cette évolution, on trouve des causes physiologiques mais également socioculturelles qui rendent les femmes particulièrement vulnérables. Notre travail avait pour objectif d'étudier le vécu psychosocial des femmes infectées par le VIH dans notre contexte. Nous avons interrogé 50 femmes. Le conjoint a été informé du statut sérologique de sa femme dans 44 cas. L'annonce au conjoint a été suivie de difficultés conjugales pour certaines femmes. Sur les 36 qui ont informé leur entourage de leur statut sérologique, dans plus de la moitié des cas, la femme a informé un membre de sa propre famille. Dans 21% des cas l'information vient de la femme elle-même et dans les autres cas l'information vient de quelqu'un d'autre (conjoint, agent de santé, tiers personne). La réaction des proches a été en général favorable. Le rejet et la stigmatisation ont été évoqués par sept femmes. L'alimentation artificielle a été la règle dans notre série. La maladie du sein a été l'alibi le plus fréquent pour justifier l'alimentation artificielle. Le manque de moyens financiers, les questions incessantes de l'entourage ont été les difficultés les plus souvent évoquées.

Les stéréotypes de genre rendent la femme responsable de la propagation du VIH/SIDA. Souvent, les femmes sont les premières à subir des tests parce qu'elles sont enceintes, parce qu'elles ont un enfant malade etc. Quand il s'avère qu'elles sont séropositives, elles sont les premières à être jugées.

Notre étude confirme que malgré les efforts fournis par les autorités maliennes, le personnel des sites de PTME, les associations de PVVIH les mères se trouvent confrontées à de nombreux problèmes d'ordre psychologiques, sociaux, financiers, conjugaux.

RECOMMANDATION

Partant de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires

- Affecter un psychologue au niveau du CHU GT ;
- Favoriser la création d'activités génératrices de revenus pour les femmes séropositives

Aux services de pédiatrie et de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré

- Renforcer la confidentialité autour de la prise en charge des femmes séropositives et de leurs enfants
- Intégrer systématiquement les associations de personnes vivant avec le VIH dans le circuit de soins ;
- Revendiquer la mise à disposition de psychologues au niveau des deux services ;
- Aider les patientes dans le partage d'information dans le couple.

RÉFÉRENCES

1- CANFAR

ONUSIDA- Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida Août 2008.

2- ANONYME

Sida la femme sacrifiée.

La libre essentielle n°67 Décembre 2004.

3- C. COMITI, I. SOUTEYRAND, C. MELA

Impact démographique et socioéconomique du sida dans les pays en développement

VIH. Doin, Edition 2007, Pays-Bas, P543-548.

4- ONU/SIDA

Le point sur l'épidémie de SIDA. Rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2007.

5- UNFPA

Vulnérabilité des femmes au VIH et autres IST pendant la grossesse et la période post-partum.

Le VIH dans les services de santé maternelle : guide de formation UNFPA/Engenderhealth.

6- DICTIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE

Definition du Sida. P, 939

7- GBGnedji K Y

Evaluation des facteurs déterminant l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida dans le district de Bamako. Thèse de médecine année 2004-2005. N° 05-p-16.

8- BARRÉ-SINOUSI F

Classification des rétrovirus

VIH. Doin, édition 2007, Pays-Bas, P 3.

9- ONUSIDA

La pandémie de VIH/SIDA dans le monde.

WWW.unaids.org décembre 2007.

10- MINISTERE DE LA SANTE/DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE DU MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE AVEC LA COLLABORATION DE L'INSTITUT NATIONNALE DE RECHERCHE.

Enquête démographique de santé Mali (EDSM IV/MALI), Avril-Décembre 2006.

11- OMS/UNICEF

Directives en PTME, janvier 2004

12- FENER P, CRITON C

Facteurs de risque de l'infection à VIH/SIDA chez la femme, Mai 2007.

13- MINISTERE DE LA SANTE/CSLS

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
(PTME) au Mali. Manuel du participant Octobre 2007.

