

BURKINA FASO
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
Section médecine

Année Universitaire: 1996-1997

Thèse N°

**ACCEPTABILITE PAR LES PARENTS DES
ENFANTS HOSPITALISES EN MILIEU
PEDIATRIQUE DE BOBO-DIOULASSO DU
DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH**

THESE

présentée et soutenue publiquement le 02 - 07 - 1997
pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

par

TRAORE FLORE

Née le 10 AOUT 1968

à Fada N'gourma (Burkina Faso)

Directeur de Thèse : Professeur agrégé **FRANCOIS RENE TALL**

Codirecteur : Docteur **BOUBACAR NACRO**

JURY

Président: Professeur Agrégé **JEAN TESTA**

Membres: Professeur Agrégé **FRANCOIS RENE TALL**

Docteur **ISSA SANOU**

Docteur **RIGOBERT THIOMBIANO**

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (F.S.S)**

Liste des Enseignants de la F.S.S

Enseignants permanents

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUMINGA Chirurgie	Anatomie, Organogenèse et
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et pathologie médicale
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie - toxicologie

Professeur associé

Ahmed BOU-SALAH	Neurochirurgie
-----------------	----------------

Maîtres de Conférences Agrégés

Julien YILBOUDO	Orthopédie-traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie
François René TALL	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé publique
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie

Jean KABORE

Neurologie

Maîtres de Conférences associés

Jean TESTA

Epidémiologie - parasitologie

Maîtres assistants

Lady Kadiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Jean LANKOANDE

Gynécologie - obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

Ludovic KAM

Pédiatrie

Adama LENGANI

Néphrologie

Omar TRAORE N°1

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Adama TRAORE

Dermatologie

Abdoulaye TRAORE

Santé publique

Kampadilemba OUOBA

oto-rhino-laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie

Dama SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Maîtres assistants associés

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Assistants chefs de cliniques

Sophar HIEN	Chirurgie-Urologie	
Philippe ZOURE	Gynécologie - Obstétrique	
T. Christian SANOU (in mémoriam)	oto-rhino-laryngologie	
Madi KABRE	oto-rhino-laryngologie	
Nicole KYELEM	Maladies Infectieuses	
Doro SEREME (in mémoriam)	Cardiologie	
Hamadé OUEDRAOGO Physiologie	Anesthésie-Réanimation	et
Joachim SANOU Physiologie	Anesthésie-Réanimation	et
Alexis ROUAMBA Physiologie	Anesthésie-Réanimation	et
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie	
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique	
Seydou KONE	neurochirurgie	
Patrice ZABSONRE	Cardiologie	
Raphaël SANOU (in mémoriam)	Pneumo-phtisiologie	
Théophile N. TABSOBA	Biophysique	
Oumar TRAORE N°2 (in mémoriam)	Radiologie	
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses	
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie	

Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie-Obstétrique
Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
Boubacar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Georges Alfred KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Alain N. ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
André K. SAMANDOULGOU	Cardiologie
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie

Assistants Biologistes des hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactériologie-Virologie
Idrissa SANOU	Bactériologie-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-Virologie
Harouna SANON	Hématologie-Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des sciences et techniques (FAST)

Professeurs titulaires

Alfred TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie végétale

Guy V OUEDRAOGO	Chimie minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie cellulaire
Laou Bernard KAM (in mémoriam)	Chimie

Maîtres de conférence

Boukary LEGMA	Chimie - Physique générale
François ZOUGMORE	Physique
Didier ZONGO	Génétique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie

Maîtres assistants

Wendendouni GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie cellulaire
Adama SARA	Chimie Organique
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Gomtibo J-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phyto-Pharmacie
Makido Bertin OUEDRAOGO	Génétique
Jeanne MILLOGO	T.P Biologie cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURIT.P	T.P Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Jean KOULDIATY	Physique

Assistants

Appolinaire BAYALA (in mémoriam) Physiologie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maîtres assistants

Tibo Hervé KABORE Economie gestion

Assistant

Mamadou BOLY Gestion

Faculté de Droit et de sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAHITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Virginie TAPSOBA Ophtalmologie

Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie

R. Joseph KABORE Gynécologie-Obstétrique

Saidou Bernard OUEDRAOGO Radiologie

Raphaël DAKOURE Anatomie-Chirurgie

M. GUILLERET Hydrologie

M. DAHOU (in mémoriam) Hydrologie

Michel SOMBIE Planification

Mme Henriette BARRY Psychologie

Dr Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Adama THIOMBIANO	Législation pharmaceutique
Sidiki TRAORE	Galénique
Badioré OUATTARA	Galénique
André OUEDRAOGO	Nutrition
Dr Paul Marie ILBOUDO	Anglais
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Tométo KALOULE	Médecine du travail
Arcadius OUEDRAOGO	Pharmacie Vétérinaire
Bendi OUOBA	Pharmacie galénique
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.E

Pr. Lamine DIAKATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie et Embryologie(Dakar)
Makhtar WADE (DAKAR)	Bibliographie
Babakar FAYE (DAKAR)	Pharmacologie
Pr. M.K.A. EDEE (Lomé)	Biophysique(Lomé)

Mbayang NDIAYE-NIANG (DAKAR)	Physiologie
R. DARBOUX (Bénin)	Histologie-Embryologie
Pr. Ag. Emmanuel. BASSENE (Dakar)	Pharmacognosie
Mamadou BADIANE (DAKAR)	Chimie thérapeutique
Doudou THIAM (DAKAR)	Hématologie

O.M.S

Auguste KADIO (Abidjan) parasitaires	Pathologies infectieuses et parasitaires
Jean Marie KANGA (Abidjan)	Dermatologie
Arthur NGOLET (Brazzaville)	Anatomie Pathologique
Jean Jacques BERJON (Créteil)	Histologie-Embryologie
Frédéric GALLEY (Lille)	Anatomie-pathologique
Moussa TRAORE (Bamako)	Neurologie

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE (Tours)	Médecine Légale
Henri MOURAY (Tours)	Biochimie
Jacques SANTINI (Tours)	Anatomie
Deni WOUESSI DJEWE (Paris XI)	Pharmacie galénique
M. BOIRON	Physiologie
Pr. Jean-Pierre BOCQUET (Nice)	Hygiène hospitalière
Dr. Martin DUPONT-CLEMENT (Limoges)	Médecine Légale

Mission de l'Université libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Marc Van DAMME

Chimie analytique et Biophysique

Pr. MOES

Galénique

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen de la faculté	Pr. R. B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. Ag. I.P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation(VDR)	Pr. Ag. B. KONE
Directeur des stages à la Section Médecine	Pr. Ag. R.K. OUEDRAOGO
Coordonnateur des stages Centre Hospitalier Souro Sanou	Pr. Ag. F.R. TALL
Directeur des stages de la section Pharmacie	Dr M. SAWADOGO
Coordinateur C.E.S de Chirurgie	Pr. AG. A. SANOU
Secrétaire Principal	Mr. V. ILBOUDO
Chef de SERVICE Administratif et Financier (CSAF)	Mr. G. ILBOUDO
Conservateur de bibliothèque	Mr YADA. SALIF
Chef de la Scolarité	Mme K.. ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme A. KEITA
Secrétaire du VDA	Mme H. KABRE
Secrétaire du VDR	Mme E. BONKIAN
Responsable de l'Audiovisuel	Mr. P.A. PITROIPA
Reprographie	Mr. P. BOUDA

*« Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui seront
présentées doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation. »*

DEDICACE

*A mes grand-mères TOURE Aïssatou et TOURE Aminata
décédées respectivement le 24 juillet 1995 et le 03 octobre 1996.*

A ma tante TRAORE ADJARATOU.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Georges DURAND

Médecin Praticien Hospitalier

Médecin Colonel

Médecin chef des services de Médecine du CHNSS

Par quels mots vous témoigner notre reconnaissance? Ces mots nous manquent.

Votre constante disponibilité, votre générosité, le soutien « logistique » dont nous avons bénéficié grâce à vous, nous ont permis de mener à bien ce travail. De tout coeur nous vous disons merci: et nous vous promettons de nous atteler à suivre l'exemple d'abnégation et de rigueur que vous avez incarné pour nous tout au long de notre passage à vos côtés. Merci infiniment.

Au Docteur André Yaméogo,

Un aîné toujours disponible, un conseiller très avisé, voilà ce que nous avons trouvé en vous lorsque nous avons sollicité votre aide pour ce travail. Merci de nous avoir témoigné une si grande compréhension, de nous avoir permis de perturber parfois votre emploi du temps.

Au Docteur Jean-Baptiste ANDONABA,

Merci pour votre contribution à ce travail, pour vos conseils pertinents et pour la documentation dont vous nous avez fait bénéficier.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

Aux Docteurs Hélène TRAORE, Haoua TRAORE, Sylvestre BONKOUNGOU.

Pour la constante disponibilité dont vous avez fait preuve lors de la collecte des données pour cette étude.

Aux infirmières du service de Pédiatrie,

Pour votre constante amabilité.

Au Docteur Michel Cartoux au Centre Muraz,

Pour la disponibilité dont vous avez fait preuve lors de l'élaboration du questionnaire d'enquête.

Aux Docteurs Wangré, Sombié, Tiendrebeogo, tous au Centre Muraz,

Pour les conseils pertinents et la documentation dont vous nous avez fait bénéficier tout au long de ce travail.

Au docteur Philippe VAN DE PERE Directeur du Centre Muraz,

Pour votre amabilité et votre grande disponibilité.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

**A NOS MAÎTRES ET
JUGES**

A notre maître et directeur de thèse le Professeur François René TALL

Maître de conférence agrégé

Professeur agrégé de pédiatrie

Nous avons toujours eu de l'admiration pour vos qualités humaines et scientifiques. Au delà de votre rôle de maître, vous avez parfois été pour nous comme un père, nous enseignant aussi l'école de la vie. Nous avons été honorée de travailler dans votre service. Permettez nous de vous remercier sincèrement pour votre disponibilité à notre égard et de vous témoigner nos sentiments de respect et de reconnaissance.

A notre maître et codirecteur de thèse Dr. NACRO Aboubacar

Malgré vos nombreuses occupations, vous nous avez encadré pour la finalisation de ce travail. Nous avons par ailleurs bénéficié tout au long de notre passage dans le service de Pédiatrie de vos conseils tant sur le plan médical, que de la vie en général. Nous vous en sommes reconnaissante et vous en remercions sincèrement.

A notre maître et président du jury le Professeur Agrégé Jean TESTA

Professeur Agrégé d'Epidémiologie

Chef du Département de santé Publique à la F.S.S

Votre présence dans notre jury nous honore. Nous vous sommes reconnaissante de bien vouloir juger ce travail.

Nous gardons de bons souvenirs de votre enseignement en Santé Publique et en Méthodologie de la Recherche. Nous espérons que votre retour prochain dans votre pays d'origine ne sera pas un adieu mais un au revoir afin de nous permettre d'en apprendre toujours plus avec vous.

A notre maître et juge le Docteur Issa SANOU

Maître assistant en PEDIATRIE

C'est pour nous un insigne honneur de vous savoir membre de notre jury. Votre ardeur et votre rigueur au travail, votre disponibilité allant de paire avec une constante amabilité, votre modestie et vos qualités de chercheur forcent l'admiration et le respect. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A notre maître et juge le Docteur Rigobert THIOMBIANO

Infectiologue

Assistant chef de clinique.

Ce fut pour nous une heureuse surprise de savoir que vous seriez de nos juges!

Vous nous avez témoigné une affectueuse attention depuis un jour du mois de Mai 1994 quand nous avons eu le privilège de faire votre connaissance. Depuis nous admirons sans cesse votre amour de la rigueur et du travail bien fait.

Soyez assuré de notre gratitude.

NOTRE ETUDE

SOMMAIRE

I. ENONCE DU PROBLEME	23
II. OBJECTIFS	26
II-1. Objectif Général.....	28
II-2. Objectifs spécifiques.....	28
III. GENERALITES	29
III-1. Le cadre de l'étude.....	30
III-1-1. Le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Sanou Sourou (CHNSS).....	30
III-1-2. Le laboratoire d'analyse du Centre Muraz.....	30
III-1-3. Le Centre Solidarité Action Sociale (Centre SAS).....	31
III-2. Etude bibliographique : Rappel sur l'infection à VIH et le sida.....	32
III-2-1. Les virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	32
III-2-2. Epidémiologie de l'infection à VIH.....	34
III-2-3. Physiopathologie.....	38
III-2-4. Histoire naturelle de l'infection à VIH.....	41
III-2-5. Diagnostic biologique de l'infection à VIH.....	45
III - 2 - 6. Prise en charge thérapeutique.....	50
IV. METHODE	58
IV-1. Technique d'étude.....	59
IV-2. Lieu de l'étude.....	59
IV-3. Période.....	59
IV-4. Echantillon.....	59
IV-5. Recueil des données.....	59
IV-6. Choix du moment de l'entretien.....	60
IV-7. Critères d'inclusion :.....	61
IV-8. Prise en charge prévue pour ceux qui accepteraient le dépistage.....	61
IV - 89 Considérations éthiques.....	62
IV-10. Limites et biais de la méthode.....	63
V. RESULTATS	63
V-1. Caractéristiques de notre échantillon.....	64
V-1-1. Caractéristiques des parents reçus pour les entretiens :.....	65
V-1-2. Caractéristiques des conjoints des parents recrutés:.....	70
V-1-3. Caractéristiques des enfants dont les parents ont été recrutés.....	72
V-2. Connaissances sur le VIH/sida des parents reçus pour les entretiens:.....	77
a/ Connaissance de l'existence de la maladie :.....	77
b/ Connaissance des modes de contamination de l'adulte :.....	77
c/ Connaissances des parents en matière de sida de l'enfant.....	81
d/ La notion de séropositivité :.....	82
V-3. Croyances - comportements en matière de sida et de sujets sur la sexualité.....	86
a/ Le sida est-il lié au comportement ou à d'autres phénomènes non maîtrisables ?.....	86
b/ La peur du sida.....	86
c/ Le sida : une maladie honteuse ?.....	87
d/ Utilisation du préservatif :.....	88
e/ Les raisons de la non utilisation du préservatif :.....	89
f/ Appréciation de l'efficacité du préservatif.....	91
g/ Communication (orale) en matière de contraception , MST, sexualité :.....	92
V - 4. Acceptabilité du test de dépistage de l'infection à VIH :.....	95
V - 4 - 1. : Lorsque le test est proposé comme un examen dans le cadre de l'hospitalisation de l'enfant (sans aucune précision sur les conditions pratiques de réalisation du test).....	95
V - 4 - 2. Après avoir précisé aux parents les conditions réelles du dépistage, à savoir qu'il est payant, fait à titre externe, avec garantie de la confidentialité :.....	102
VI. DISCUSSION	106
VII. Conclusion	122
VIII. Recommandations	124
BIBLIOGRAPHIE	126
ANNEXES	134

I : ENONCE DU PROBLEME

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) atteint aujourd'hui, à des degrés variables, l'ensemble des pays du monde. Si l'épidémie est mondiale, c'est sans conteste dans les pays en développement (PED), notamment ceux d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes, que la pandémie est de loin la plus dévastatrice. L'Afrique est le continent le plus touché par l'infection à VIH tant chez les adultes que chez les enfants: sur 22 millions de personnes infectées dans le monde, 14 millions vivent en Afrique [1].

La transmission hétérosexuelle du virus a entraîné une prévalence élevée de l'infection chez les femmes en âge de procréer. Une mère infectée par le VIH, peut transmettre le virus à son enfant: dans l'ensemble, on estime que 10% de toutes les infections sont liées à ce mode de contamination dénommée transmission mère-enfant (TME). Le taux de TME oscille entre 15 et 40 % et le nombre d'enfants infectés de cette façon est évalué à près de 2 millions en 1995 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS): 90 % de ces enfants sont des Africains.

Le sida chez l'enfant, est donc devenu au même titre que la pandémie qui sévit chez les femmes en âge de procréer, un problème majeur de santé publique.

Le sida de l'enfant est une maladie de la famille. En effet, si la transmission sexuelle explique l'expansion en Afrique de l'épidémie chez les adultes, chez l'enfant infecté par le VIH, l'origine de l'infection est maternelle dans l'immense majorité des cas. Il se pose alors en pratique médicale courante, le problème de la prise en charge de la cellule familiale. La prise en charge en matière d'infection à VIH comporte une composante essentielle, le dépistage, qui, pour être optimal, nécessite d'être accompagné d'un conseil. Identifier l'infection à VIH peut améliorer sensiblement

l'efficacité du traitement médical des affections opportunistes ou associées au sida et permet une prise en charge précoce des personnes atteintes. En outre, le dépistage assorti de conseil permet d'intervenir au niveau individuel sur la prévention de la maladie.

En milieu pédiatrique, le dépistage présente quelques spécificités: l'enfant est concerné en premier chef, mais le conseil est adressé à ses parents; ceci rend délicat cet aspect de la prise en charge dans un contexte de stigmatisation très importante de la maladie: en effet, à quel parent doit s'adresser le conseil?

Le conseil de couple étant encore discuté, du fait des problèmes que soulèvent la confidentialité des résultats et les répercussions souvent négatives sur la famille: (renvoi des femmes par leurs maris, abandon d'enfants).

Le sida, maladie dite « sans remède », suscite un sentiment primaire de peur. Cette peur joue un rôle de frein dans la démarche individuelle conduisant au souhait de connaître son statut sérologique: de nombreux sujets préfèrent donc la relative sécurité de l'ignorance à une éventuelle positivité du test qui signifierait pour eux une condamnation à mort. Quelle serait donc l'acceptabilité du dépistage par des parents à qui un test de leur enfant serait proposé, et quels facteurs influenceraient cette acceptabilité?

Le mode principal de transmission du sida est sexuel en Afrique, ce qui contribue pour beaucoup dans la stigmatisation de la maladie et dans les difficultés pour la prise en charge, du fait des tabous sexuels encore importants: notamment en ce qui concerne la prévention de la maladie basée sur l'utilisation du préservatif, qui s'inscrit dans le cadre de campagnes de masse. Quelle appréciation les parents d'enfants hospitalisés ont-ils de ce moyen de lutte et quelle est leur adhésion à son utilisation ?

La prévention de l'infection chez les enfants et adolescents, se heurte également, du fait de valeurs traditionnelles, au refus par de nombreux parents d'aborder les questions sexuelles avec leurs enfants. Quels motifs évoquent-ils pour cela?

Telles sont les interrogations auxquelles tente de répondre cette étude réalisée au sein du service de pédiatrie du CHNSS dans le but d'apporter une contribution à l'amélioration des activités de conseil et à la prise en charge du Sida pédiatrique. En effet l'acceptabilité par les parents du dépistage du VIH pour leurs enfants et pour eux-mêmes conditionne la prise en charge médicale et psychosociale de la famille; une meilleure connaissance des facteurs limitant cette acceptabilité permettrait d'améliorer le contenu du conseil.

II. OBJECTIFS

II-1. Objectif Général

Etudier l'acceptabilité par les parents d'enfants hospitalisés au CHNSS, du dépistage de l'infection à VIH pour leurs enfants et pour eux-mêmes.

II-2. Objectifs spécifiques

- Evaluer les connaissances en matière d'infection à VIH des parents d'enfants hospitalisés au CHNSS.