14- UNICEF/STATISTIQUES/VIH SIDA

Statistiques par pays : MALI., décembre 2001.

15- YACINE A M.

Evaluation de la mise en oeuvre de la PTME du VIH à l'Hôpital de la mère et de l'enfant, Lagune de Cotonou, Thèse de médecine, 2005

16- FAYE A, BLANCHE S

Infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine de type I.
EMC (Elsevier SAS, Paris), pédiatrie/maladies infectieuses,4-310-A-40,2006.

17- LASFARGUES G, COURPOTIN C.

Prise en charge des nouveau-nés séropositifs vis-à-vis de l'immunodéficience humaine. Expérience personnelle à propos de 179 cas.

Pub Med ID 8393176, 3^e journées pédiatriques d'Evian, France, Novembre 1992

18- ONUSIDA / OMS

Conseils et dépistages volontaires du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence : données et problèmes, mars 2000.

19- GILLET J Y, BONGAIN A, ABRAR D, BOURIER T, MARIANI R.

Les modes de contamination de l'enfant par le VIH.

Revue du praticien 1990 Jan 11 ; 40(2) : 117-9

20- PIOT P, COLL-SECK A.

Bulletin de l'OMS, recueil d'articles, 2; 2000.

21- MENU E, MBOPI-KEOU FX AND AL

Selection of maternal human immunodeficiency virus type 1 variants in human placenta. European Network for In Utero Transmission of HIV-1

J Infect Dis 1999;179:44-51.

22- ROUZIOUX C, COCTAGLIOLA AND AL.

Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) transmission by use of a Markov model. The HIV infection in newborns French Collaborative Study Group.

Am J Epidemiol 1995; 142:1330-7

23- AIT KHALED M, LYALL EGSTAINSBY C AND AL

Intrapartum mucosal exposure to human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) of infant born to HIV-1 infected mothers correlates with maternal plasma virus burden.

J Infect Dis 1998; 177:1097-100.

24- GILLAD P, VERHOFSTEDE C, MWANYUMBA F AND AL

Exposure to HIV-1 during delivery and mother-to-child transmission.

AIDS2000; 14:2341-8.

25- NEWELL ML

Mechanism and timing of mother-to-child transmission of HIV-1.

AIDS 1999; 13:2143-9

26- MANDELBROT L, BURGARD M, TEGLAS JP, BENIFLA JL, KHAN C, BLOT P, ET AL

Frequency detection of HIV-1 in the gastric aspirates of neonates born to HIV- infected mothers.

AIDS 1999; 13:2143-9

27- MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

Directives en PTME : Prise en charge des femmes enceintes et des enfants infectés par le VIH septembre 2003, p 59-62

28- JOELLE N

Quels espoirs pour les femmes et les enfants vivant avec le VIH dans les pays du Sud ?

Développement et Santé, N° 173 Réédition 2006.

29- AGENCE DES ETATS UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL (USAID)/KENYA

PTME au Kenya, mars 2006

30- COULIBALY D

Evaluation de la définition clinique du sida pédiatrique selon les critères de l’OMS/Bangui.

Thèse de Med, Bamako, 1998 ; p.117

31- MINISTERE DE LA SANTE/DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

Enquête démographique de santé Mali III (EDS III/MALI), Juin 2002

32- DE COCK KM, FOWLER MG AND AL

Translating Research into Policy and Practice.

JAMA. 2000 Mars. 1; 283(9): 1175-82.

33- MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA, janvier 2006

34- DESCLAUX A et DESGRÉES du LOÛ A

Population et sociétés.

Les femmes africaines face à l’épidémie de sida.

35- FENER P, CRITON C

La sexualité et la grossesse de la femme confrontée au VIH/sida. Mai 2007.

36- MARCHAND-GONOD N BUNGNER C

Paroles de femmes, Le journal du sida – n° 105-106 – juin-juillet 1998.

37- WELFFENS-EKRA C, DESGRÉES du LOÛ A, LEROY V, et al

L’inégalité homme-femme face au sida. Le sida au Féminin, Paris, Doin, 242.

World Health Organisation, 2003, The world health report, Geneva WHO.

38- ALLEN S, TICE J, VAN de PIERRE P et al

Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa, *British Medical Journal*, 304, 1650-1609.

39- ALLEN S, SERUFILIRA A, GRUBER V

Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling, *American Journal of Public Health*, 83, 705-710.

40- CARAËL M, VAN DE PERRE P, LEPAGE P et al

HIV transmission among heterosexual couples in central Africa, *AIDS*, 2, 201-205.

41- DESCLAUX A, ALFERI C

Science et technique, série sciences de la santé, hors série n°1, novembre 2008: Sida, santé publique et science sociales. Vingt ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso, pp. 117-126.

42- DEMBÉLÉ I N

Les aspects psychosociaux de l'infection à VIH/SIDA de l'enfant dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako thèse de méd 2006-2007.

43- LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (ICW)

Les femmes séropositives, la pauvreté et l'inégalité des genres.
(La vision de l'ICW article n°3 2004).

44- DESCLAUX A et TAVERNE B.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest, de l'anthropologie à la santé publique. Chapitre 1 à 19 inclus. 2000.

45- KONÉ N.,

Bilan de cinq années de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans le service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Thèse de méd 2005-2006.

FICHE D'ENQUÊTE

VECU ET PERCEPTION DES MERES INFECTEES PAR LE VIH/SIDA

Fiche N°/___/ N° Dossier.....

I. CARACTERISTIQUES FAMILIALES ET SOCIALES

Age/_____/

1. Situation matrimoniale/___/
 1. Mariée et vit avec son mari
 2. Mariée mais ne vit pas avec son mari
 3. Célibataire
 4. Veuve
 5. Autres.....
2. Si mariée nombre de coépouse
 1. Zéro
 2. Un
 3. Deux
 4. Trois
 5. Autres.....
3. Si mariée nombre de mariage ?

I bé i fourou djolina la

1. Un
 2. Deux
 3. Trois
4. Vivez vous avec votre belle-mère ?

I ni bouramousso bé niongokan wa

- /___/1Oui /___/2Non
5. Vivez vous avec une de vos coépouses

Iné i sinamousso bé niogokan wa

/___/1Oui /___/2Non

II. CONNAISSANCE DU STATUT SEROLOGIQUE DES PROCHES

1. Statut sérologique de votre conjoint

I bé i tiè ka bana ko kalama wa

1. Ne sait pas
 2. Séronégatif
 3. Séropositif
 4. Autres
2. Circonstance de réalisation du test

I bola kalama togodi

.....
.....
.....

3. Statut sérologique des coépouses

I bé i sinamousso ka bana ko kalama wa

Circonstance de réalisation du test

Ibola kalama togodi

.....
.....
.....

4. Statut sérologique de l'aîné de l'enfant suivi

I dé mi bé ka kolosi sisan o dala mikan i yé o ka djoli sèkèsè kè wa

Si oui, circonstance de réalisation du test

Ni ya kè i ya kè tiogoya djoumè na

.....
.....
.....

5. Si non pourquoi non fait

I ma kè mouna

.....
.....
.....

6. Statut sérologique des autres enfants

Sala i yé i dé to ou ka djoli sèkèsèké kè wa

Si oui, circonstance de réalisation du test

Ni yak è i yak è togoya djoumè na

.....
.....
.....

7. Si non pourquoi non fait

I ma kè mouna

.....
.....
.....

III. INFORMATION ET RAPPORT AVEC LES PROCHES

1. Dans votre entourage qui est informé de votre séropositivité ?

A ou ka sigida la djoni bé i ka sida bana ko kalama

.....
.....
.....

2. Comment ont ils été informé ?

Ou bola kalama togodi

.....
.....
.....