- Etudier les croyances des parents et leurs comportements face à l'infection à VIH.

- Proposer aux parents un dépistage de l'infection à VIH chez leur enfant puis leur propre dépistage.

- Procéder à ce dépistage chez l'enfant et/ou chez les parents avec leur accord.

- Assurer une prise en charge médicale et psychosociale des enfants qui seront dépistés ainsi que de leurs parents.

III. GENERALITES

III-1. Le cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein du service de pédiatrie du Centre Hospitalier National Sanou Sourou (CHNSS) de Bobo-Dioulasso. Les tests de dépistage de l'infection à VIH ont été réalisés par le laboratoire d'analyse du Centre Muraz. Pour la prise en charge des sujets qui seraient dépistés, le concours du Centre Solidarité Action Sociale nous était assuré.

III-1-1. Le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Sanou Sourou (CHNSS)

Le CHNSS est la structure sanitaire de référence pour les formations sanitaires des régions de l'Ouest, du sud-ouest et du Sud du Burkina-Faso.

Cet hôpital a une capacité d'hospitalisation d'environ 680 lits. Le service de pédiatrie dispose d'environ 140 lits et compte une salle d'urgence, un service d'hospitalisation, une unité de nouveau-nés et un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) qui assure la prise en charge des enfants malnutris.

III-1-2. Le laboratoire d'analyse du Centre Muraz

Situé au secteur 1 de la ville de Bobo-Dioulasso, le Centre Muraz est l'un des centres de recherche de l'Organisation Commune de Coopération et de lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE). Cette organisation qui rassemble huit pays d'Afrique occidentale, (Bénin, Burkina-Faso, Côte D'Ivoire, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo), a pour objectifs de promouvoir une recherche correspondant aux priorités sanitaires des états membres, de

recueillir et diffuser l'information sanitaire, de participer au contrôle efficace des phénomènes endémo-épidémiques dans leurs aspects nécessitant une concertation régionale.

La recherche sur le sida et les rétrovirus constitue un point important de la politique scientifique du Centre Muraz, qui bénéficie dans ce cadre d'un soutien financier du Ministère français de la Coopération, lui permettant d'appuyer des programmes nationaux de lutte contre le sida.

Le Centre Muraz possède en son sein, un laboratoire d'analyses médicales, au service des prescripteurs des différentes formations sanitaires de la ville. Les sérologies VIH effectuées dans le cadre de notre étude ont été réalisées par ce laboratoire où le test de dépistage de l'infection à VIH coûte 700 francs CFA.

III-1-3. Le Centre Solidarité Action Sociale (Centre SAS)

Réseau de solidarité à but non lucratif, le Centre SAS offre aux personnes infectées par le VIH et à leur famille, l'information sur le VIH et le Sida, un soutien psychosocial et économique,... Le Centre regroupe un collectif d'associations, un personnel permanent et des vacataires pluridisciplinaires constitués de professionnels de la santé, de travailleurs sociaux, de psychologues, de juristes. Le Centre SAS constitue un recours important pour la prise en charge psychosociale des personnes contaminées par le VIH et leurs familles. Pour cette étude, son concours nous était assuré.

III-2. Etude bibliographique : Rappel sur l'infection à VIH et le sida

III-2-1. Les virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

a/ Structure et cycle de réplication

Les virus de l'immunodéficience humaine, appartiennent à la famille des rétrovirus. Leur matériel génétique est constitué d'acide ribonucléique (ARN) et ils sont caractérisés par la présence d'une enzyme, la transcriptase reverse ou inverse, qui est une ADN polymérase ARN dépendante, permettant de synthétiser un ADN double-brin, à partir de l'ARN viral dans la cellule infectée par le rétrovirus. Cet ADN néoformé s'intègre de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus. Ce provirus se comporte comme un gène de la cellule infectée et peut, soit rester silencieux en se contentant d'être transmis aux cellules filles à chaque mitose, soit s'exprimer et être transcrit en ARN messager, traduit ensuite en protéine virale pour donner naissance à des particules virales identiques au virus infectieux de départ.

b/ Morphologie

Les VIH sont des virus enveloppés de 80 à 120 nanomètres de diamètre, ayant une forme sphérique. Comme tous les rétrovirus, ils possèdent :

- une enveloppe externe avec une partie lipidique, associée à des glycoprotéines;
- une nucléocapside excentrée et cylindrique;

- un génome organisé en trois régions codantes (le gène "gag" codant pour les composantes de la nucléocapside, le gène "pol" qui code pour les enzymes nécessaires à la réplication virale, dont la transcriptase reverse, et le gène "env." qui code pour les glycoprotéines d'enveloppe).

Dans la cellule hôte, ce génome se présente sous la forme d'un ADN proviral double brin encadré par deux séquences répétitives dénommées LTR (*Long Terminal Repeat*). Elles contiennent l'information nécessaire à l'intégration du virus. Il existe par ailleurs de nombreux gènes de régulation, dont certains sont spécifiques au VIH1 (exemple "vpu") ou au VIH2 (exemple "vpx").

Les deux virus VIH (VIH1 et VIH2) ne présentent qu'une homologie partielle, leurs ARN n'ayant que 42% de similitude; il s'agit de deux espèces virales différentes qui partagent certaines propriétés biologiques (tropisme pour les lymphocytes T4), la même morphologie en microscopie électronique, mais qui sont antigéniquement distinctes. Ainsi, la protéine d'enveloppe du VIH2 n'est pas reconnue par les anticorps anti-enveloppe du VIH1. Les tests sérologiques destinés exclusivement au VIH1 ne peuvent pas détecter les anticorps anti-enveloppe de VIH2 qui nécessitent l'usage de tests spécifiques VIH2, ou des tests mixtes VIH1 - VIH2.

c/ Propriétés structurales

Une caractéristique majeure de cette famille de virus est la diversité structurale (grande variabilité). Les variations virales trouvent leur explication à plusieurs niveaux: la transcription de l'ARN en ADN s'accompagne d'erreurs de codage fréquentes, mais assez bien tolérées. Les réarrangements génomiques (délétion, duplication, inversion), sont aussi

fréquents. Enfin lorsqu'au moins deux souches co-infectent une même cellule, le taux de recombinaison est élevé.

Ainsi des différences de propriétés biologiques existent d'un virus à l'autre, notamment en ce qui concerne le type cellulaire infecté (tropisme cellulaire), la toxicité (effet cytopathogène), et la vitesse de réplication. Ces propriétés sont à l'origine d'une grande capacité adaptative permettant donc en permanence aux virus présents dans l'organisme de trouver une solution génétique pour échapper aux attaques dirigées contre eux; les attaques immunitaires sélectionnent des variantes antigéniques; les attaques thérapeutiques sélectionnent des mutants de résistance. Ce phénomène est l'un des obstacles à l'élaboration d'un vaccin.

Une autre caractéristique du VIH mérite d'être soulignée car elle n'est pas sans conséquences au plan de la mise en oeuvre des mesures prophylactiques: Virus doté d'une enveloppe glycoprotéique, il est en principe fragile: en fait s'il est sensible à la chaleur et à la plupart des désinfectants usuels, (eau de Javel, alcool, aldéhydes) il est plus résistant qu'on ne le souhaiterait, en particulier face aux rayonnements (ultraviolets et gamma sont sans effet). Il peut rester actif plusieurs jours dans le milieu extérieur, en particulier en phase humide (exemple: éponge ayant servi à essuyer des tâches de sang sur une paille) [2].

III-2-2. Epidémiologie de l'infection à VIH

a/ Quelques données chiffrées

Depuis le début de l'épidémie mondiale (début des années 80 jusqu'en 1996), l'OMS estime que près de 28 millions de personnes ont été infectées par le virus du SIDA dont 25,5 millions d'adultes et 2,5 millions d'enfants.

Sur ces 28 millions, 4.5 millions d'adultes et 1.3 millions d'enfants seraient décédés.

Environ 22 millions de personnes dans le monde vivent donc actuellement avec le VIH SIDA, dont 21 millions d'adultes et 1 million d'enfants.

Environ 42% des adultes atteints sont des femmes et leur proportion va en augmentant[3].

La répartition des cas est différente en fonction des régions du monde: Plus de 90% des adultes vivant avec le VIH/SIDA habitent des pays en développement. C'est dans les pays d'Afrique subsaharienne que l'on constate la plus forte prévalence du VIH au sein de la population adulte.

Au Burkina-Faso, la séroprévalence de l'infection était estimée à 7% dans la population générale en 1994. Elle était évaluée à 11% dans un échantillon de femmes enceintes à Ouagadougou et à 12.7% à Bobo-Dioulasso la même année [5].

b/ Réservoir de virus

Si l'homme est le seul réservoir de virus, il convient d'insister sur le rôle du porteur asymptomatique. C'est en effet ce dernier qui joue le rôle essentiel dans la transmission du virus et de l'épidémie parce qu'il ne connaît pas son statut sérologique, qu'il n'a pas aisément les moyens de le connaître (difficulté d'accès au diagnostic), qu'il ne connaît pas les méthodes visant à limiter les risques de transmission, qu'il ne peut pas ou ne veut pas les adopter.

c/ Les modes de transmission

"Le SIDA est essentiellement une maladie sexuellement transmissible (MST) qui, comme certaines autres MST peut se transmettre aussi par voie sanguine ou périnatale" [6].

c-1. Transmission par la voie sexuelle

Elle représente par excellence le mode direct de contamination.

La transmission sexuelle du VIH est de loin le mode de contamination le plus fréquent. Elle peut s'effectuer au cours des rapports hétérosexuels ou homosexuels. Un seul contact est suffisant. Le sperme et les sécrétions vaginales contiennent de nombreuses cellules immuno-compétentes porteuses de la molécule CD4. C'est pourquoi ces sécrétions biologiques sont très facilement infectées par le VIH.

Le risque de transmission dépend largement de la charge virale présente chez le sujet contaminant c'est à dire du stade évolutif de l'infection chez celui-ci et de l'existence d'une maladie sexuellement transmissible.

Toutes les pratiques sexuelles ont été évoquées dans la contamination des partenaires. Le nombre de partenaires est toujours retrouvé comme principal facteur de risque pour la contamination. Plusieurs études montrent une fréquence moindre de contamination de l'homme par la femme que de la femme par l'homme [3].

c-2. Transmission par la voie sanguine

Elle est le plus souvent **indirecte**.

Toute effraction cutanée ou muqueuse mise en contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé, peut être une porte d'entrée au VIH. C'est le cas :

- lors de la transfusion sanguine ou de dérives sanguins contaminés. Le dépistage systématique chez les donneurs de sang permet de considérer que ce mode de transmission est contrôlé sur le plan épidémiologique.

- lors de blessures "iatrogènes" au moyen d'une aiguille hypodermique et d'instruments chirurgicaux, ou de blessures "volontaires" (toxicomanie intraveineuse, tatouages et scarifications rituelles). Le risque de contamination en milieu hospitalier est relativement faible [4].

C'est également le cas lors du contact de lésions dermatologiques ouvertes avec du sang contaminé souillant un instrument, de la literie ou un pansement.

Cette voie de transmission sanguine peut être **directe**, par exemple lors de manipulations imprudentes d'un blessé qui saigne par des sujets ne portant pas de gants mais présentant des excoriations cutanées au niveau des mains.

c-3. Transmission par la voie périnatale

Elle est toujours directe, encore appelée voie verticale maternofoetale.

Cette transmission peut s'effectuer au cours de la grossesse (par voie transplacentaire), de l'accouchement, de l'allaitement. Elle se produit dans

15 à 25% des cas dans les pays du nord mais en Afrique ce risque est compris entre 30 et 40%. Le stade d'infection chez la mère semble influencer le risque de la transmission.

Il est à présent possible de réduire l'incidence de la transmission materno-foetale du VIH grâce à la prise d'antiretroviraux durant la grossesse par certains gestes d'asepsie lors de l'accouchement, et l'absence d'allaitement par la mère après l'accouchement. Toutefois, ces options ne sont pas disponibles pour toutes les femmes - ou uniquement pour les femmes qui se savent infectées par le VIH ou malades du sida.

c-4. Absence de transmission démontrée:

Le virus a aussi été isolé dans la salive, les larmes, et l'urine, mais en trop faible quantité pour représenter un risque de contamination au cours de la vie quotidienne.

Le virus ne se transmet ni par l'air, ni par l'eau, ni par la nourriture, ni par le contact avec la peau saine, ni par les piqûres d'insectes.

Le linge, les vêtements utilisés par les séropositifs ne transmettent pas le VIH, et il n'y a pas de mesures particulières pour le linge ordinaire.

Il n'y a aucun risque à vivre avec les personnes porteuses du virus si l'on respecte les règles d'hygiène ordinaire.

- Aucun vecteur animal ne peut être incriminé dans la transmission.

III-2-3. Physiopathologie

Les VIH ont un tropisme important vis-à-vis des lymphocytes T4 et des macrophages bien que d'autres cellules de l'organisme puissent être également atteintes; le tropisme pour les lymphocytes T4 semble dû à une

interaction entre l'enveloppe du virus et une protéine de la membrane des T4 (antigène CD4).

Le macrophage joue un rôle-clé dans la physiopathologie de l'infection à VIH. Cette cellule présente les antigènes, et constitue un véritable rempart non spécifique contre les agressions. Son infection a un certain nombre de conséquences :

- la dissémination du VIH dans l'ensemble de l'organisme, les macrophages possédant un pouvoir de circulation extrêmement élevé au sein de l'organisme:

- le fait que le macrophage ne semble pas mourir lors de la réplication implique que ce type cellulaire constitue fort probablement le réservoir naturel du VIH in vivo.

Outre son rôle de réservoir de virus, le macrophage permettrait la transmission directe intercellulaire du virus aux lymphocytes T.

L'affinité pour les cellules CD4 a pour conséquence l'apparition progressive d'une déplétion de ceux-ci et, par conséquent, une baisse de l'immunité cellulaire. En effet les lymphocytes T4, appelés aussi auxiliaires/inducteurs ("helper/inducer") jouent un rôle central au cours de la réponse immune, en apportant une aide :

- à la sécrétion d'anticorps par les lymphocytes B, anticorps permettant la lutte contre les infections virales et les infections à bactéries pyogènes:

- aux cellules cytotoxiques, importantes dans la défense contre les infections virales:

- à l'activation des macrophages, et donc à la phagocytose des parasites, des champignons, et des bactéries intracellulaires (mycobactéries, salmonelles).

Ainsi au cours de l'infection à VIH, infection lente mais progressive, l'évolution habituelle se fera vers la diminution progressive des performances immunitaires cellulaires en même temps qu'augmente la charge virale. A partir d'un certain seuil, la fragilité de l'organisme s'exprimera par une sensibilité plus grande à l'égard de certains germes communautaires, mais surtout par la réactivation d'agents pathogènes présents dans l'organisme et normalement contrôlés par l'immunité. Ces agents, dits opportunistes (car ne pouvant, en général s'attaquer qu'à un hôte immunodéprimé), peuvent être des virus, des bactéries, des champignons ou des parasites. Selon leur capacité de virulence, ils s'exprimeront à partir de tel ou tel seuil d'immunodépression.

Aux stades précoces de la maladie, lorsque les fonctions immunitaires sont peu perturbées, seuls les germes les plus agressifs (*mycobactérium tuberculosis*, pneumocoque) pourront s'exprimer. Aux stades tardifs, lorsque l'immunodépression est majeure, même des germes habituellement peu ou non pathogènes (opportunistes) entraîneront des complications.

Le VIH2 semble moins pathogène que le VIH1. Il provoque le SIDA mais les périodes de latence semblent prolongées .

III-2-4. Histoire naturelle de l'infection à VIH

a. Chez l'adulte

L'évolution clinique chez l'adulte, comprend classiquement trois stades :

a-1. Le stade de primo-infection:

L'infection par le VIH commence par la transmission du virus, l'établissement de l'infection et la réponse immunitaire permettant dans un premier temps de la contrôler. Après exposition au VIH, l'infection définitive n'est cependant pas systématique. Des infections abortives ont été mises en évidence chez des sujets exposés au VIH (prostituées en Afrique et homosexuels) restant séronégatifs malgré des expositions répétées. Des lymphocytes CD8 activés réagissant spécifiquement avec des antigènes du VIH ont été isolés chez ces patients, alors que les cultures virales restent négatives.

Lorsqu'elle est cliniquement apparente, la primo-infection se caractérise par un syndrome mononucléosique survenant deux à six semaines après la contamination. Les signes les plus fréquents observés sont: éruption cutanée ou muqueuse, fièvre, myalgies, arthralgies, céphalées, diarrhée, pharyngite, candidose buccale, lymphadénopathie, et parfois manifestations neurologiques.

Parmi les anomalies biologiques non spécifiques souvent rencontrées, une thrombopénie ou une cytolyse hépatique sont évocatrices. L'antigénémie P24 précède la séroconversion qui apparaît habituellement en moins de trois

mois. Parallèlement à la détection de l'antigénémie p24, une déplétion transitoire des lymphocytes CD4⁺ est habituellement observée.

a-2. Le stade précoce de l'infection par le VIH:

Après la séroconversion, le taux de lymphocytes CD4⁺ se normalise chez la plupart des patients, puis diminue progressivement de 60 à 100 /mm³ tous les ans. Lorsque ce taux est proche de 200 /mm³, l'immunosuppression est sévère, et les patients sont le plus souvent symptomatiques. Avant cela les patients sont peu ou pas symptomatiques.

Cliniquement les patients sont le plus souvent asymptomatiques. Un syndrome de lymphadénopathies persistantes généralisées, des infections dites mineures (zona, candidose buccale, infections de la sphère ORL...), des manifestations neurologiques (neuropathies périphériques), des manifestations auto-immunes (purpura thrombopénique, anticoagulant circulant...), une tuberculose (souvent pulmonaire à ce stade), ou encore des manifestations tumorales (maladie de Kaposi, lymphome malin non hodgkinien), peuvent apparaître durant cette période.

a-3. Le stade avancé de l'infection par le VIH:

C'est à ce stade, lorsque le taux de lymphocytes CD4⁺ est proche de 200 /mm³, qu'apparaissent les infections indicatrices de sida, avec en premier lieu la pneumopathie à pneumocystis carinii. Lorsque le taux de CD4⁺ continue à baisser et devient inférieur à 100 puis à 50 /mm³, les infections se multiplient et s'associent: toxoplasmose cérébrale, infection à cytomégalovirus, cryptococcose.. Aux symptômes provoqués par ces

infections. viennent s'ajouter le syndrome cachectique associé au VIH, les infections bactériennes iatrogènes et nosocomiales, les effets secondaires des médicaments.

Ces différents tableaux cliniques ont permis d'établir une classification internationale définie en 1993 par le Center of Disease Control (CDC). Elle distingue trois groupes de patients:

- la catégorie A regroupe les patients au stade de primo-infection et les patients séropositifs asymptomatiques ou présentant une lymphadénopathie généralisée:

- la catégorie B concerne les patients ayant des manifestations cliniques mineures non comprises dans la liste des pathologies indicatrices du SIDA:

- la catégorie C correspond à la définition du SIDA.