3. Pourquoi avez vous choisi d'informer cette personne ?

Mou dé kosson i yé o tigi souganti ka fo o yé

.....
.....
.....

4. Quelle a été la réaction de cette personne ?

O tigi yé i ka kouma minè togodi

.....
.....
.....

IV. RAPPORT AVEC LE CONJOINT

1. Votre conjoint est il informé ?

Sala i tiè bé i ka sida ban ako kalama wa

/__/1Oui /__/2Non

2. Si oui, combien de temps après la découverte de votre séropositivité

A bola kalama wakati djoumè i ka djoli sèkèsèkè ko fè

.....
.....
.....

3. Si non pourquoi ?

Moudéla i tié té i ka sida ban ako kalama

.....
.....
.....

4. Si oui comment avez vous décidé de l'informer ?

I yé a ganiasigi ka fo a yé togodi

.....
.....
.....

5. Quelle a été sa réaction ?

A yé i ka kouna foni minè togodi

.....
.....
.....

6. Avez vous des rapports sexuels avec votre conjoint ?

Sala kafoniogoya bé ini tiè tiè

/___/1Oui /___/2Non

7. Si oui sont ils protégés ?

Sala a bé mani do wa

/___/1Oui /___/2Non

8. Si non pourquoi ?

Mouna kafoniogoya té aou tiè

.....
.....
.....

9. Pensez vous qu'il aime le bébé ?

E yèrè fè dé ni kokadi à fa yé wa

.....
.....
.....

V. ALIMENTATION

1. Est ce que votre conjoint sait pourquoi votre bébé est nourri au biberon ?

Sala i tiè ba don koumina dé ni bé ka balo biberon na wa

/___/1Oui /___/2Non

2. Que penses tu de ce mode d'alimentation ?

E yèrè akilinata yé mouyé dé ka biberon mi ko la

.....
.....
.....

3. Votre conjoint qu'en pense t'il ?

Dé fa akilinata yé mouyé biberon ko la

.....
.....
.....

4. Quelle est la réaction dans votre entourage ?

I sigignogo bé moudé fo dé ka biberon mi ko la

.....
.....
.....

5. Quels sont les problèmes liés à l'alimentation de l'enfant ?

Gèlèya djoumè bé i bolo dé ka biberon mi ko la

.....
.....
.....

6. Par quel moyen avez vous imposé l'alimentation artificiel à votre entourage ?

I yé togoya djoumè soro ka sé ka dé ka biberon mi ko do sigignogo kouma

.....
.....
.....

7. Vos parent et beaux parents savent ils pourquoi l'enfant est nourri au lait artificiel ?

Sala i somogo a ni i tiè somogo bé a kalama dé bé ka biberon mina koumina wa

.....
.....
.....

8. Vous obligent ils à allaiter votre enfant au sein ?

Sala ou bé i djagoya ka si di dé ma wa

.....
.....
.....

9. Que pensez vous des consultations mensuelles de l'enfant ?

E yèrè akilina ta yé mouyé dé ka kalo o kalo kolosili la

.....
.....
.....

10. Quelles sont les difficultés que vous avez en rapport avec ces visites ?

Gèlèya djoumè bé i bolo dé ka kalo kalo kolosili la

.....
.....
.....

VI. STATUT SEROLOGIQUE

1. Etes vous sous ARV ?

Sala i bé ka sida bana foura ta la wa

/__/1Oui /__/2Non

2. Si oui que pensez vous de votre traitement ARV ?

E yèrè akilinata yé mouyé sida bana foura kan

.....
.....
.....

3. Avez vous des difficultés par rapport avec ce traitement ?

Sala i yé gèlèya soro sida bana foura ni talila wa

.....
.....
.....

4. Avez vous des enfants séropositifs ?

Sala dé ou bé i bolo sida bana ni bé mounou la wa

/__/1Oui /__/2Non

5. Si oui comment cela est il arrivé ?

Sida bana yé o dé ni soro togodi

.....
.....
.....

6. Date de découverte ?

I bola kalama touna djoumè

.....

7. Circonstances de découverte ?

I bola kalama togodi

.....
.....
.....

8. Quelle a été votre réaction ?

I yé o kounafoli ,minè togodi

.....
.....
.....

9. Que pensez vous de votre séropositivité ?

Sala é bé mou dé miri i ka sida ban ako nina

.....
.....
.....

10. Comment la vivez vous ?

I bé ka i ka mogo yak é na yé togodi

.....
.....
.....

11. Comment pensez vous l'avoir contracter ?

E yèrè fè i yé sida bana ni soro togoyadjoumè la

.....
.....
.....

12. Avez vous une explication à cette séropositivité ?

Sala gnèfo togo do bé i bolo i ka sida bana ni sorolila wa

.....
.....
.....

13. Comment jugez vous votre vie ?

Sala i yèrè bé i ka dièlatigè lagè togodi

.....
.....
.....

14. Comment envisagez vous l'avenir ?

Sala i bé ka sinignèsigi djabatéminè togodi

.....
.....
.....

15. Quelles sont les difficultés auxquels vous avez été confrontée depuis la découverte de votre séropositivité ?

Sala i yé gèlèya djoumè soro kabini i bola ika sida bana ko kalama ka gnèsi sida bana ni ma

.....
.....
.....

.....

16. Autres commentaire ?

Vécu psychosocial des mères infectées par le VIH dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako

Sala kouma do bé i bolo kafo sida bana ni kola wa

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORÉ

Prénom : NAÏCHATA DRAMANE

Titre de la thèse : Aspects psychosociaux de l'infection à VIH chez les mères des enfants suivis dans le cadre de la PTME au CHU Gabriel Touré.

Ville de soutenance : Bamako

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

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Pédiatrie, Gynéco-obstétrique.

RESUMÉ

Depuis quelques années, les données témoignent d'une augmentation du nombre de contaminations par le VIH chez les femmes. A l'origine de cette évolution, on trouve des causes physiologiques mais également socioculturelles qui rendent les femmes particulièrement vulnérables. **But** : Notre travail avait pour objectif d'étudier le vécu psychosocial des femmes infectées par le VIH dans notre contexte.

Matériel et méthodes : Notre travail s'est déroulé de 1^{er} décembre 2006 à 30 avril 2007 dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Il s'est agi d'une étude descriptive et prospective. L'étude a porté sur cinquante mères séropositives au VIH dont les enfants sont suivis dans le cadre de la PTME.

Résultats : Les mères étaient âgées de 26 à 35 ans dans 52% des cas. Elles étaient non instruites et femmes au foyer pour respectivement 16 et 33 d'entre elles. Quarante trois femmes sont mariées ; parmi elles 18 cohabitent avec leur belle mère. Plus de la moitié (36/50) affirme méconnaître la source éventuelle de contamination. Parmi les 45 sous traitement antirétroviral, 11 signalent rencontrer des difficultés liées au traitement. Vingt femmes méconnaissent le statut sérologique de leur conjoint. Le conjoint a été

informé du statut sérologique de sa femme dans 44 cas. L'annonce au conjoint a été suivie de difficultés conjugales pour certaines femmes. Sur les 36 qui ont informé leur entourage de leur statut sérologique, dans plus de la moitié des cas, la femme a informé un membre de sa propre famille. Dans 21% des cas, l'annonce à l'entourage a été faite par la femme elle-même et dans les autres cas l'information vient de quelqu'un d'autre (conjoint, agent de santé, tiers personne). La réaction des proches a été en général favorable. Le rejet et la stigmatisation ont été évoqués par sept femmes. L'alimentation artificielle a été la règle dans notre série. La maladie du sein a été l'alibi le plus fréquent pour justifier l'alimentation artificielle. Pour l'alimentation de l'enfant, le manque de moyens financiers et les questions incessantes de l'entourage ont été les difficultés les plus souvent évoquées.