Toute prise de décision diagnostique ou thérapeutique, doit être liée à la classification.

b. Infection à VIH chez l'enfant

A la naissance l'examen clinique est habituellement normal chez les enfants nés de mère VIH positive qu'ils soient ou non contaminés. La sérologie (Elisa ou Western Blot) est positive du fait du transfert passif des anticorps à travers le placenta et ne fournit aucune information quant à la contamination. Seule la mise en évidence du virus, ou d'une antigénémie (antigène p24) permet de faire la preuve d'une contamination.

Chez l'enfant infecté, on distingue 2 types de profils évolutifs:

- une forme rapidement évolutive: elle pourrait correspondre à une infection in-utéro précoce et aboutit à la constitution d'un sida en 3 à 15 mois avec encéphalopathie dans 70 à 80% des cas:

- une forme lentement progressive: elle pourrait être liée à une contamination plus tardive: le délai d'apparition du sida est de 2 à 10 ans: les troubles neurologiques sont plus rares.

Entre 6 et 18 mois peuvent apparaître hépatosplénomégalie, polyadénopathie, cassure de la courbe staturo-pondérale, épisodes infectieux à répétition en particulier ORL et surtout candidoses. Les manifestations neurologiques sont très caractéristiques: hypotonie axiale et syndrome pyramidal diffus avec hypertonie des membres d'apparition progressive, arrêt et perte des acquisitions psychomotrices.

Les formes paucisymptomatiques représentent environ 70% des cas et les formes asymptomatiques sont rares [5].

III-2-5. Diagnostic biologique de l'infection à VIH

a. Le diagnostic indirect

Les protéines virales sont immunogènes, donc inductrices d'anticorps chez le sujet infecté. De nombreuses méthodes sont à la disposition des laboratoires pour le dépistage de ces anticorps. Cependant, le délai moyen d'apparition des anticorps est de 6 à 8 semaines.

a-1. Immunofluorescence

Des cellules lymphocytaires infectées par le virus sont déposées et fixées sur des lames de microscope : des cellules identiques non infectées servent de témoins et permettent d'éliminer les fixations non spécifiques. Le sérum à étudier est mis à incuber. Les anticorps présents se fixent sur les cellules et sont révélés par une antiglobuline humaine marquée à l'isothiocyanate de fluorescéine (principe de l'immunofluorescence indirecte). Une réaction positive se traduit par une fluorescence visible uniquement à la périphérie des cellules infectées; une fluorescence observée également sur le témoin signe une fixation non spécifique d'anticorps reconnaissant les éléments et non le virus.

Excellente technique, très sensible mais difficile à standardiser, susceptible d'interprétation erronée et qui se prête mal au dépistage de routine.

a-2. Techniques immunoenzymatiques

La méthode ELISA (Enzym Linked Immuno-Sorbent Assay) est celle qui est le plus souvent utilisée en première intention. Il s'agit de techniques immuno-enzymatiques en milieu liquide, utilisant des anticorps ou dans certains cas un antigène couplé à une enzyme. La révélation s'effectue après addition du substrat de l'enzyme, et la lecture de la réaction colorée est quantifiée par un spectrophotomètre. Cette méthode est simple, sensible, spécifique et rapide.

Les techniques ELISA peuvent être utilisées dans le sang et dans les autres liquides biologiques de l'organisme (LCR ...). Il existe plusieurs variantes: technique "sandwich", technique par "compétition".

Malgré une excellente sensibilité et spécificité, la proportion de résultats faussement positifs reste significative, surtout quand le dépistage est pratiqué dans une population à faible prévalence. Le diagnostic doit donc être confirmé par une autre technique (le plus souvent Western Blot).

a-3. Techniques d'agglutination

Des billes de polystyrène ou des hématies humaines servent de support aux protéines virales du VIH: elles forment un réseau d'agglutination visible à l'oeil nu: ces tests peuvent s'effectuer sur lame ou sur plaque de micro-agglutination (hémagglutination passive avec lecture du culot de sédimentation des hématies).

a-4. Radio-immunoprécipitation (RIPA)

Elle utilise un virus marqué par un isotope radioactif (en général cystéine 35): le lysat viral contenant les antigènes à l'état natif est incubé avec les sérums à tester. Les complexes immuns formés sont alors captés sur un support d'affinité telles que des billes de protéines A-Sépharose . Les antigènes viraux retenus par les anticorps spécifiques sont ensuite élués et séparés en fonction de leur poids moléculaire sur gel de polyacrylamide. La révélation est effectuée par autoradiographie. Cette technique met en évidence préférentiellement des anticorps dirigés contre les protéines d'enveloppe, et de ce fait elle constitue un apport complémentaire d'information pour les échantillons sériques d'interprétation délicate en Western-Blot.

La RIPA est donc un test de confirmation très sensible, mais d'emploi délicat et réservé à quelques laboratoires agréés.

a-5. Le Western Blot (ou immuno-transfert):

Technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité, Le Western Blot est une technique immuno-enzymatique, dont le principe est le suivant: Les antigènes viraux dénaturés puis séparés par électrophorèse selon leur poids moléculaire, sont transférés sur un support solide de nitro-cellulose. Une bandelette de ce filtre est découpée dans le sens de la migration, de façon à comporter l'ensemble des protéines virales, puis incubée avec le sérum à étudier. Après lavage, les complexes antigène-anticorps sont mis en évidence par une antiglobuline humaine conjuguée à une enzyme. L'utilisation d'un substrat chromogène permet la visualisation

des différentes bandes réactives. Cette méthode auparavant longue et coûteuse, est aujourd'hui d'utilisation aisée dans les laboratoires grâce à la commercialisation de bandelettes prêtes à l'emploi.

Quelles que soit la sensibilité et la spécificité des tests employés, la sérologie sera en défaut au cours de la période de latence: elle sera difficilement interprétable en tout début de conversion, et chez l'enfant né de mère séropositive: en effet les anticorps maternels peuvent persister longtemps, (environ 15 mois) et masquer la séropositivité personnelle de l'enfant. Dans cette circonstance, les méthodes de diagnostic direct peuvent permettre de poser le diagnostic.

Un résultat négatif six mois après une éventuelle contamination doit être considéré comme définitivement négatif vis-à-vis de cette exposition .

b. Le diagnostic direct

- *La recherche de l'Antigène viral* : se fait par une technique ELISA. Ce test, peu sensible, est le témoin d'une répllication importante du virus lorsqu'il est positif.

- *La mise en évidence directe du virus* : l'isolement viral se fait par culture de lymphocytes périphériques. Il peut se faire à partir du plasma ou à partir des cellules qui mesurent respectivement le taux de répllication virale ou l'importance du réservoir lymphocytaire.

- *La détection de matériel génétique viral* : Le type de détection par amplification enzymatique de l'ADN proviral ou PCR (polymerase chain reaction), se pratique dans les laboratoires de recherche, et n'est pas disponible en test commercial. Les lymphocytes sont prélevés, l'ADN (contenant éventuellement le génome du virus VIH) est recueilli, certains

segments de gènes du virus VIH sont amplifiés et vont pouvoir être détectés facilement (s'ils existent).

Ces techniques de diagnostic direct, sont des techniques virologiques encore lourdes et coûteuses, et sont utilisées essentiellement :

- dans le diagnostic de l'infection néonatale, pour prédire si un enfant né de mère VIH positive est infecté pendant la période périnatale avant la disparition des anticorps maternels;

- dans les essais thérapeutiques.

c/ Le suivi biologique

Son objectif est d'évaluer les conséquences de l'infection à VIH sur le système hématologique et immunologique, d'identifier les infections associées et de poser au mieux les indications thérapeutiques en fonction de l'évolution des connaissances.

- La charge virale

C'est le nouvel outil du suivi biologique. La charge virale est la quantité de virus présents à l'état latent ou répliatif chez un sujet infecté. Sa mesure, de plus en plus précise grâce au développement de la biologie moléculaire, possède une grande valeur informative sur l'évolution de la maladie et sur l'efficacité thérapeutique antivirale mise en oeuvre.

L'étude de la charge virale a renouvelé les concepts physiopathologiques de l'infection par le VIH. Elle a en effet permis d'objectiver l'existence d'une répliation virale active à tous les stades de la maladie et d'affirmer l'absence de phase de latence biologique. C'est un argument essentiel pour une prise en charge thérapeutique des patients dès les premiers stades de la maladie.

Par ailleurs le niveau de charge virale circulante est un marqueur pronostique de la progression de l'infection, indépendant, et plus précoce que la numération des CD4.

- La numération des lymphocytes CD4+ circulants

- A défaut de la charge virale, la numération des lymphocytes CD4+ circulants reste un élément-clé du suivi biologique des patients infectés par le VIH. La première mesure devrait être effectuée lors du bilan initial servant de référence. En cours d'évolution, cet examen représente le paramètre principal de la conduite prophylactique : en-dessous de 200 CD4/mm³, il existe un risque important d'infections opportunistes dont certaines peuvent faire l'objet d'un traitement prophylactique.

La très faible accessibilité de la charge virale et de la numération des CD4 dans les PED, a suscité des études en cours actuellement, pour apprécier l'apport de paramètres facilement accessibles (tels la formule sanguine, le taux d'hémoglobine) dans une approche indirecte du taux des lymphocytes T CD4+ [6]

III - 2 - 6. Prise en charge thérapeutique

Elle repose essentiellement sur deux éléments :

- La prise en charge des infections opportunistes et des syndromes tumoraux;
- La thérapeutique antiretrovirale, actuellement en plein essor.

a/ Prise en charge des affections opportunistes, et des syndromes tumoraux

a-1. Les affections opportunistes:

Une majorité des infections opportunistes bénéficie d'un traitement. Cette possibilité thérapeutique justifie sans conteste de poser les diagnostics le plus précocement possible : Toutefois, en dépit de ces possibilités curatives, l'absence de rétablissement de l'immunité explique que les rechutes soient fréquentes, obligeant à un traitement d'entretien (prophylaxie secondaire). Plutôt que d'attendre leur survenue, mieux vaut les prévenir autant que faire se peut, par une prophylaxie dite primaire, instituée dès que le chiffre de CD4 met le sujet en situation de voir apparaître ces infections (CD4 < 200/mm³).

Les infections très fréquentes que sont la pneumocystose et la toxoplasmose sont sensibles au cotrimoxazole qui apparaît comme la prophylaxie de référence, actif sur *Pneumocystis carinii* et le *Toxoplasma gondii*.

a-2 Traitement des tumeurs:

La maladie de Kaposi ne justifie pas de traitement en cas d'atteinte cutanée localisée, unique, peu évolutive. L'extension des lésions et leur nombre important justifie un traitement.

Les résultats initiaux souvent favorables sont secondairement moins bons, échappant à toute solution thérapeutique satisfaisante.

Les lymphomes: Ils réagissent souvent à des polychimiothérapies, mais l'efficacité à moyen terme est des plus incertaine [7].

b. Traitement spécifique de l'infection par le VIH

La responsabilité du virus de l'immunodéficience humaine, dans la survenue du sida ou d'états apparentés, justifie l'utilisation de thérapeutiques spécifiquement dirigées contre ce virus. Elle constitue aujourd'hui l'élément dominant de la recherche thérapeutique.

Depuis la découverte de l'AZT, de nombreux progrès ont été faits grâce à une meilleure connaissance des mécanismes de multiplication virale du VIH, des évolutions des résistances, des problèmes de tolérance, mais aussi à une mise au point de nouvelles molécules efficaces.

b-1. Les inhibiteurs de la transcriptase reverse (TR)

Il existe plusieurs familles d'inhibiteurs de la TR: Les analogues nucléosidiques, et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse.

b-1-1. Les analogues nucléosidiques:

La Zidovudine (AZT)

C'est le traitement de référence commercialisé sous le nom de **Retrovir**. C'est une molécule lipophile présentant une bonne diffusion dans les compartiments de l'organisme (système nerveux central et placenta), ce qui explique son utilisation dans les manifestations neurologiques de l'infection à VIH, et pendant la grossesse afin de réduire le risque de transmission maternofoetale.

Ses effets biologiques se manifestent par une augmentation du chiffre absolu des lymphocytes CD4, maximal au deuxième mois mais reprenant sa valeur initiale au 6ème mois en moyenne, réamorçant sa courbe descendante le plus souvent ultérieurement.

Ses effets secondaires sont essentiellement hématologiques (anémie, leuconéutropénie), digestifs (nausées, anorexie), musculaires (myosite), et généraux (aspécifiques, asthénie, céphalées, malaises). Dose-dépendants, ils sont réversibles à l'arrêt du traitement.

Compte tenu des effets secondaires, un contrôle de l'hémogramme doit être pratiqué régulièrement.

La didanosine ou ddi (2', 3' didéoxyinosine),

C'est le deuxième antirétroviral commercialisé sous le nom **Videx**. Préconisé dans les cas d'intolérance à l'AZT ou d'aggravation sous AZT.

Son utilisation se traduit initialement par une augmentation du poids, l'amélioration de l'état général, et biologiquement une augmentation du taux de lymphocytes CD4.

Ses effets secondaires sont essentiellement pancréatiques, et neurologiques.

La zalcitabine ou ddc (didéoxycitidine)

Commercialisé sous le nom d'**Hivid**, son intérêt s'est montré inférieur en comparaison avec l'AZT, mais son utilisation, en alternance ou en association avec l'AZT entraîne un prolongement de l'augmentation des lymphocytes CD4.

Ses effets secondaires sont surtout neurologiques, et dermatologiques (rash, stomatites, ulcérations buccales).

D'autres dérivés nucléosidiques sont en cours de développement : **La stavudine ou d4T, La lamuvidine ou 3TC.**

Des stratégies d'utilisation des molécules disponibles telles que les associations doubles ou triples, permettent d'augmenter l'efficacité et de retarder ou d'empêcher la survenue des résistances. Ces stratégies sont en évaluation.

b-1-2. Les analogues non nucléosidiques

La **névirapine**, le **lovoride**, la **delavirdine** et l'**atevirdine**, sont également des molécules antirétrovirales ayant en commun la capacité d'inhiber de façon spécifique la transcriptase inverse du VIH; l'évaluation de ces molécules en clinique est en cours.

b-2. Les inhibiteurs de la protéase du VIH.

Actuellement certains sont utilisables dans des pays européens. en autorisation temporaire d'utilisation: **Le saquinavir, le ritonavir, l'indinavir.**

c. Prévention de l'infection à VIH

c-1. Prévention de la transmission sexuelle.

Cette prévention repose sur la promotion de comportements sexuels non à risque, à savoir la limitation du nombre de partenaires sexuels (fidélité) ou

l'utilisation du préservatif, qui s'intègre dans des campagnes de masse. D'usage théoriquement simple, le préservatif doit être utilisé dans de bonnes conditions techniques: le mettre en place avant toute relation, proscrire toute utilisation de matière huileuse ou grasse qui altère le latex: retirer avant la détumescence. L'utilisation de crèmes ou d'ovules spermicides n'est pas recommandé, même si des études in vitro ont pu montrer leur effet inhibiteur sur le virus: le risque de transmission lors de leur usage est élevé, et serait en rapport avec l'irritation muqueuse qu'ils induisent.

c-2. Prévention de la transmission sanguine.

Se réalise par le dépistage systématique des dons de sang et d'organes, et par l'inactivation des dérivés sanguins. La promotion du matériel à usage unique ou d'une stérilisation adaptée, doit être faite dans les circonstances qui le réclament.

c-3. Prévention de la transmission mère-enfant

Peut être faite par la contraception efficace des femmes séropositives, par l'utilisation au troisième trimestre d'antirétroviraux, par l'absence d'allaitement par la mère séropositive après l'accouchement.

c-4. La prévention par le dépistage

Identifier l'infection à VIH doit avoir deux objectifs:

- Un objectif de santé publique permettant d'intervenir au niveau individuel sur la prévention de la maladie. Dans ce registre un test à la recherche d'anticorps anti-VIH nécessite d'identifier les comportements à risque, d'expliquer comment les éviter, d'expliquer la signification du test, éventuellement de le pratiquer avec l'accord du sujet, et d'annoncer le

résultat en expliquant à la très grande majorité des personnes qui seront négatives comment le rester. Ainsi en terme de prévention individuelle ou collective, un conseil sans test, vaut mieux qu'un test sans conseil.

- L'utilité principale individuelle du dépistage des personnes infectées par le VIH, réside dans la possibilité qu'a un individu de bénéficier des traitements disponibles. Les possibilités thérapeutiques d'aujourd'hui, (existant surtout dans les pays industrialisés), doivent conduire à la démonstration du service rendu à l'individu: le bénéfice des traitements précoces doit être clairement valorisé. Cette démarche implique également un nécessaire dialogue.

Les PED, les plus touchés par la maladie, ne disposent pas encore de tous ces moyens thérapeutiques. L'espoir qu'ils puissent également en bénéficier réside dans la mobilisation de la communauté internationale.

c-5. Vaccination

Toutes les stratégies vaccinales « classiques » ont été testées à ce jour, dans des essais chez l'homme séronégatif, et/ou dans les modèles d'infection chez les primates. Aucune de ces approches ne semble efficace vis-à-vis d'un virus qui se caractérise par son polymorphisme, son pouvoir à s'intégrer dans les cellules du système immunitaire, et sa capacité à se transmettre au travers des muqueuses.

Néanmoins, un vaccin efficace contre le virus du sida reste théoriquement possible, car un grand nombre de stratégies novatrices dans le domaine de l'immunologie n'a pas encore été testé; cependant, ces approches reposent sur des concepts immunologiques démontrés chez le rongeur de laboratoire et dont l'extrapolation à l'homme n'est pas forcément possible. Seul un effort considérable de recherche fondamentale en immunologie humaine constitue le préalable indispensable à la progression

de la vaccinologie anti-lentivirale. La complexité de l'atteinte du système immunitaire chez l'homme infecté d'une part, et l'absence de connaissances précises sur les mécanismes concourant à l'installation d'une immunité protectrice au niveau des muqueuses d'autre part, impliquent la mise en place de programmes d'études physiopathologiques, dont on ne peut raisonnablement attendre les retombées que dans plusieurs années. La prévention et l'information restent donc les seules armes dont dispose la communauté médicale pour tenter d'enrayer l'épidémie d'infection à VIH.

IV. METHODE

IV-1. Technique d'étude

Nous avons réalisé une enquête transversale d'une durée de 6 mois.

IV-2. Lieu de l'étude

L'enquête s'est effectuée dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Sanou Sourou (CHNSS) de Bobo-Dioulasso.

IV-3. Période

L'enquête s'est déroulée du mois de Novembre 1996 au mois de Mai 1997.

IV-4. Echantillon

Il est constitué de 225 parents d'enfants hospitalisés au cours de la période de l'enquête.

IV-5. Recueil des données

▪ Nous avons mené des entretiens sur le Sida avec les parents des enfants hospitalisés dans le service, entretiens au cours desquels:

- nous avons recueilli des informations sur leurs caractéristiques socio-démographiques et les antécédents médicaux, personnels et familiaux de l'enfant:

- nous avons évalué les connaissances des parents en matière d'infection à VIH et sida;

- nous avons recueilli leur appréciation sur le préservatif et l'abord des questions de sexualité avec les enfants:

- nous leur avons proposé un dépistage de l'infection à VIH chez leur enfant puis leur propre dépistage, après avoir corrigé et/ou complété leurs connaissances en matière d'infection à VIH:

nous leur avons demandé d'anticiper sur leur réaction vis-à-vis de leur enfant s'il était séropositif et sur le partage des résultats avec le conjoint.

▪ Aux parents qui ont accepté le principe du dépistage, nous avons donné un bulletin d'examen pour un laboratoire de la ville où se fait le dépistage de l'infection à VIH,(au prix unitaire de 700 francs CFA), afin que le test puisse être fait à titre volontaire et externe.

▪ Nous avons annoncé le résultat du test aux parents qui l'ont effectué et qui sont revenus en chercher le résultat, une prise en charge médicale et psychosociale à la mesure des possibilités locales ayant été prévue pour les enfants et pour leurs parents.

Le recueil des données s'est fait sur la base d'un questionnaire structuré administré sous la forme de l'entretien.

IV-6. Choix du moment de l'entretien

Nous l'avons fixé au moment de la sortie d'hôpital, avant les dernières formalités relatives à l'hospitalisation, cela pour les raisons suivantes:

- au moment de l'admission pour l'hospitalisation , les parents sont en général « stressés » par la situation d'urgence, et ne sont donc pas disponibles psychologiquement pour un entretien long et sur un sujet aussi spécifique que le sida;

- pendant l'hospitalisation, les parents d'enfants hospitalisés communiquent entre eux et cela aurait introduit des biais dans le recueil des données surtout en ce qui concerne les connaissances en matière de VIH-Sida.

IV-7. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans notre étude étaient les suivants:

- Etre parent d'enfants hospitalisés (père et/ou mère).

L'entretien était réalisé avec un seul parent, parfois en présence du conjoint si celui-ci était présent à l'hôpital au moment de la sortie d'hôpital de l'enfant.

- L'enfant devait avoir un âge compris entre 18 mois et 14 ans.

le test de dépistage de l'enfant ne reflète son propre statut sérologique qu'après disparition des anticorps maternels après 18 mois. L'âge limite d'admission en pédiatrie est de 14 ans.

- Tous les enfants hospitalisés en pédiatrie et répondant à ce critère étaient concernés, quelle que soit la pathologie qu'ils présentaient.

IV-8. Prise en charge prévue pour ceux qui accepteraient le dépistage

Il a été prévu d'assurer aux enfants dépistés et à leurs parents les soins médicaux que nécessiterait leur état, de conseiller les parents sur les règles d'hygiène de vie à adopter désormais, de les informer sur les structures existant pour la prise en charge médicale, et psychosociale des personnes vivant avec le VIH, de les y référer avec leur accord, d'être à leur écoute pour les différentes difficultés inhérentes à leur statut sérologique. Le

concours du Centre SAS nous était assuré pour la prise en charge de ces patients.

IV -9 Considérations éthiques

- Le choix du parent à qui le test était proposé : Le père était généralement difficile à contacter au cours de l'hospitalisation de l'enfant; les entretiens se sont donc effectués surtout avec les mères; cependant lorsque le père était présent à l'hôpital au moment de la sortie d'hôpital de l'enfant, il était associé à l'entretien, le choix étant alors laissé au couple de décider quel parent répondrait aux questions de l'enquêteur.

- Dans le souci de ne pas exposer des enfants orphelins à d'éventuelles réactions de rejet, nous n'avons pas proposé le dépistage de ces enfants à leurs accompagnants: de même tous les enfants qui étaient accompagnés d'un parent autre que le père ou la mère (exemple : coépouse de la mère ,oncle , etc. ...) n'ont pas été retenus dans le cadre de notre étude.

- Chaque parent retenu était informé des raisons du dépistage, à savoir qu'il s'inscrivait dans un cadre global de sensibilisation. On complétait si nécessaire ses connaissances en matière de sida avant le recueil du consentement. Il lui était précisé qu'il était libre d'accepter ou de refuser le test; cette liberté se manifestait également par le fait que le dépistage se faisait à titre externe, le bulletin d'examen étant remis au parent pour se rendre au laboratoire du Centre Muraz ; il pouvait ainsi renoncer au test à tout moment. La décision de se faire tester était donc prise sans aucune coercition.

- La confidentialité des résultats était garantie et une prise en charge était prévue pour les enfants qui seraient séropositifs et pour leurs parents.

IV-10. Limites et biais de la méthode

- Notre étude est basée sur des entretiens: quelle fiabilité accorder aux réponses surtout en ce qui concerne un sujet aussi sensible que le sida et la sexualité ?

- En ce qui concerne le dépistage à titre externe:

Il a été motivé par des contraintes matérielles aussi bien que par notre souci de laisser entièrement la possibilité au sujet de ne pas pratiquer le dépistage s'il n'y adhérerait pas pleinement (effet blouse blanche). Cependant des facteurs autres que l'adhésion réelle au principe du dépistage ont pu intervenir dans la non réalisation du test.

- Le fait d'exclure certains parents (autres que père ou mère) du fait de considérations éthiques et de notre souci à ne pas être à l'origine de difficultés pour certains enfants (*primum non nocere*), a pu introduire un biais de sélection.

- Notre échantillon, constitué de parents d'enfants hospitalisés pendant une période donnée, n'est pas représentatif de la population générale.

V. RESULTATS

V-1. Caractéristiques de l'échantillon

V-1-1. Caractéristiques des parents reçus pour les entretiens :

a. Quel parent de l'enfant a été reçu pour les entretiens

Les pères ont été difficiles à contacter au cours de l'hospitalisation des enfants, les mères sont donc plus nombreuses à avoir été reçues pour les entretiens. Sur 225 parents reçus au total, 191 mères ont ainsi participé à notre étude contre 34 pères.

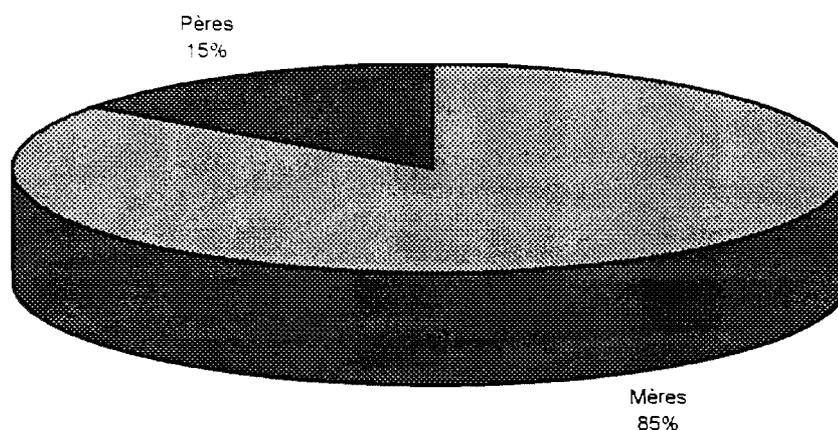


Figure 1 : Répartition par sexe des parents reçus pour les entretiens.

b. Zone de résidence des parents

Les parents recrutés, résidaient pour la plupart (86%) dans les quartiers centraux de la ville de Bobo-Dioulasso; 6.3 % d'entre eux venaient des quartiers périphériques la ville (zone rurale de Bobo-Dioulasso), tandis que 7.7% provenaient des villages de la province.

c. Age des parents reçus pour les entretiens

L'âge des parents s'étendait de 19 à 70 ans, avec une moyenne de 33 ans plus ou moins 9.

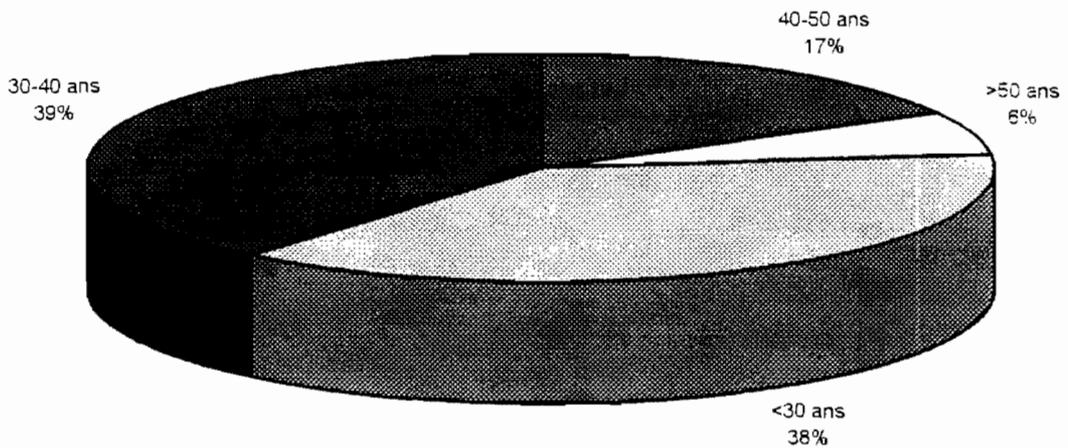


Figure 2 : Répartition des parents selon l'âge

d/ Activité professionnelle des parents reçus pour les entretiens

113 parents sur les 225 de notre échantillon (soit la moitié des parents reçus), avaient une activité professionnelle. La répartition des parents selon leur profession est schématisée par la *figure N°3*.

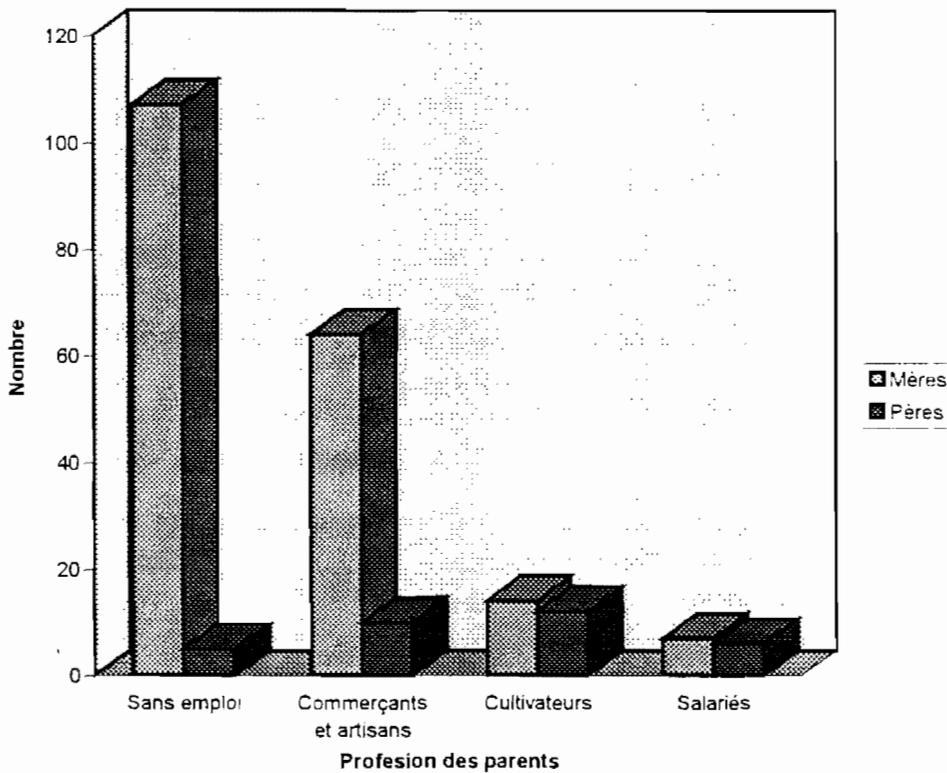


Figure 3 : Répartition des parents selon leur profession

e/ Niveau scolaire des parents

Un peu plus de la moitié de notre échantillon de parents n'étaient pas alphabétisés. (*figure N° 4*)

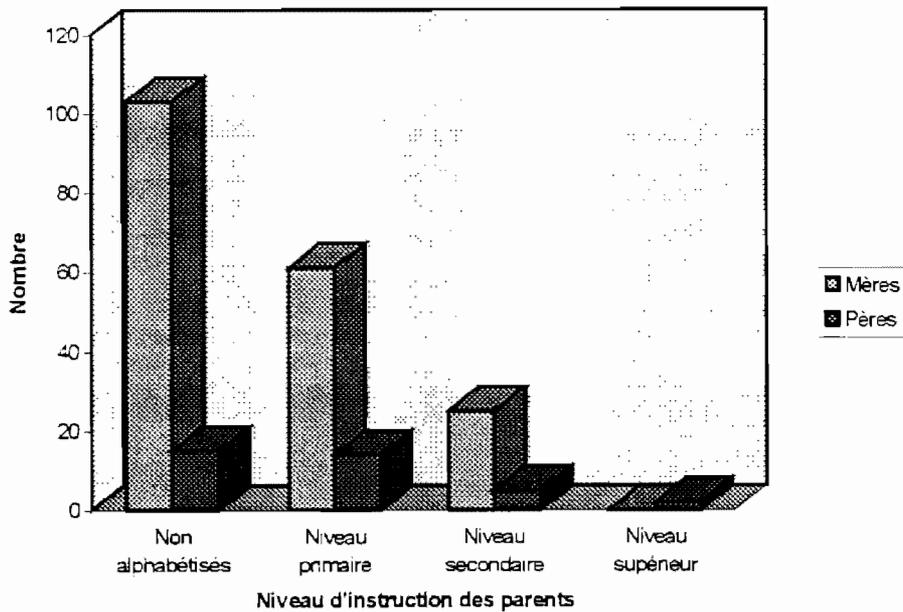


Figure 4 : Répartition des parents selon leur niveau d'instruction

f/ religion des parents :

Plus des trois-quarts des parents (175 soit 78%) étaient musulmans. Les autres (22%) étaient chrétiens.

g/ Statut matrimonial des parents :

- Vie de couple, mariage, polygamie :

La majorité de notre échantillon de parents, (205 soit 91.1%) vivaient en couple.

Parmi eux 182 étaient mariés, dont 71 parents vivant sous le régime de la polygamie.

-Antécédents de séparation ou de divorce :

25 parents avaient un antécédent de divorce ou de "séparation" d'avec un conjoint.

- 13 étaient veufs.

h/.Nombre d'enfants

Le nombre d'enfants vivants de la mère variait de 1 à 12.

Tableau N°I : Nombre d'enfants vivants de la mère

Nombre d'enfants	Nombre
1 à 2	66 (29%)
3 à 4	70 (31%)
5 à 6	40 (17%)
Plus de 6	49 (22%)
Total	225

i/ Antécédents de décès d'enfant dans la famille

77 parents, soit 34.2% des parents recrutés déclarent avoir déjà perdu au moins un enfant.

Tableau N°II : Nombre d'enfants décédés par famille

Nombre d'enfants décédés	Nombre de familles
1	46 (59.7%)
2	18 (23.4%)
3	9 (11.7%)
4	2 (2.6%)
5	2 (2.6%)
Total	77 (100%)

La plupart de ces enfants (97.4%) sont décédés avant l'âge de 10 ans. Selon les parents, les maladies à l'origine des décès étaient aiguës dans 58 cas (75.3%) et chroniques dans 19 cas (24.7%).

V - 1 - 2. Caractéristiques des conjoints des parents recrutés

a/ Activité professionnelle des conjoints

Parmi les conjoints des parents recrutés on en dénombrait 181 exerçant une activité professionnelle.

(11 femmes et 170 hommes).

Parmi les conjoints sans activité professionnelle, on dénombrait 23 hommes et 21 femmes.

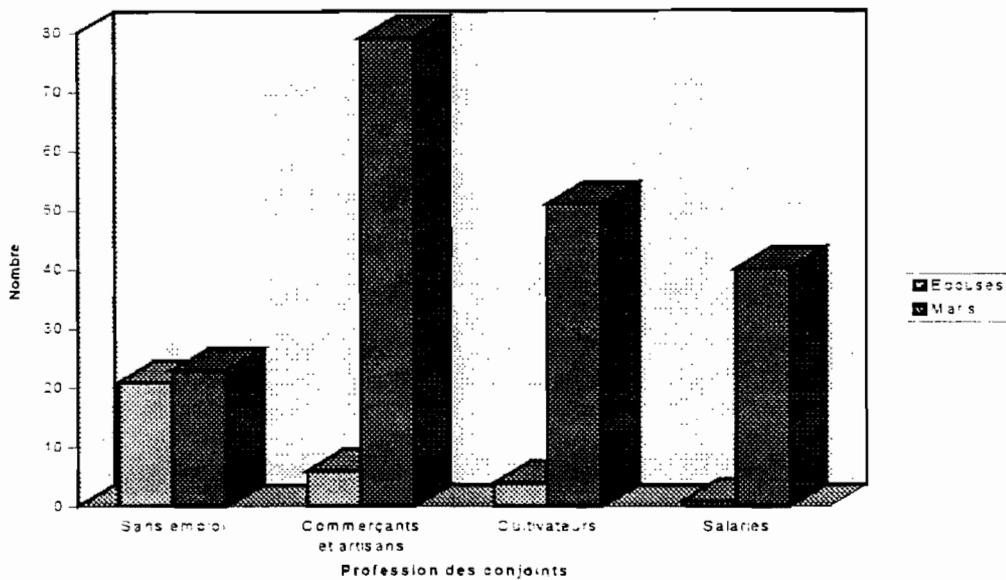


Figure 5 : Répartition des conjoints selon leur profession

b/ Niveau scolaire des conjoints

Le niveau d'instruction des conjoints, (constitués en majorité d'hommes) était globalement un peu plus élevé que celui des parents reçus pour les entretiens (Figure N°6).

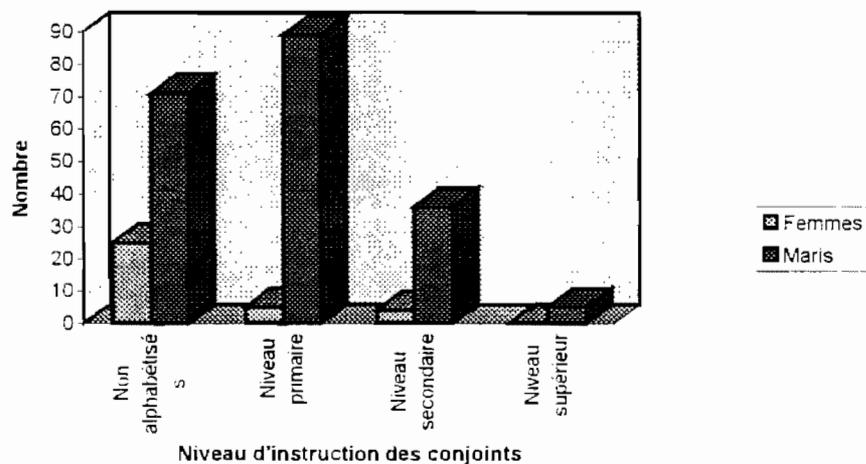


Figure 6 : Répartition des conjoints selon leur niveau d'instruction

c/ Religion des conjoints

La plupart des conjoints (182 soit 80.9% de l'échantillon) étaient musulmans : on dénombrait 41 chrétiens (18.2%) et 2 animistes (0.9%).

V - 1 - 3. Caractéristiques des enfants dont les parents ont été recrutés

a/ Age des enfants

Il s'étendait (en années) de 1 à 14 ans, avec une moyenne d'âge égale à 4,80 ans, plus ou moins 3.