Conclusion : Au terme de notre étude, nous constatons que malgré les efforts fournis par les autorités maliennes, le personnel des sites de PTME, les associations de PVVIH les mères se trouvent confrontées à de nombreux problèmes d'ordre psychologiques, sociaux, financiers, conjugaux.

Mots clés : VIH, femme, PTME, vécu, perception, CHU Gabriel Touré.

DIRECTIVES INTERNATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LES DROITS DE L'HOMME¹

DIRECTIVE 1

Les États devraient créer pour leur action contre le VIH/SIDA un cadre national efficace assurant une approche coordonnée, participative, transparente et responsable du problème, qui intègre tous les acteurs du secteur public compétents pour les programmes et les politiques concernant le VIH/SIDA.

DIRECTIVE 2

Les États devraient fournir un appui financier et politique permettant à des consultations collectives d'avoir lieu à toutes les étapes de l'élaboration des politiques, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des programmes relatifs au VIH/SIDA, et aux organisations communautaires d'effectuer leurs tâches avec efficacité en particulier dans le domaine de l'éthique, du droit et des droits de l'homme.

DIRECTIVE 3

Les États devraient réexaminer et réformer la législation relative à la santé publique pour s'assurer qu'elle traite de façon adéquate les questions de santé publique posées par le VIH/SIDA, que les dispositions de la loi applicables aux maladies fortuitement transmissibles ne sont pas appliquées à tort au VIH/SIDA et sont compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme.

DIRECTIVE 4

Les États devraient réexaminer et réformer la législation pénale et le régime pénitentiaire pour qu'ils soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme et ne soient pas indûment utilisés dans le contexte du VIH/SIDA ou à l'encontre de groupes vulnérables.

DIRECTIVE 5

Les États devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/SIDA et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé, qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil.

DIRECTIVE 6

Les États devraient promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informations liées au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement et à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.

DIRECTIVE 7

Les États devraient créer et soutenir des services d'assistance juridique qui informeront les personnes touchées par le VIH/SIDA de leurs droits, fourniront gratuitement des conseils juridiques en vue de l'exercice de ces droits, amélioreront la connaissance des questions juridiques liées au VIH et utiliseront, outre les tribunaux, des mécanismes de protection tels que les services du ministère de la justice, les bureaux des médiateurs, les voies de recours en matière de santé et les commissions des droits de l'homme.

DIRECTIVE 8

Les États devraient, en collaboration avec la communauté et par son intermédiaire, promouvoir un environnement incitatif et habilitant pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables, en s'attaquant aux inégalités et préjugés enracinés par le biais d'un dialogue communautaire, de services sanitaires et sociaux spécialement conçus à cette fin et d'un appui aux groupes communautaires.

DIRECTIVE 9

Les États devraient encourager une large diffusion continue de programmes novateurs d'éducation, de formation et d'information spécialement conçus pour modifier les attitudes de discrimination et de stigmatisation liées au VIH/SIDA et y substituer la compréhension et l'acceptation.

DIRECTIVE 10

Les États devraient veiller à ce que les pouvoirs publics et le secteur privé élaborent pour les questions concernant le VIH/SIDA des codes de conduite traduisant les principes des droits de l'homme en codes de pratique et de responsabilité professionnelles, assortis de mécanismes d'accompagnement en vue de la mise en oeuvre et de l'application de ces codes.

DIRECTIVE 11

Les États devraient veiller à ce qu'il existe des mécanismes de suivi et d'exécution garantissant la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH, notamment des droits des personnes touchées par le VIH/SIDA, de leurs familles et de leurs communautés.

DIRECTIVE 12

Les États devraient coopérer par le biais de tous les programmes pertinents et institutions compétentes du système des Nations Unies, en particulier l'ONUSIDA, afin de mettre en commun les connaissances et les expériences acquises dans le domaine des droits de l'homme en relation avec le VIH et devraient veiller à ce qu'il existe au niveau international des mécanismes efficaces de protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !