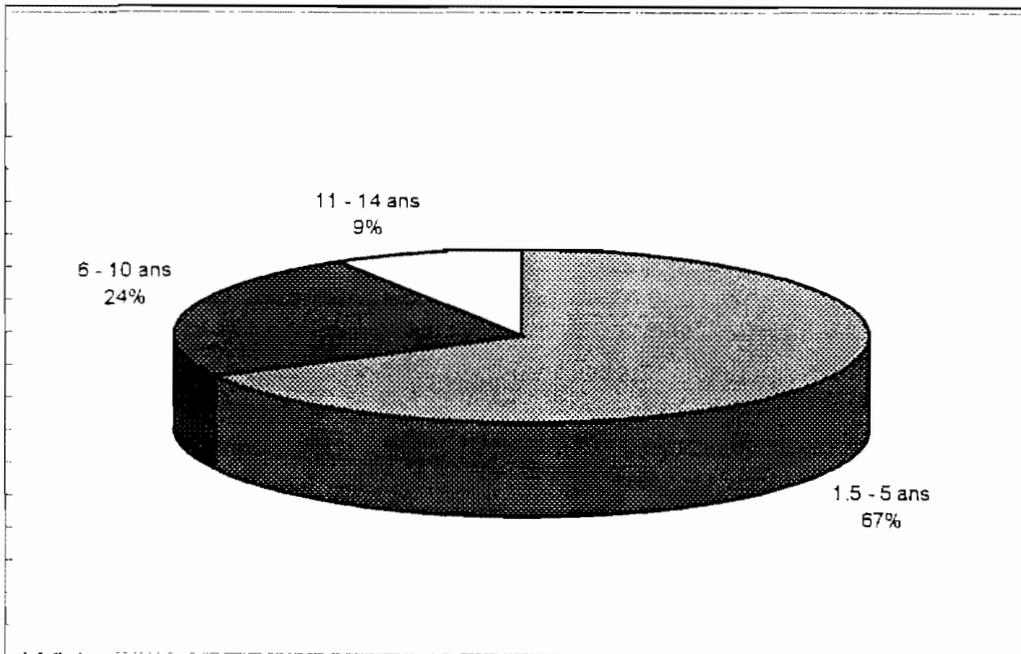


Figure 7 : Répartition des enfants selon leur âge

b/ Rang occupé par les enfants dans la fratrie

Les enfants occupaient les rangs de 1 à 12 au sein de la fratrie. Nous les avons regroupés en classes. (tableau)

Tableau N°III : Répartition des enfants selon le rang dans la fratrie

Rang occupé dans la fratrie	Nombre
1 à 2	90 (40%)
3 à 4	66 (29.3%)
5 à 6	35 (15.6%)
Plus de 6	34 (15.1%)
Total	225 (100%)

c/ Décès de parent

11 enfants (soit 4.9%) avaient un parent décédé.

d/ Pathologie présentée au cours de l'hospitalisation

La majorité des enfants hospitalisés l'avaient été pour cause de paludisme.

Tableau N°IV : Répartition des enfants selon la pathologie présentée au cours de l'hospitalisation

PATHOLOGIE	NOMBRE
Paludisme	145 (64.4%)
Méningite	28 (12.4%)
Malnutrition	16 (7.1%)
Pathologies des voies respiratoires	12 (5.3%)
Pathologies des voies digestives	13 (5.8%)
Autres	11 (4.8%)
Total	225 (100%)

e/ Caractère aiguë ou chronique de la maladie présentée par l'enfant

Comme le montre le tableau précédent, les enfants présentaient des pathologies qui étaient pour la plupart aiguës.

Cependant 32 enfants (14.3%) étaient affectés par des pathologies pouvant être considérées comme chroniques.

f/ Durée d'hospitalisation

Nous avons classé les enfants en deux groupes, ceux ayant séjourné à l'hôpital plus de 14 jours et les autres: ceci dans un but d'estimer l'impact de la durée d'hospitalisation sur l'acceptabilité du dépistage.

Ainsi 26 enfants (soit 12%) ont séjourné à l'hôpital pendant plus de 14 jours.

g/ Antécédents médicaux personnels et familiaux de l'enfant

- Hospitalisation antérieure?

Un quart des enfants (47 soit 20.9%) avaient des antécédents d'hospitalisation.

Dans 41 cas il s'agissait d'une affection aiguë, tandis que les 6 autres cas relevaient d'une affection pouvant être considérée comme chronique selon les parents.

- Antécédent de transfusion

Environ un dixième des enfants dont les parents ont été recrutés, avaient déjà été transfusés au moins une fois dans leur vie (23 enfants soit 10.2%).

- Autres antécédents

Selon les parents, un quart des enfants recrutés (55 soit 24.4%) étaient fréquemment malades : parmi eux 85.7% souffrant d'une affection aiguë, contre 14.3% des cas chroniques.

Dans 12% des cas, un autre membre de la famille présentait également des problèmes de santé : il s'agissait d'un frère ou d'une sœur dans 50% de ces cas, du père ou de la mère dans 39.3% des cas, des parents et des enfants dans 10.7% des cas.

h/ Les enfants pouvant être déclarés « sidéens » selon la classification de Bangui

Selon la classification de Bangui, 10 enfants (soit 4.4%) présentaient les signes cliniques de l'infection à VIH au stade sida.

37 enfants, présentaient des signes cliniques évoquant l'infection à VIH (au moins un signe majeur **plus** au moins un signe mineur) : cependant ils ne pouvaient pas être classés sidéens car ne remplissaient pas les deux conditions: au moins **2** signes majeurs **et** au moins **2** signes mineurs.

V-2. Connaissances sur le VIH-sida des parents reçus pour les entretiens:

a/ Connaissance de l'existence de la maladie :

Tous les sujets interrogés ont déjà entendu parler d'une maladie dénommée sida.

Près des trois-quarts de notre échantillon (159 sujets soit 70.7%) **déclarent avoir connu au moins une personne malade de ce qu'ils pensaient être le sida.**

Parmi ces 159 sujets, 55 soit 34.6% d'entre eux déclarent que le sujet malade du sida qu'ils ont connu était un proche.

b/ Connaissance des modes de contamination de l'adulte :

Les modes de transmission de l'infection à VIH chez l'adulte étaient connus par les parents dans les proportions suivantes :

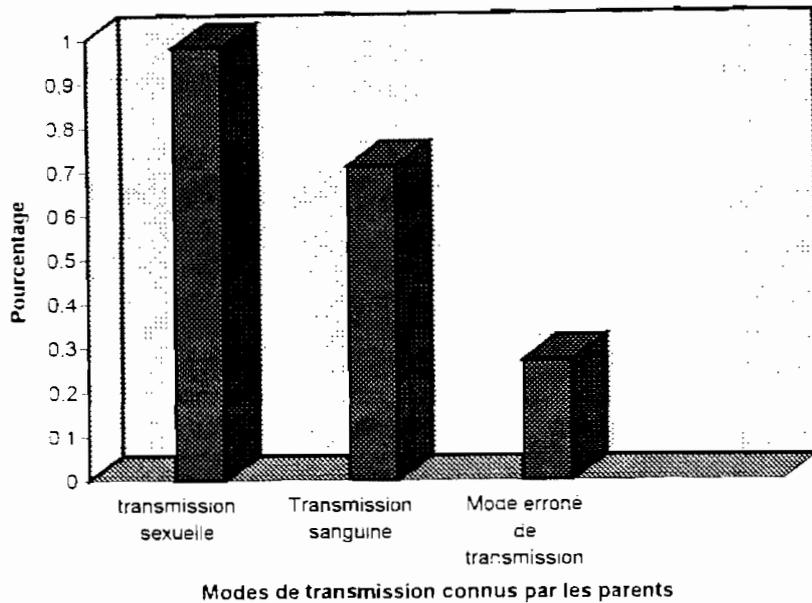


Figure 8 : Répartition des parents selon leurs connaissances des modes de transmission du VIH chez l'adulte.

Connaissance du mode de transmission le plus fréquent dans notre contexte

La plupart des parents (193 soit 85.8%) savent que le mode de transmission le plus courant dans notre contexte est la transmission sexuelle.

119 parents (52.9%) avaient une bonne connaissance des modes de transmission de l'infection à VIH chez l'adulte: ils citent les deux modes principaux sans citer de connaissance erronée.

Cette bonne connaissance des principaux modes de transmission chez l'adulte est apparue liée :

- **Au sexe.:** Les mères reçues semblaient mieux connaître les modes de transmission que les pères.

Khi2 = 6.78 et p = 0.009

- **Au niveau d'instruction des parents.**

Les parents scolarisés connaissaient mieux les modes de transmission que ceux qui n'étaient pas scolarisés.

Khi2=9.31 et p=0.002

- **Au niveau scolaire du conjoint.**

Les parents dont les conjoints étaient alphabétisés, connaissaient mieux les modes de transmission de la maladie.

Khi2=8.46 et p=0.0036

Les connaissances erronées des parents en matière de modes de transmission

60 parents (soit 26.7% de notre échantillon) citent des modes erronés de transmission de l'infection à VIH chez l'adulte.

Tableau N°V : Répartition des parents selon le mode erroné de transmission cité

Modes de transmissions erronés cités par les parents	Cités par
- « L'alimentation » (les restes de repas d'un « sidéen », sa salive, ses ustensiles telles les cuillères...)	11/60
- « Laver les vêtements d'un défunt du sida »	11/60
- « Utiliser les mêmes toilettes qu'un sidéen »	11/60
« Les mouches sur les plaies »	10/60
- « Les plaies chroniques sales »	2/60
- « Les moustiques »	2/60
- « Tout contact corporel avec une personne malade du sida » (exemple : saluer en serrant la main)	2/60
- « Les relations sexuelles avec les animaux »	1/60
- « L'haleine du malade du sida »	1/60
- « Les relations sexuelles avec les « Blancs » »...	1/60
- « Blessure après avoir trébuché sur cailloux »	1/60

c/ Connaissances des parents en matière de sida de l'enfant.

c - 1/ Existence du sida de l'enfant :

Environ un tiers des parents d'enfants hospitalisés (68 soit 30.2%) ne savaient pas qu'un enfant pouvait être atteint de sida.

La connaissance de l'existence du sida de l'enfant par les parents est apparue liée au niveau scolaire du parent.

Khi2=22.56 et p= 0.000005

c - 2/ Origine du sida de l'enfant :

Les parents qui savent qu'un enfant peut être atteint de cette maladie pensent que l'origine de la maladie peut être la suivante :

Tableau N°17 : Répartition des parents selon leurs connaissances de l'origine du sida de l'enfant

Origines d'une infection à VIH de l'enfant selon certains parents interrogés	Nombre (pourcentage)
Mère	127 (56.44%)
Père	49 (21.77%)
Matériel souillé par du sang contaminé	31 (13.77%)
Transfusion	4 (1.77%)
« Autres »	11 (4.88%)
Ne sait pas	3 (1.33%)
Total	225

Comme le montre le tableau, **certains parents (49 soit 21.77%) évoquent le père comme pouvant être à l'origine de l'infection de l'enfant (sans que la mère ne soit atteinte).**

Les origines « Autres » étaient en général les modes de transmission erronés cités pour l'adulte à savoir l'alimentation, les toilettes communes, les mouches sur les plaies, ...

d/ La notion de séropositivité :

100 sujets interrogés soit un peu moins de la moitié de notre échantillon, ne savaient pas que l'on peut être porteur de la maladie et paraître en bonne santé.

La connaissance de la notion de séropositivité est apparue liée:

- Au niveau d'instruction du sujet

Khi²=9.64 et p=0.001

Les parents non alphabétisés connaissaient moins la notion de séropositivité.

e/ Connaissance par les parents, des moyens de protection contre l'infection à VIH

Certains sujets de notre échantillon (14 soit 6.22% de l'échantillon) affirment ne connaître aucun moyen de protection contre l'infection à VIH.

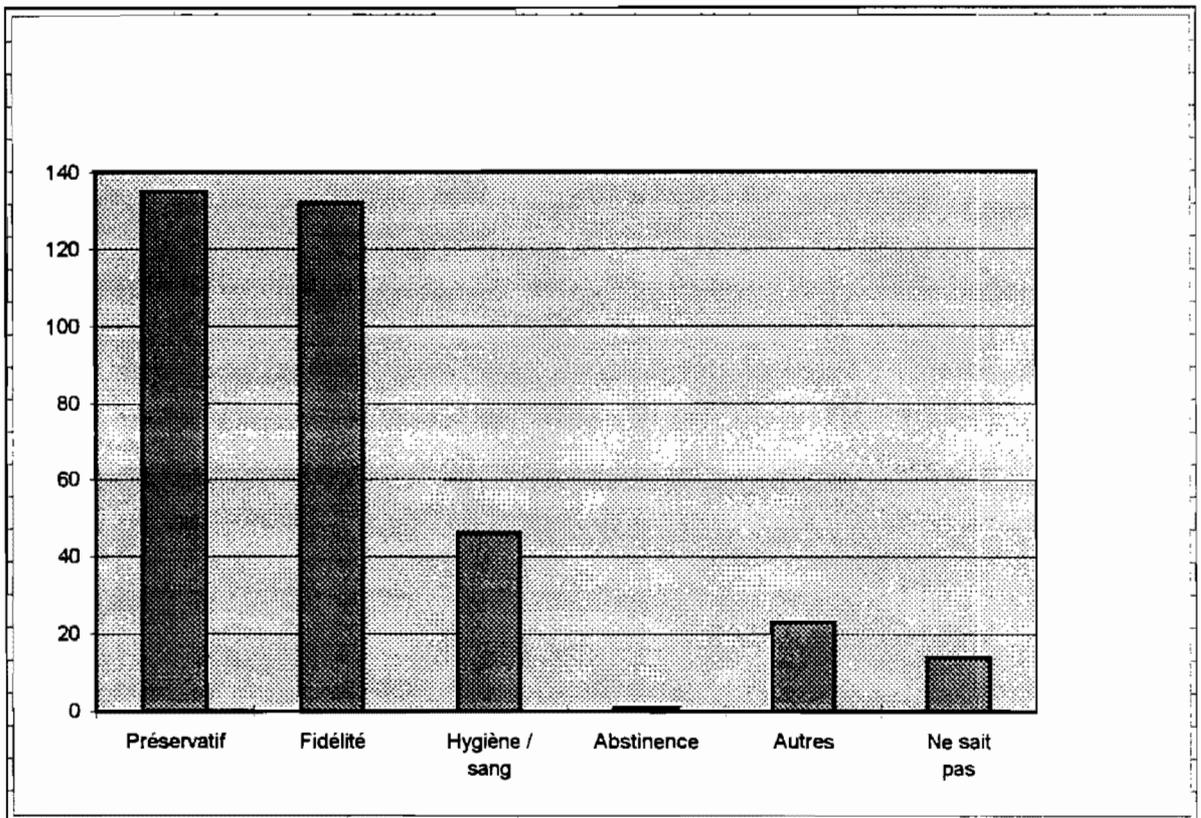


Figure 9 : Répartition des parents selon leurs connaissances des modes de protection contre l'infection à VIH.

Les moyens de protection « Autres » sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Tableau N° VI : Autres moyens de protection cités par les parents

Autres moyens de protection contre l'infection à VIH cités par les parents.
« Dieu »
« Les médecins »
- « Choisir ses partenaires sexuels »
- « Eviter de laver les vêtements des malades ou défunts du sida »
- « Eviter tout contact avec les malades du sida »
- « Eviter la polygamie »
- « Le stérilet »
- « La pilule »
- « Lutter contre l'excision »

f/ Les sources d'information des parents sur l'infection à VIH

Les parents recrutés déclarent avoir été informés sur le sida par les sources suivantes :

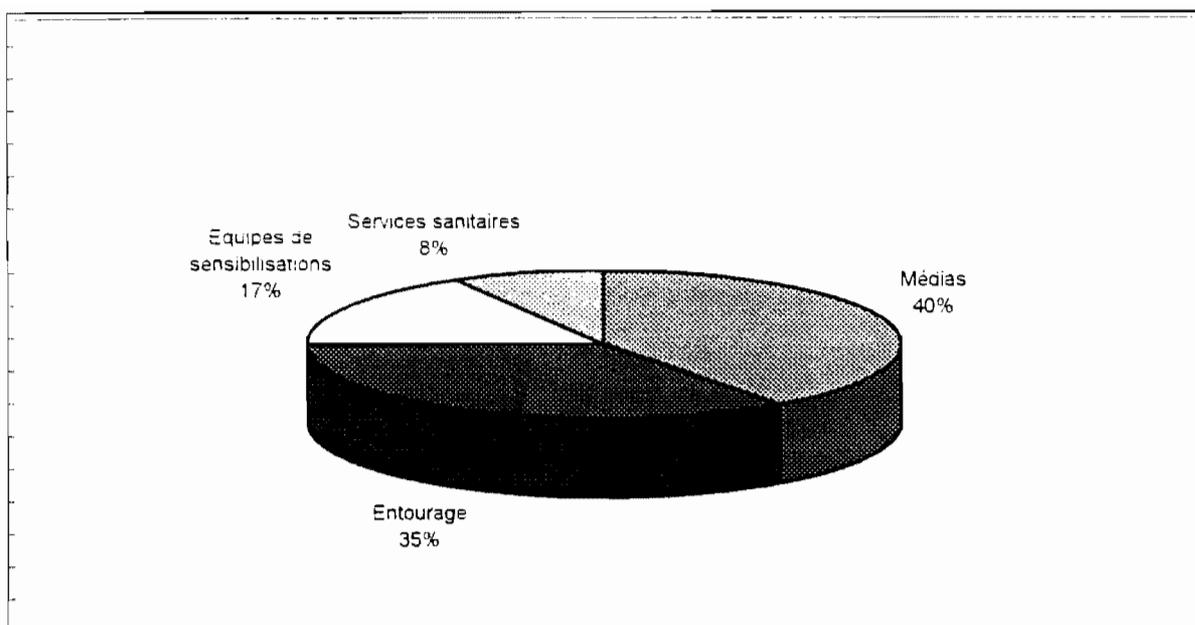


Figure 10 : Sources d'information des parents sur l'infection à VTH.

V-3. Croyances - comportements des parents en matière de sida et sur la sexualité

a/ Le sida est-il lié au comportement ou à d'autres phénomènes non maîtrisables ?

Certains parents interrogés (29 soit 13% de l'échantillon) pensent que le sida n'est pas évitable par le comportement.

Près de la moitié des parents (103 sujets) pensent qu'être victime du sida relève de phénomènes non maîtrisables tels la volonté de DIEU, le destin (100 sujets) ou le mauvais sort (3 sujets).
8 sujets déclarent ne pas pouvoir se prononcer.

Aucune caractéristique socio-démographique des parents n'est apparue influencer leur perception du sida comme phénomène non maîtrisable.

b/ La peur du sida

Presque tous les parents (221 soit 98.6% de l'échantillon) avouent avoir peur du sida. 207 (soit 92% des parents) déclarent en avoir peur plus que de toute autre maladie. Ceux qui déclarent n'en avoir pas peur estiment qu'ils ne sont pas concernés et que seuls ceux qui ont pris des risques (vagabondage sexuel) doivent avoir peur de cette maladie.

Les raisons suivantes ont été avancées pour expliquer la peur de la maladie chez les 221 sujets :

Tableau N° VII : Répartition des parents selon leurs raisons de craindre le sida

Raisons de la peur du sida	Nombre
- « Absence de traitement »	93/221
- « La dégradation physique »	48/221
- « La discrimination »	42/221
- « La condamnation »	33/221
- « coût de la maladie »	3/221
- « Maladie contagieuse »	3/221
- « Nouvelle maladie jusque là inconnue »	2/221
- « Maladie qui conduit directement en enfer »	3/221
- « Toute maladie fait peur »	5/221

c/ Le sida : une maladie honteuse ?

La majorité des sujets interrogés (76%) estiment que le sida est une maladie honteuse.

Ce caractère honteux de la maladie est en rapport avec la transmission sexuelle de la maladie, les sujets atteints étant considérés comme des vagabonds sexuels ayant récolté le prix du « libertinage sexuel ».

d/ Utilisation du préservatif :

Seulement 41 sujets (18.2%) déclarent avoir déjà utilisé un préservatif dans leur vie.

Tableau N VIII: Répartition des parents selon l'usage ou non du préservatif.

Déjà utilisé un préservatif dans la vie	Nombre
Oui	41 (18.2%)
Non	183 (81.3%)
Refus de se prononcer	1 (0,4%)
Total	225 (100%)

But de l'utilisation du préservatif

Les sujets qui déclarent avoir déjà utilisé un préservatif l'ont fait dans le but:

- d'une contraception dans 22 cas (53.7%).
- pour se préserver des maladies sexuellement transmissibles et du sida dans 12 cas (29.3%).
- Pour ces deux raisons dans 7 cas (17.1%).

L'utilisation du préservatif est apparue liée:

- au niveau scolaire du parent : Les parents scolarisés utilisant plus le préservatif que les parents non alphabétisés.

Khi²= 12.98 et p=0.0003

La décision d'utiliser le préservatif a été prise:

- par le conjoint dans 12 cas (le conjoint était toujours de sexe masculin)
- par le sujet lui-même dans 17 cas (4 hommes et 13 femmes):
- de commun accord dans 12 cas.

e/. Les raisons de la non utilisation du préservatif :

Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous:

Raisons de la non utilisation du préservatif	Nombre
1- « Inefficace »	106 183
2- « fidèle au partenaire »	66/183
3- « Entendu parler mais jamais vu »	20 225
4« jamais pensé, car marié »	15/183
5- « Refus du partenaire »	16 183
6- « jamais pensé »	10/183
7- « Marié et difficile de proposer le préservatif dans le mariage »	3 183
8- « mari n'a jamais proposé »	3/183
9- « jamais vu , jamais entendu parler»	4 183
10- « Ne nous plaît pas, nous ne voulons pas »	3/183
11- « Utilise la pilule »	1 183
12- « Interdit par le Coran »	3/183
13- « je suis d'un certain âge et ne fais plus certaines choses »	8 183
14- « Ne savait pas qu'il protégeait contre le sida »	1/183
15 -« je choisis des femmes bien portantes »	1 183
16- « Mari malade, donc pas de rapports »	1/183
17-« favorise vagabondage, car si marié. pas besoin préservatif »	1:183
18- « Va endommager le stérilet que je porte »	1/183
19- « Pratique l'abstinence »	2/183
20- « Pas de raison précise »	8/183

f Appréciation de l'efficacité du préservatif

119 parents sur les 225 (53%) **affirment que selon eux, le préservatif est efficace** pour lutter contre les MST et le sida. **Ceux qui déclarent ne pas croire à l'efficacité du préservatif (106 soit 47%),** avancent pour cela diverses raisons listées dans le tableau ci dessous :

Tableau N°X : Répartition des parents selon les raisons pour lesquelles ils trouvent le préservatif inefficace.

Raisons pour lesquelles le préservatif est considéré comme non efficace	Nombre
1- « N'y croient pas »	37/106
2- « Fragile se déchire »	32/106
3- « Certains qui disaient le porter sont tombés malades »	3/106
4- « Certains le perceraient délibérément avant utilisation »	3/106
5- « je suis tombée enceinte malgré ça »	1/106
6- « Le préservatif est poreux »	2/106
7- « Je n'y crois pas, mieux vaut être fidèle »	5/106
8- « C'est une question de chance »	2/106
9- « Ne protège que le sexe, et la peau à côté? »	1/106
10- « Selon le Coran il n'est pas efficace »	5/106
11- « Seul Dieu protège contre cette maladie »	5/106

g/ Communication (orale) en matière de contraception , MST, sexualité :

148 parents soit 65.8% de notre échantillon déclarent parler de sexualité ou de MST avec leur partenaire. Ce chiffre est approximativement le même pour les parents qui parlent de sexualité avec des personnes autres que le conjoint.

Par contre, **seulement 1/3 des parents pensent qu'il faut parler de sexualité avec les enfants.**

Les deux/tiers qui estiment qu'on ne doit pas parler de sexualité avec les enfants avancent pour cela les raisons suivantes :

Tableau N° XI : Motifs pour lesquels les parents ne parlent pas de sexualité à leurs enfants.

Raisons avancées pour ne pas parler de sexualité aux enfants
1- « Ne sont pas concernés »
2- « Ces sujets « gâtent » les enfants »
3- « Favorise le vagabondage sexuel »
4- « Il y a des choses qu'un enfant ne doit pas savoir »
5- « Il faut attendre tel âge (variable) »
6- « Il faut attendre le mariage »
7- « Il faut attendre de savoir qu'il a eu ses premiers rapports sexuels »
8- Attendre après le premier enfant »
9- « L'enfant ne sait pas tenir sa langue »
10- « Ce sont de mauvais conseils »
11- « Ils ne vont plus nous respecter »
12- « Vu mon âge il y a des sujets que je ne dois plus aborder avec des enfants »
13- « Enfants entre eux peut-être, mais pas parent-enfant »
14- « Sont informés par les médias qui ne parlent que de ça »
15- « Sont déjà informés par l'école »
16- « Sont mieux informés que nous »

Le fait de parler de sexualité ou pas avec les enfants est apparu lié au fait d'être scolarisé ou pas : les parents scolarisés parlant plus de sexualité à leurs enfants que les non scolarisés.

$\text{Khi}^2 = 6.59$ et $p = 0.01$

V - 4. Acceptabilité du test de dépistage de l'infection à VIH :

V - 4 - 1. : Lorsque le test est proposé comme un examen dans le cadre de l'hospitalisation de l'enfant (sans aucune précision sur les conditions pratiques de réalisation du test).

1 . Acceptabilité du test de dépistage pour l'enfant :

a/ Le principe du test :

Environ deux tiers des parents, (146 soit 65% de notre échantillon) acceptent le principe du test de l'enfant.

L'acceptabilité du test est apparue statistiquement liée:

- aux difficultés financières des parents pendant l'hospitalisation : Les parents déclarant avoir eu des difficultés financières pendant l'hospitalisation de l'enfant ont moins accepté le test de dépistage.

- au désir ou non d'être consulté avant la réalisation du test.

Les parents désirant être consultés avant la réalisation du test de dépistage ont moins accepté le test.

Les raisons de refus du test de l'enfant

Les parents qui refusent le test (au nombre de 80) avancent pour cela les raisons suivantes :

Tableau N° XII : Répartition des parents selon les motifs de refus du test de l'enfant

Raisons de refus par les parents du dépistage de l'enfant	Nombre
1- « Nécessité de l'avis du conjoint avant la prise de sang »	37/60
2- « La peur du sida va précipiter l'évolution vers la mort »	27/60
3- « Enfant non concerné »	5/60
4- « Il faut y réfléchir avant »	2/60
5- « refus de la piqûre »	2/60
6- « L'enfant n'aurait pas suffisamment de sang » (anémie)	2/60
7- « Prise en charge coûteuse, donc vaut mieux ne pas savoir »	2/60
8- « Mon mari est malade depuis très longtemps, je ne veux pas savoir »	1/60
9- Mon mari est décédé, je ne veux pas savoir »	1/60
10- « Si résultat immédiat, sinon je ne veux pas revenir »	1/60
11- « Pas le temps »	1/60
12- « Pas de raison précise »	10/60

b/ annonce du résultat ?

Parmi les parents qui ont accepté le test de l'enfant, 115 soit 79.3% déclarent que le résultat doit être annoncé sans distinction aux deux parents.

11 parents estiment que le médecin peut effectuer le test dans le cadre de la prise en charge médicale de l'enfant, mais que eux - mêmes préfèrent en ignorer le résultat.

Neuf parents, (5 mères et 4 pères) veulent que le résultat du test de l'enfant soit annoncé seulement au père, car plus « courageux » et donc plus à même de gérer une telle information.

c/ Quelles conséquences pour l'enfant positif

La plupart des parents interrogés 198 (92.1%) disent qu'ils continueront à s'occuper de leur enfant comme par le passé s'il venait à être déclaré malade du sida (consultations médicales, ordonnances).

14 parents affirment qu'il s'agit là d'un motif pour encore mieux entourer cet enfant.

Par contre, le reste des parents (au nombre de 13) déclarent qu'il est inutile désormais de s'occuper de cet enfant, car il ne survivra pas longtemps à la maladie. Il ne vont donc pas dépenser le peu de moyens dont ils disposent pour une cause perdue.

d/ acceptez-vous toujours ?

Sur 58 mères ne connaissant pas le mode de transmission verticale de la maladie et ayant accepté au départ le principe du dépistage de l'enfant, lorsqu'elles ont été informées que la maladie chez l'enfant pouvait signifier qu'elles mêmes étaient atteintes, 49 ont accepté toujours le dépistage de l'enfant.

39 d'entre elles veulent que le résultat du test soit toujours annoncé aux deux parents, tandis que 4 ne voulaient pas en connaître le résultat, 3 voulaient être informées seules, tandis que 3 pensaient que le père plus courageux était à même de mieux gérer la situation.

9 mères ont alors décidé de renoncer au test.

2. Acceptabilité par les parents de leur propre test

a/ Le principe du dépistage :

144 parents, soit 64.4% acceptent le principe de leur propre dépistage.

Les parents qui acceptent le test pour l'enfant l'acceptent pour eux-mêmes.

Les parents qui refusent le dépistage évoquent pour cela sensiblement les mêmes raisons avancées pour refuser le test de l'enfant . Cependant deux mères avaient déjà effectué le test de dépistage dans un autre contexte.

b/ Partage du résultat avec le partenaire ?

La majorité des parents ayant adhéré à l'idée du test (125/145 soit 86.2%) affirment qu'ils partageront le résultat du test avec leur conjoint.

Les 20 autres parents pensent qu'il ne partageront pas le résultat pour les raisons suivantes :

Tableau N° XIII : Répartition des parents selon leurs raisons de ne pas partager le résultat avec leur conjoint.

Raisons de non partage des résultats avec le partenaire	Nombre
« Peur de la réaction du conjoint »	10/20
« Source de débats pour savoir qui a infecté l'autre »	3/20
« Risque d'abandon si séropositivité »	3/20
« seront accusés d'adultères »	3/20
« Couple séparé »	2/20
« Fragilité du conjoint qui va tout de suite dramatiser la situation »	3/20
« Il faut vivre la situation pour savoir »	2/20

c/ La notion de risque encouru :

99 parents (44% de notre échantillon) estiment n'avoir jamais couru de risque en ce qui concerne l'infection à VIH.

72 parents ont des doutes quant au risque encouru:

les autres (54 sujets) pensent avoir couru un risque.

Les parents qui ont des doutes ou qui estiment avoir effectivement couru un risque (au nombre de 126), pensent que ce risque « proviendrait » :

- d'eux - mêmes dans 21 cas /126.
- de leur conjoint dans 95 cas /126.
- ou d'une coépouse dans 22cas/126. (22 femmes).

Tableau N° XIV : Répartition des parents selon l'origine du risque qu'ils pensent avoir couru

Origine du risque encouru	Nombre
Sujet lui - même	21/126
Partenaire	95/126
Coépouse	22/126
Sang	42/126

d/ Déjà songé à se faire dépister :

Seulement 32 parents, soit 14.2% de notre échantillon déclarent avoir déjà songé dans leur existence à faire un test de dépistage de l'infection à VIH.

e / Voudriez-vous être consulté avant un dépistage de l'infection à VIH ?

73 parents , soit **35.6 % des parents** à qui la question a été posée, estiment qu'il n'est pas nécessaire de les consulter avant de faire un test de dépistage de l'infection à VIH à leur enfant. Pour eux tout acte médicale est posé dans l'intérêt de l'enfant, et le personnel de santé est libre de décider de ce qui est nécessaire pour la prise en charge de l'enfant.

Tableau N° XV : Répartition des parents selon leur désir ou non d'être consultés avant la réalisation d'un test de dépistage de l'infection à VIH

Doit - on demander votre avis avant le test	Nombre
Oui	63.9 ^o o
Non	35.6%
Ne se prononce pas	0.5 ^o o
Total	100 ^o o

V - 4 - 2. Après avoir précisé aux parents les conditions réelles du dépistage, à savoir qu'il est payant, fait à titre externe, avec garantie de la confidentialité :

a Nouvelle acceptabilité pour l'enfant :

Dans ces conditions seulement 86 parents (38.2%) acceptent alors le principe du dépistage de l'enfant.

Les raisons motivant le refus chez les autres parents sont les suivantes :

Tableau N°VII : Répartition des parents selon leurs raisons de refuser le test fait dans les conditions réelles.

Raisons du refus du test de l'enfant fait dans les conditions réelles :
- « Nécessité de l'avis du père »
- « coût du test »
- « Peur du sida »
- « Déplacement au centre Muraz puis retour à l'hôpital pour le résultat sont des contraintes
- « L'enfant n'est pas concerné »
- « Refus de la piqûre »
- « Il faut réfléchir avant »
- « Ce test à titre externe rend suspect vis-à-vis de l'entourage »
- « A ne même pas envisager car mauvais »
- « Pas de raison précise »

b/ Nouvelle acceptabilité pour les parents (raisons de refus)

Chez les parents, l'acceptabilité qui était de 64.4% avant précision des conditions réelles de dépistage, tombe alors à 25%.

Les raisons de la baisse du taux :

Certains parents avancent les mêmes raisons que précédemment, mais pour d'autres **il faut attendre le résultat de l'enfant avant de pratiquer leur propre test.**

Intérêt de l'anonymat

Les parents interrogés sur l'intérêt de l'anonymat dans le dépistage, estiment à 84.4% que cela est nécessaire et encourageant pour le dépistage.

14.7% d'entre eux estiment que l'anonymat n'a aucune importance. tandis que deux sujets ne se prononcent pas.

le coût du test

La plupart des parents interrogés (91%) ont estimé que le prix du test à 700 f n'est pas cher. Cependant, ce prix a souvent été cause (ou prétexte) pour le refus du dépistage. Ceci est statistiquement significatif, les parents déclarant avoir éprouvé des difficultés à prendre en charge leur enfant pendant l'hospitalisation ayant plus refusé le test.

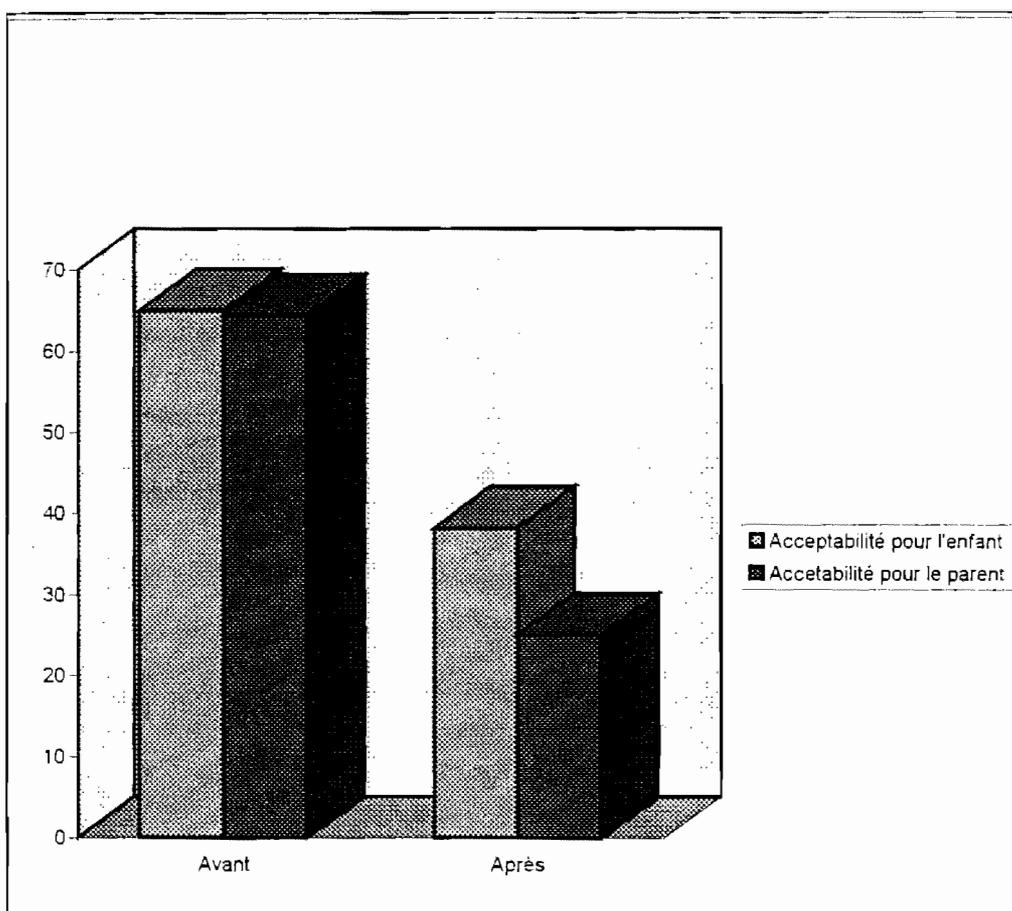


Figure 11 : Taux d'acceptabilité du principe du dépistage avant et après précision sur les conditions de réalisation du test

c/ Acceptation réelle du dépistage

Après 6 mois d'enquête, seulement 16 sujets sur les 225 reçus (soit 7% de notre échantillon) ont effectivement réalisé le dépistage de l'infection à VIH : 11 chez leur enfant, et 5 chez les parents (4 mères et 1 père).

Seulement 5 parents (4 mères, un seul père (qui avait fait effectuer seulement le test de l'enfant) sont revenus chercher le résultat.

Tous les tests pratiqués ont été négatifs.

REMARQUES

Une mère a réalisé le test cinq mois après l'entretien, avec comme explication l'absence de moyens financiers au moment de la sortie d'hôpital de l'enfant. Il s'agit d'une veuve.

Un couple qui a réalisé le test de l'enfant est revenu plusieurs fois pour le résultat : le laboratoire nous ayant signifié que le sang était coagulé, un second prélèvement a été nécessaire, que les parents ont accepté. Cependant devant un nouveau retard du laboratoire à nous faire parvenir le résultat, les parents ont été perdus de vue.

Le laboratoire nous a renvoyé deux fois des prélèvements, pour motif de sang coagulé.

DISCUSSION

I/ Les connaissances en matière d'infection à VIH

a/ Connaissance de l'existence du sida

L'existence d'une maladie dénommée « sida » est connue de tous les parents interrogés dans le cadre de notre étude. L'incrédulité marquée au début de l'épidémie de sida (alors appelé Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux) semble donc avoir cédé le pas à une reconnaissance des "faits".

Les campagnes médiatiques et l'ampleur de l'épidémie ont certainement contribué à cette prise de conscience collective. En effet de plus en plus de sujets voient des parents et/ou des connaissances mourir de cette affection: dans notre échantillon, plus de 70% des sujets interrogés ont connu quelqu'un qui souffrait ou qui souffre de ce qu'ils pensent être le sida. Dans plus d'un tiers de ces cas le sujet malade était un proche.

b/ Connaissance des modes de transmission chez l'adulte:

De nombreuses études portant sur la connaissance par le public des modes de transmission de la maladie chez l'adulte montrent, que ces modes de transmission sont relativement bien connus. Dans notre étude 98% connaissent la transmission sexuelle tandis qu'un peu plus de 70% citent la transmission sanguine.

Cependant la connaissance réelle reste peu élevée dans notre étude. Si la majorité des sujets interrogés citent la transmission sexuelle du sida, seulement 53% de notre échantillon citent les deux modes de transmission de la maladie sans y ajouter une information erronée. Les études qui

prennent en compte seulement le fait de citer les deux modes principaux de transmission chez l'adulte sans préciser l'existence de connaissances erronées semblent donc donner des résultats incomplets car une fausse connaissance peut faire perdre le bénéfice de la connaissance des deux modes principaux de transmission.

En effet les connaissances erronées peuvent avoir un impact sur la perception de la maladie et ainsi contribuer à la discrimination envers les sujets atteints. La croyance en des modes de transmission comme l'alimentation, les mouches sur les plaies ou les moustiques, font prendre à la maladie un caractère de pathologie difficilement évitable (même inévitable): ceci a pour corollaire le peu de crédit accordé aux mesures de protection préconisées par les structures menant la lutte contre le sida (faible utilisation du préservatif) et l'exacerbation de la méfiance vis-à-vis des malades.

La scolarisation semble nécessaire à la bonne connaissance des modes de transmission. Cette connaissance est également apparue liée au sexe: les femmes dans notre étude semblent mieux connaître ces modes de transmission que les hommes; ceci pourrait s'expliquer par la faible proportion d'hommes dans notre échantillon qui n'est pas représentatif de la population générale dans laquelle les hommes sont généralement d'un niveau d'instruction supérieur à celui des femmes.

c/ Connaissance de l'existence du sida de l'enfant:

Si un tiers des parents interrogés ignoraient qu'un enfant pouvait être atteint du sida, nombreux sont les parents connaissant cette notion mais la percevant comme "héréditaire", c'est à dire que selon eux le sida pourrait

passer du père à l'enfant sans atteindre la mère. La connaissance de cette notion est également apparue liée au niveau d'instruction des sujets.

d/ Connaissance de la notion de séropositivité

La séropositivité, notion importante pour la prévention, justifiant les campagnes de sensibilisation pour l'usage du préservatif, était une notion inconnue par près de la moitié des parents interrogés (44%). Une étude similaire à Kinshasa en République Démocratique du Congo ex-Zaïre en 1993, réalisée par Heyward W.L et collaborateurs chez les femmes enceintes, montrait des résultats identiques à savoir que la moitié des femmes ignoraient la notion de phase asymptomatique [8].

Sans cette notion, tout le monde ne se sent pas concerné par les messages de sensibilisation visant la réduction du taux d'incidence de l'infection à VIH. Les campagnes de lutte ne sont pas comprises à leur juste valeur et restent perçues comme adressées à quelques individus aux moeurs peu recommandables. Selon notre étude le niveau d'instruction favorise la connaissance de cette notion.

La méconnaissance des aspects importants relatifs à l'infection à VIH peut être imputée en partie à la difficulté à se faire comprendre d'une population en majorité peu alphabétisée: de même certaines traductions littérales des termes peuvent semer la confusion (ex: Le terme "sang" traduit en dioula signifie aussi bien sang que plaie. Certains modes de transmissions erronés cités par les parents (ex: plaies chroniques) pourraient ainsi trouver leur explication.

e/ Connaissance des moyens de protection contre l'infection à VIH

15 ans après le début de la pandémie de sida, des sujets déclarent ne connaître aucun moyen de protection contre l'infection à VIH (14 sujets sur 225 dans notre étude.).

Le préservatif n'est cité comme moyen de lutte contre le sida que par 132 sujets sur 225. Alors qu'une même proportion de sujets cite la fidélité. (surtout les femmes), l'abstinence ne fait qu'un seul adhérent sur 225.

Certaines méthodes de protection erronées citées par les parents témoignent de la méconnaissance des modes de transmission de l'infection à VIH et pourraient jouer un rôle important dans la discrimination envers les sujets atteints : en témoigne le refus de tout contact avec le corps ou les vêtements des sujets malades ou décédés du sida.

De même une certaine confusion semble régner (heureusement pour seulement un petit nombre de parents) entre les méthodes contraceptives et les moyens de lutte contre l'infection à VIH. Le préservatif étant aussi bien un moyen contraceptif qu'un moyen de se prémunir de l'infection à VIH, certains sujets pensent que les autres méthodes contraceptives (pilule, stérilet) protègent également contre l'infection à VIH. L'absence d'instruction n'est pas étrangère à cette mauvaise compréhension des choses: il s'agissait de sujets non alphabétisés.

De nombreux efforts restent à réaliser pour l'information de la majorité de la population sur le sida.

f/ Les sources d'information de la population en matière d'infection à VIH. et de sida

Selon notre étude les médias sont la source d'information touchant le plus de personnes. suivis de près par l'entourage des personnes interrogées: les structures médicales en troisième position ont servi à l'information de seulement 17^o des sujets interrogés. Quant aux équipes de sensibilisations travaillant en contact avec la population, elles ne semblent pas avoir touché beaucoup de personnes car seulement 8^o de notre échantillon affirment avoir bénéficié de leurs prestations.

Les sources d'information de la population peuvent avoir un impact sur la fiabilité des informations transmises : en effet l'entourage (avec 35^o) peut véhiculer des informations erronées influant sur les croyances et les attitudes adoptées vis-à-vis de la maladie.

II/ Les croyances, les comportements

a/ Sida et surnaturel

L'infection à VIH est perçue comme non évitable par le comportement par 13^o de notre échantillon. La maladie est imputée au destin ou à Dieu. par 102 sujets sur les 225. Pour ces sujets un comportement conséquent peut être utile mais en définitive seuls le destin ou Dieu peuvent en préserver.

Il s'agit d'un aveu d'impuissance qui peut entraîner un comportement fataliste.

Le sida relevant du mauvais sort n'a été cité que par 3 sujets de notre échantillon.

b/ La peur du sida:

Le sida est une maladie qui suscite la peur: près de 99% de notre échantillon affirment craindre cette maladie et cela plus que toute autre maladie. Si l'absence de traitement justifie pour la plus grande part la peur, la discrimination en est également une cause importante (citée par 42 sujets). Plus que la peur de la mort, c'est la peur du rejet social et de la solitude dans la maladie. Les conséquences économiques, la notion de "contagiosité", le fait que la maladie soit "nouvelle" et des considérations religieuses sont d'autres raisons de la peur.

La discrimination étant basée sur une méconnaissance ou une connaissance partielle des modes de transmissions et des différents aspects de la maladie, une meilleure information du plus grand nombre pourrait contribuer à sa baisse.

c/ Le sida considéré comme une maladie honteuse

En 1986, M. Gentillini dans "MEDECINE TROPICALE» s'inquiétait déjà à ce propos en ces termes : "si cette affection devait prendre le caractère de maladie honteuse, sa prévention comme toujours en pareille circonstance, serait bien plus difficile". Malheureusement cette inquiétude semble aujourd'hui se vérifier car plus des deux-tiers de nos patients estiment que le sida est une maladie honteuse. Cette conception semble partagée par d'autres auteurs : en 1994, Le Palec dans un article intitulé "Bamako, taire le sida", montre qu'au Mali en 1993, ne rien dire sur la présence de la maladie, c'est protéger le pays contre l'image honteuse associée à ce mal".

d/ Le préservatif : Utilisation et perception

Utilisation du préservatif

Le préservatif est encore peu utilisé : Dans notre étude seulement 18^o des parents affirment l'avoir déjà utilisé dans leur vie.

I. Sombié et collaborateurs, dans une étude menée auprès de femmes enceintes dans le cadre du projet DITRAME* à Bobo-Dioulasso en 1996 trouvent un taux d'utilisation du préservatif de 24% [10].

Au Rwanda en 1992 ce taux était de 14^o chez les femmes enceintes .

Plusieurs études en Europe notamment en France font état de taux d'utilisation du préservatif ne dépassant pas 20^o de la population sexuellement active.

But de l'utilisation du préservatif:

L'utilisation du préservatif par les 20^o de notre échantillon, n'était pas toujours en rapport avec un besoin de protection contre les MST ou le sida: dans notre étude elle se justifiait dans plus de la moitié des cas par un désir de contraception. Dans l'étude de I. Sombié et collaborateurs, la contraception était l'objectif visé dans 72^o des cas.

La décision d'utiliser le préservatif était prise surtout par les hommes. Des études au Rwanda corroborent cette thèse selon laquelle les hommes déterminent le plus souvent l'utilisation ou non du préservatif dans le couple. Dans une étude à Kigali, où la prévalence de l'infection à VIH chez les adultes est d'environ 30^o, et où près d'un couple sur sept est sérodiscordant, Allen, S et collaborateurs montrent qu'au sein de couples sérodiscordant, le préservatif était moins utilisé quand l'homme était séropositif que quand la

femme l'était: le problème principal de la prévention reste l'acceptation du préservatif par les hommes.

Les raisons de la non utilisation du préservatif selon notre étude:

En première position, le fait de n'y avoir jamais pensé : le préservatif n'est pas encore intégré dans les habitudes, ou alors on n'adhère pas à son utilisation car ne croyant pas en son efficacité. La fidélité au partenaire est citée surtout par les femmes, qui s'en remettent pour l'utilisation du préservatif au désir du conjoint. Dans certains cas proposer l'utilisation du préservatif peut être perçu comme synonyme de mauvaises moeurs, d'infidélité au partenaire: "Seuls les gens de mauvaise vie utilisent le préservatif".

La fragilité du préservatif,(taux de rupture=39% dans une étude malienne), le fait que "certains qui disaient le porter soient tombés malades", le rendent souvent peu crédible. De même la mauvaise qualité de certaines marques subventionnées dans notre contexte national ayant justifié des communiqués dans la presse pour le retrait du marché de ces préservatifs confortent les "détracteurs" du préservatif dans leur conviction que ce dernier est inutile et que seul le hasard ou le destin ou encore "Dieu" permettent d'échapper à la maladie.

Certaines considérations religieuses entrent également en ligne de compte dans la non utilisation du préservatif.

Ces résultats prouvent qu'en matière de prévention, il ne suffit pas de maîtriser un savoir pour le mettre en pratique en toutes circonstances, notamment lorsqu'il s'agit d'utiliser le préservatif. Ainsi 132 sujets /225 citent le préservatif comme moyen de lutte contre l'infection à VIH, mais seulement 18% de notre population affirment l'utiliser.

En Ouganda, en 1992, Muller O. et collaborateurs trouvent que seulement 19% de personnes séronégatives affirmaient utiliser le préservatif après un test de dépistage[11].

e/ La communication en matière de sexualité, de MST

Si deux-tiers des parents interrogés déclarent aborder les sujets portant sur la sexualité avec leurs conjoints ou avec d'autres personnes.(mêmes chiffres retrouvés au Malawi par Mpemba N.G. en 1996), seulement un tiers d'entre eux pensent qu'il faut parler de sexualité aux enfants. Ceux-ci ne seraient pas concernés par les questions sexuelles, seraient trop jeunes pour recevoir de telles informations (avec un âge idéal pour la communication variable selon les parents), ou alors seraient déjà informés par les médias et les structures scolaires auxquelles les parents semblent confier l'éducation sexuelle des enfants. Certains parents pensent qu'aborder ces sujets poussera l'enfant à passer à l'acte et le conduira donc au vagabondage sexuel. D'autres parents avouent qu'eux-mêmes ne sont pas bien informés sur ces questions. Enfin certains parents affirment que la sexualité est un sujet honteux, qu'ils se refusent à aborder avec des enfants, surtout les leurs, qui pourraient alors ne plus leur témoigner le respect dû à leur rang.

Le manque de communication entre partenaires et surtout entre parents et enfants, est un des principaux facteurs limitant de la lutte contre le sida dans certains pays en développement. L'éducation sexuelle des enfants souffre de cette attitude des parents car les programmes d'enseignement scolaire n'intègrent que rarement cette discipline dans leurs activités. De plus de nombreux enfants ne sont pas scolarisés ou ont quitté l'école pour diverses raisons.

III/ Le dépistage de l'infection à VIH

a/ L'acceptabilité du test

a-1/ Avant précision des conditions dans lesquelles serait effectué le dépistage:

Acceptabilité du principe du test pour l'enfant:

Le principe du test de dépistage de l'infection à VIH de l'enfant en milieu hospitalier semble relativement bien accepté par les parents des enfants hospitalisés: dans notre étude, environ deux-tiers des parents ont accepté que leur enfant soit dépisté lors de l'hospitalisation, qu'il présente ou non les signes d'appel de l'infection à VIH. Le refus du test de l'enfant (par un tiers des parents) a été motivé surtout par l'absence du conjoint (généralement le mari) dont l'avis s'avérait nécessaire avant le prélèvement et la peur du sida.

Le désir de connaître le résultat du test

Environ 80% des parents ayant accepté le principe du test de l'enfant désiraient en connaître le résultat et estimaient que ce résultat devait être annoncé aux deux parents.

Conséquences pour l'enfant en cas de séropositivité:

Si une minorité de parents estiment qu'il serait inutile désormais de s'occuper d'un enfant séropositif, la plupart des parents (plus de 95%) ont affirmé que le résultat du test n'aurait aucune incidence fâcheuse sur la prise en charge ultérieure de leur enfant dont ils continueraient à assurer les soins comme par le passé.

Le test du parent:

Les parents qui acceptaient le dépistage de l'enfant, acceptaient généralement leur propre dépistage.

Autres taux d'acceptabilité retrouvés dans d'autres études :

- 76% en 1996 chez les femmes enceintes en république de Côte d'Ivoire.

- 93% en 1996 chez les femmes enceintes à Bobo-Dioulasso.

- 90% en 1996 chez les consultants d'un hôpital au Cameroun.

Les mères ignorant la transmission verticale de la maladie et qui acceptent le test, lorsqu'elles en sont informées acceptent toujours en majorité le dépistage .

Le fait d'ignorer la transmission verticale de la maladie ne semble donc pas influencer sur l'acceptabilité du test.

Partage du résultat avec le partenaire:

86% des parents acceptant le principe du test, affirment qu'ils en partageront le résultat avec leur conjoint. Ce même ordre de chiffre est retrouvé au Rwanda par Ladner J et al. à qui 94.6% de femmes enceintes recrutées pour un dépistage de l'infection à VIH, ont déclaré avoir l'intention d'informer leur partenaire. Cette situation ne reflète pas nécessairement le choix des femmes lorsqu'elles seront en situation réelle. En effet, compte tenu des connotations péjoratives associées à l'infection par le VIH, les femmes éprouvent en réalité des difficultés à informer leur partenaire. Des études d'acceptabilité du dépistage menées au Zaïre par Heyward W.L. montrent qu'au moment du conseil post-test, 70% des femmes avaient l'intention d'informer leur

partenaire et de revenir avec lui pour un conseil de couple: un an après, seulement 2.2% des femmes étaient revenues avec leur partenaire.

En Zambie, Kelly M et al. retrouvent pour leur part un taux d'intention d'informer le partenaire, de seulement 50% dès le post-test.

Une étude menée par Barugahare L.M. et collaborateurs à Kampala en Ouganda, montre que les couples informés rencontrent des difficultés spécifiques qui les amènent souvent à avoir l'intention de se séparer en cas de statuts discordants ou de séropositivité des deux partenaires.

a-2/ Acceptabilité du dépistage après information sur les conditions du test.

Les taux d'acceptabilité pour l'enfant aussi bien que pour les parents sont meilleurs lorsque le test de dépistage est proposé pour être fait au sein de l'hôpital. Le caractère externe du test, et le fait qu'il soit payant font chuter les taux à cause surtout :

- chez l'enfant : de la nécessité pour la mère de prendre l'avis du père, avant le dépistage si celui-ci doit être effectué à titre externe et des contraintes liées au dépistage à titre externe (déplacement à effectuer au centre Muraz pour le test et retour à l'hôpital deux semaines plus tard pour chercher le résultat).

- Pour les parents: Si les deux raisons citées pour l'enfant sont retrouvées, une troisième et non des moindres explique la chute plus importante du taux d'acceptabilité chez les parents (qui passe de 65% à 25%): c'est le désir des parents d'effectuer en premier lieu le test de l'enfant, d'en attendre le résultat, au vu duquel ils consentiront alors à se faire dépister eux-mêmes. L'enfant servirait alors de "cobaye" aux parents.

Si le niveau d'instruction semble influencer le niveau des connaissances et les croyances en matière d'infection à VIH, il faut constater que l'acceptabilité du dépistage dans notre étude, n'est pas liée au niveau d'instruction.

Des travaux en RCI chez les femmes enceintes montrent par contre, que les test est souvent refusé par les femmes les plus scolarisées.

b/ Notion de risque encouru

Seulement 54 sujets sur les 225 de notre études estiment avoir déjà pris un risque quelconque en matière d'infection à VIH.

Certaines mères semblent penser que leur propre fidélité au conjoint les préserve de tout risque contre l'infection à VIH.

Parmi les parents estimant avoir pris un risque en matière d'infection à VIH, ce risque est attribué au partenaire dans 45^o des cas, au sujet lui-même dans 21^o des cas et à une coépouse dans la même proportion par les mères. Le risque encouru dans les foyers proviendrait surtout des hommes.

c/ Déjà songé à se faire dépister

Connaître son statut sérologique ne semble guère constituer un besoin primordial pour notre échantillon : en effet plus de 85% des parents déclarent n'avoir jamais songé à effectuer un test de dépistage de l'infection à VIH. De nombreux sujets (surtout non alphabétisés), ignorent la notion d'« examen de sang sans être malade ». Ceci serait également en rapport avec l'ignorance de la notion de séropositivité. Cette absence de besoin en matière de dépistage, expliquerait en plus de la peur du sida, la faible fréquentation constatée dans les centres anonymes de dépistage volontaire de l'infection à VIH.

d/ Relation malade-médecin

Prendre l'avis des parents avant le test ou dépister l'enfant à l'insu des premiers concernés?

Plus d'un tiers des parents reçus pour les entretiens estiment qu'il n'est pas nécessaire de les consulter avant d'effectuer un test de dépistage de l'infection à VIH chez leur enfant. Pour eux tout acte médical est posé dans l'intérêt de l'enfant qu'ils confient au personnel soignant auxquels ils s'en remettent, pour décider de ce qui est bon pour lui. Ceci témoigne de la confiance accordée par les populations au personnel médical dans notre contexte socioculturel. De nombreux parents s'étonnaient donc de notre démarche de les consulter avant un prélèvement de sang pour un examen médical.

Ainsi est également ressortie l'ignorance totale dans laquelle se trouvent souvent les patients vis-à-vis des examens complémentaires qui sont effectués à leurs endroits en milieu hospitalier: en effet, parce qu'un prélèvement sanguin avait été effectué chez l'enfant hospitalisé, de nombreux parents ont pensé qu'il pouvait s'agir du test de dépistage de l'infection à VIH. Une amélioration de la communication entre parents d'enfants et personnel soignant s'avère donc nécessaire.

e/ Acceptation réelle du test

Après 6 mois d'enquête, seulement 16 tests (soit 7% de l'échantillon) ont réellement été effectués pour l'enfant et pour les parents qui en avaient accepté pourtant le principe malgré les conditions requises.

Le test fait a toujours bénéficié de l'accord du conjoint selon les parents qui sont revenus chercher le résultat.

La négativité des tests pratiqués plaiderait en faveur de la thèse selon laquelle ceux qui n'ont pas pris de risque en matière d'infection à VIH adhèreraient plus volontiers au dépistage. [13]

Dans d'autres études :

En RCI en 1996, on constate un taux de retour pour chercher le résultat à 56% chez les femmes enceintes, les femmes séropositives revenant moins souvent chercher leur résultat.[14]

A Bobo-Dioulasso chez les femmes enceintes le taux de retour pour chercher le résultat est de (1229/1658) [15]

Conclusion

Les connaissances des parents d'enfants hospitalisés en matière d'infection à VIH restent insuffisantes. en rapport selon notre étude avec le faible taux de scolarisation. et le peu d'impact que semblent avoir les programmes d'IEC à l'endroit des populations.

La communication en matière de sexualité se heurte à de nombreux tabous dus au contexte socioculturel: la pudeur qui caractérise le comportement sexuel et ce qu'on peut en dire, rendant difficile aux parents leur rôle d'informer et de prévenir.

La promotion de l'utilisation des préservatifs se heurte également à ces obstacles culturels et religieux mais aussi au peu de crédit accordé à ce moyen de lutte parfois défaillant.

Le dépistage de l'infection à VIH semble assez bien accepté en milieu hospitalier; à titre externe il est moins accepté. Sa pratique effective laissée à l'initiative des parents est très faible.

Une bonne information des parents sur l'infection à VIH, une formation adéquate du personnel de santé pour la mise en place d'activités de conseils suivies du prélèvement des enfants sur place, permettront certainement d'améliorer en milieu hospitalier pédiatrique l'acceptabilité du dépistage et par conséquent la prise en charge du sida pédiatrique.

VII. Quelques suggestions

- Renforcer la sensibilisation des populations en matière d'infection à VIH surtout par les médias en tenant compte de la faible scolarisation du plus grand nombre. (message en langues locales.....)

- Promouvoir les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire

- promouvoir une politique de santé qui renforce les conditions de la prise en charge médicale des personnes atteintes. notamment par une offre de soins adaptée, une formation adéquate du personnel de santé, une politique du médicament qui rende accessible, à un coût acceptable, les substances nécessaires au traitement des personnes atteintes.

- Assurer les conditions d'une réelle prise en charge psychologique et sociale.

- Améliorer l'accès au test VIH et au conseil volontaire et confidentiel pour les femmes et les hommes en âge de procréer : notamment en permettant l'instauration d'un environnement favorable qui encourage les individus à rechercher l'information et le conseil concernant leur statut sérologique vis-à-vis du VIH, plutôt qu'un environnement qui les en décourage par peur de la discrimination et de la stigmatisation.

Inclure dans le conseil pour les femmes qui se savent séropositives pour le VIH, la communication des informations sur les risques de transmission verticale du VIH.

- Assurer une dynamique de valorisation des expériences accumulées sur le terrain afin que ces interventions servent de leçons dans la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1- P. Van de Perre

Transmission postnatale du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 : Le dilemme de l'allaitement maternel.

American Journal of Obstetrics and Gynecologie. 1995

2- Numéro spécial SIDA

Médecine et Armées 1996 T.24 - n°4.

3- SIDA : guide pratique 1993

IMPACT MEDECIN Numéro spécial - Septembre 1993.

3- M. Gentilini

Infection à VIH en milieu tropical.

Médecine Tropicale 1993, 235-265.

4- M Rosenberg et A. Itoua-Ngaporo

SIDA Infection à VIH aspects en zone tropicale

ELLIPSES/AUPELF Editeurs 1989. Paris

5- Barugahare L.M. in Berer M., Ray S.

Les femmes et le VIH/SIDA,

Women and HIV/AIDS Book Project (Londres) 1994, pp. 238-239

6- Rey D., Pradier C., Obadia Y., Gastaut J.A., Moatti J.P.

Connaissances et comportements des femmes enceintes face à l'infection par le VIH et à son dépistage - Prévagest PACA 1992

7- Numéro spécial SIDA

Médecine et Armées 1996 T.24 - n°4.

8- Heyward W.L., Batter V.L., Malulu M., Mbuyi N., Mbu L., St Louis M.E., Kamenga M., Ryder R.W.

Impact of HIV counseling and testing among childbearing women in Kinshasa, Zaire

AIDS, 1993, 7: 1633-1637

9-Méda N., Touré B., Cartoux M., n Kaboré Y.S., Van De Perre., Mandelbrot L., Dabis F.
Reasons for refusing anténatal testing in Burkina Faso

1995, Ixth International Conference on AIDS and STD in Afrca, Kampala. Résumé ThD293

10-Allen S.,Tice J.,Van De Perre P.

Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant
Couples in Africa

Medical Journal, 1992,6842 (304): 1605-1609

11-Dossier : Dépistage et counselling

Le Journal du sida, 1994, 59 : 27-35

13-Msellati P.

Vers une proposition du test VIH aux femmes enceintes

Journal du sida, numéro spécial Afrique, 1996, 86-87: 90-92

14- Fetue T.M, Afane Z.E., Kuate JR., Kaptue L.

Study on the acceptability of screening tests in patients attending health care center in Yaoundé
(hospital Jamot in Yaoundé, Cameroon) 1996.XIème Conférence Internationale sur le sida,
Vancouver, Résumé We.D.3607

15- Desclaux A. S.

Dépistage et conseil auprès des femmes enceintes : une stratégie de prévention?

Sociétés d'Afrique et Sida 1996, 14: 3-4

16- Bernard TAVERNE

Valeurs morale et stratégie de prévention : la fidélité contre le sida au Burkina Faso

Colloque International « Sciences sociales et Sida en Afrique, bilan et perspectives », Codesria,
CNLS - Sénégal, Orstom, 4-8 novembre 1996, Saly - Portugal, Sénégal

17- Mise à jour sur le SIDA

Série OMS., 1991,66,353-357.

18- Cartoux M., Msellati P., Méda N., Rouamba O., Coulibaly D.,

Acceptability of interventions to reduce perinatal HIV transmission in West Africa

1995, IXth International conference on AIDS and STD in Africa, Kampala, résumé TuB122

19- Dozon J.P

Le problème de l'annonce de la séropositivité en Afrique

Sociétés d'Afrique et sida, 1993,1 : 2

20- Ky-Zerbo O., Sombié I., Tiendrebeogo S., Cartoux M., Meda N., Van de Perre P

Dépistage prénatal de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de Bobo-Dioulasso : facteurs associés au non retour pour chercher le résultat du test

Vème Journées des Sciences de le Santé de Bobo Dioulasso, 10-13 avril 1996, pp. 39-40

21- Le Palec A.

Bamako, taire le sida

Psychopathologie Africaine, 1994, 26 (2): 211-234

22- Mpemba N.G.

Penetrating the barriers to behavioural change

1996, Xième Conférence Internationale sur le sida,

23- Gwanyil N.A., Tindyebwa, Ntale, Ndeezi, Kayila.

Pediatric infectious disease clinic targeting HIV infected children for counselling in Mulago Hospital, Kampala, Uganda

1996, Xième Conférence Internationale sur le sida, Vancouver, Résumé Pub.B.1078

24-Kelly M. et al.

Voluntary HIV Counselling Testing (C-T) in Lsaka, Zambia

Ixème Conférence Internationale sur le sida, Berlin, 1993, résumé 519 B/D

25- Politique de l'ONUSIDA sur le conseil et le test VIH

UNAIDS Suite à l'atelier des experts sur le conseil et le test VIH dans la région de Bangkok.
Thaïlande, 9-13 décembre 1996

26- Sida et infection à VIH

Le Pilly, par l'Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale Edition 1994,
475-493.

27- Actualités sida

MEDECINE DIGEST VOLUME XXII - N° 11 - DECEMBRE 1996.

28- B Taverne

Quelle prise en charge pour des malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso
Colloque International « Sciences Sociales et Sida en Afrique, bilan et perspectives »
Codesria, CNLS Sénégal, Orstom, 4-8 novembre 1996, Saly-Portugal. Sénégal

29- Le sida

L'OBJECTIF MEDICAL N°67- décembre 1989

30- D. JAYLE., C. TOURETTE-TURGIS

Stratégies de prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
La Revue du Praticien (Paris) 1995, 45

ANNEXES

Définition clinique du Sida de l'adulte en Afrique
(Définition de Bangui)

=====

CRITERES MAJEURS

- Amaigrissement > 10 p. 100
- Diarrhée > 1 mois
- Fièvre > 1 mois (continue ou intermittente)

CRITERES MINEURS

- Toux > 1 mois
- Dermite prurigineuse généralisée
- Zona récidivant
- Candidose oropharyngée
- Herpès virose chronique
- Lymphadénopathie généralisée

CRITERES D'EXCLUSION

- Cancer
- Malnutrition
- Autre étiologie

La présence:

- d'au moins 2 critères majeurs et
- d'au moins 1 critère mineur permet de poser le diagnostic de SIDA, de même que la présence
- d'un sarcome de Kaposi agressif ou
- d'une méningite à cryptocoque prouvée

Définition clinique du SIDA de l'enfant en Afrique
(Définition de Bangui 1986)

=====

CRITERES MAJEURS

- Amaigrissement > 10 p 100
- Diarrhée > 1 mois
- Fièvre > 1 mois (continue ou intermittente)

CRITERES MINEURS

- Toux persistante
- Dermite prurigineuse généralisée
- Candidose oropharyngée
- Infections banales récidivantes (otites, pharyngite...)
- Infection à VIH confirmée chez la mère
- Lymphadénopathie généralisée

CRITERES D'EXCLUSION

- Cancer
- Malnutrition
- Autre étiologie

La présence:

- d'au moins 2 critères majeurs et
- d'au moins 2 critères mineurs permet de poser le diagnostic de SIDA

<p style="text-align: center;">Catégorie A</p> <p>Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infection VIH asymptomatique - lymphadénopathie généralisée persistante - primo-infection symptomatique <p style="text-align: center;">=====</p>	<p>même si les signes cliniques disparaissent par la suite</p> <ul style="list-style-type: none"> - candidose bronchique, trachéale ou - candidose de l'oesophage : - cancer invasif du col :
<p style="text-align: center;">Catégorie B</p> <p>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - angiomatose bacillaire : - candidose oropharyngée : - candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement : - dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ : - syndrome constitutionnel : fièvre (>38,5°C) ou diarrhée supérieure à 1 mois : - leucoplasie chevelue de la langue : - zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome: - purpura thrombocytopénique idiopathique : - salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens : neuropathie périphérique. <p style="text-align: center;">=====</p>	<ul style="list-style-type: none"> - coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire: - cryptococcose extrapulmonaire : - cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois : - infection à cytomégalovirus (CMV) (autre que le foie, la rate ou les ganglions) : - rétinite à CMV (avec altération de la vision) - encéphalopathie due au VIH : - infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne: - histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire : - isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois) - sarcome de Kaposi : - lymphome de Burkitt : - lymphome immunoblastique : - lymphome cérébral primaire : - infection à mycobacterium avium ou kansaii, disséminée ou extrapulmonaire - infection à mycobacterium tuberculosis, quelque soit le site (pulmonaire ou extrapulmonaire) - infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire : - pneumonie à pneumocystis carinii : - pneumopathie bactérienne récurrente :
<p style="text-align: center;">Catégorie C</p> <p>Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - leuco-encéphalopathie multifocale progressive : - septicémie à salmonelle non typhi récurrente - toxoplasmose cérébrale : - syndrome cachectique dû au VIH.

Catégories cliniques selon les nouvelles classifications et définition de sida,

1993

Questionnaire d'enquête

Date	<input type="text"/>	13 SIDA pour la classification de Bangui	<input type="checkbox"/>
N° de dossier	<input type="text"/>	signe majeur	<input type="checkbox"/>
Adresse	<input type="text"/>	signe mineur	<input type="checkbox"/>
Age de l'enfant (> 18 mois)	<input type="text"/>	E- Impact santé / famille - ATCD	
rang dans la fratrie	<input type="text"/>	14 A déjà été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>
1 De qui s'agit-il :	<input type="text"/>	A déjà été transfusé ?	<input type="checkbox"/>
Si accompagnant : parenté / enfant ?	<input type="text"/>	fréquemment malade ?	<input type="checkbox"/>
type de parenté :	<input type="text"/>	type d'antécédents : A-Chr	<input type="checkbox"/>
2 Concernant la mère	gestité <input type="text"/>	Autres problèmes de santé dans la famille ?	<input type="checkbox"/>
	parité <input type="text"/>	Si oui, qui ?	<input type="checkbox"/>
3 Décès de parents ?	<input type="checkbox"/>	15 Décès d'enfants dans la famille ?	<input type="checkbox"/>
Si oui, qui ?	<input type="text"/>	nombre de décès	<input type="text"/>
Si décès des 2 parents (code 3)	<input type="text"/>	age des décès : < 10 ans ≥ 10 ans	<input type="checkbox"/>
quel âge enfant orphelin ?	<input type="text"/>	Causes de décès : A-Chr	<input type="checkbox"/>
Info / mère, père ou accompagnant		16 Qui dépense pour l'enfant ?	<input type="checkbox"/>
4 Age (ans)	<input type="text"/>	difficultés à payer l'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>
5 Sexe	<input type="text"/>	1. paiement seul, 2. aide extérieure ?	<input type="checkbox"/>
6 Burkinabè ?	<input type="checkbox"/>	F- Connaissances sur le VIH :	
7 Activité professionnelle ?	<input type="text"/>	17 Déjà entendu parler sida ?	<input type="checkbox"/>
Si oui, quelle profession ?	<input type="text"/>	comment ?	<input type="text"/>
autre :	<input type="text"/>	autre :	<input type="text"/>
Si non, préciser	<input type="text"/>	18 Connus personnes infectées par VIH ?	<input type="checkbox"/>
8 Niveau scolaire	<input type="text"/>	proches ?	<input type="checkbox"/>
9 Religion	<input type="text"/>	19 Modes de transmission / adulte:	<input type="checkbox"/>
10 Vie de couple ?	<input type="text"/>	sang	<input type="checkbox"/>
Si oui, marié ?	<input type="text"/>	sexe	<input type="checkbox"/>
Si oui, polygame ?	<input type="text"/>	erronée, préciser :	<input type="text"/>
a déjà été divorcé, séparé ?	<input type="text"/>	20 Le SIDA lié à un comportement ?	<input type="checkbox"/>
veuf(ve) ?	<input type="text"/>	ou à autres phénomènes non maîtrisés ?	<input type="checkbox"/>
11 Conjoint : activité professionnelle ?	<input type="text"/>	Si oui lesquels : à Dieu, destin, fatalité	<input type="checkbox"/>
Si oui, quelle profession ?	<input type="text"/>	à un mauvais sort	<input type="checkbox"/>
autre :	<input type="text"/>	Autre :	<input type="text"/>
Si non préciser	<input type="text"/>	21 Comment les gens s'infectent ?	<input type="checkbox"/>
Niveau scolaire	<input type="text"/>	autre :	<input type="text"/>
Religion	<input type="text"/>	22 Enfant peut-il être atteint SIDA ?	<input type="checkbox"/>
D- Informations / cas de l'enfant :		Si oui comment? mère	<input type="checkbox"/>
12 Durée d'hospitalisation (jours)	<input type="text"/>	père	<input type="checkbox"/>
Diagnostic :	<input type="text"/>	transfusion	<input type="checkbox"/>
type de la pathologie : A-Chr	<input type="text"/>	Mat Souillé	<input type="checkbox"/>
		autre, préciser :	<input type="text"/>

23 VIH et en bonne santé ?

24 Sida vous fait peur ?

Si non, pourquoi ?

Si oui, plus que d'autres maladies ?

Qu'est ce qui fait peur dans sida ?

autre chose :

Sida, maladie honteuse ?

25 connaissance moyens protection ?

Si oui lesquels : préservatif

fidélité

hygiène / sang

autre :

26 déjà utilisé préservatif ?

Si non, pourquoi

Si oui, dans quel but ?

qui a pris décision ?

27 Préservatif est-il efficace ?

Si non, pourquoi ?

28 Déjà utilisé moyen contraception ?

29 Parlez contraception ou MST :

avec votre partenaire ?

avec d'autres personnes ?

Faut-il parler de sexualité aux enfants ?

Si non, pourquoi ?

G- intérêt du test pour l'enfant

tous concernés, avantages du test, liberté / test

30 Accepteriez-vous dépistage / enfant ?

Si non, encore indécis, pourquoi ?

autres raisons :

pour les personnes qui ont accepté,

à qui le résultat doit-il être annoncé ?

31 Pensez-vs que test a pu être fait ?

Pensez-vs médecin puisse cacher résultat ?

Doit-on demander votre avis avant test ?

32 Conséquences pour l'enfant si positif

autre :

compléter informations / modes transmission

Si mère, et transmission M-E non connue,

information : enfant (+) ⇒ possibilité mère (+)

(Si elle a cité cette transmission, → 34)

33 *pour mères qui ont accepté test / l'enfant,*
acceptez-vs tjrs de faire test à l'enfant ?

Si oui, à qui résultat doit-il être annoncé ?

sida aujourd'hui n'est plus lié vagabondage,
personne fidèle à conjoint peut être infectée

34 Accepteriez-vous test pour savoir ?

Si refus (non), pourquoi

autres raisons :

35 Partage résultat avec partenaire ?

Si non, pourquoi ?

autre :

36 Déjà songé à faire test auparavant ?

maintenant que vous êtes informé,

37 D'où peut provenir risque :

vous part. coépouses sang

autre :

Parler d'un centre de dépistage

38 Test anonyme : cela encourage ?

500 francs: est-ce cher ?

39 Allez-vous faire dépister l'enfant ?

Si non, pourquoi ?

Allez-vous vous y faire dépister ?

Si non, pourquoi ?

40 SIDA chose importante dans la vie ?

Préoccupation principale dans la vie ?

autre chose :

41 Confié résultat votre enfant quelqu'un ?

Si oui, à qui

comment cette personne a-t-elle réagi ?

préciser

les parents ont-ils réalisé leur test

mère réalisé résultat

père réalisé résultat

accompagnant réalisé résultat

Si personne a réalisé test dépistage

42 Avez-vous confié le résultat de votre test

Si oui, à qui ?

Réaction ? préciser :

43 Quelle méthode de prévention future ?

SERMENT D'HIPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure 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 de salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons 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 favoriser les crimes.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'apoplexie et méprisée de mes confrères si j'y manque. »