

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I-QUELQUES DEFINITIONS.....</b>	<b>2</b>
I.1- SIDA.....	2
I.2- SEROPOSTIF.....	2
I.3- SERONEGATIVE.....	2
I.4- SEROCONVERSION.....	2
I.5- FENETRE SEROLOGIQUE.....	3
I.6- INFECTION OPPORTUNISTES .....	3
<b>II- ASPECTS VIROLOGIQUES ET IMMUNOLOGIQUES DU VIH .....</b>	<b>3</b>
II.1- PROPRIETE STRUCTURALE DU VIH.....	3
II.2-IMMUNOLOGIE .....	4
<b>III- HISTOIRE DU SIDA.....</b>	<b>4</b>
III.1- DANS LE MONDE.....	4
III.2- A MADAGASCAR .....	5
<b>IV- EPIDEMIOLOGIE.....</b>	<b>5</b>
IV.1- Dans le monde .....	5
IV.2- A Madagascar.....	5
<b>V- TRANSMISSION .....</b>	<b>6</b>
V.1- TRANSMISSION SEXUELLE .....	6
V.2- TRANSMISSION SANGUINE .....	6
V.3- TRANSMISSION D'UNE MERE ENFANT .....	6
V.4- AUTRES MODE DE TRANSMISSION .....	7
V.5- ACTES ET SITUATIONS NE TRANSMETTANT PAS L'INFECTION ..	8
<b>VI- FACTEURS FAVORISANT LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH ....</b>	<b>8</b>
<b>VII- SYMPTOMATOLOGIE .....</b>	<b>9</b>
VII.1- PRIMO-INFECTION .....	9
VII.2- PHASE ASYMPTOMATIQUE .....	9
VII.3- PHASE SYMPTOMATIQUE .....	10
VII.4- SIDA MALADIE .....	10
VII.4.1- Chez l'adulte .....	10
VII.4.2- Chez l'enfant.....	11
<b>VIII- DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE .....</b>	<b>11</b>

VIII.1-DIAGNOSTIC DIRECT.....	
VIII.1.1- Isolement du virus en culture cellulaire.....	11
VIII.1.2- Détection de l'antigène P <sub>24</sub> .....	11
VIII.1.3- Détection des acides nucléiques .....	12
VIII.1.4- Phénotypage.....	12
VIII.2- DIAGNOSTIC INDIRECT.....	12
VIII.2.1- Basé sur la détection des anticorps induits par la présence de virus .....	12
VIII.2.2. Principe de la technique ELISA.....	12
VIII.2.3- Test rapide.....	13
VIII.2.4- Western blot .....	13
IX- ASPECT THERAPEUTIQUE DU SIDA : Prévention et traitement .....	13
IX 1- La prévention du SIDA.....	13
IX .1.1- Prévention de la transmission sexuelle.....	13
I    X .1.2-Prévention de la transmission sanguine.....	13
IX .1.3- Prévention de la transmission mère enfant .....	14
IX .1.4- Vaccin anti-VIH.....	14
IX .2- Le traitement .....	14
IX .2.1- Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.....	15
IX .2.2- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse	15
IX .2.3- Les antiprotéases :.....	15
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>16</b>
I- CADRE DE L' ETUDE.....	17
I.1. Localisation de la commune.....	17
I.2- Situation culturelle et religieuse.....	17
I.3- Situation socio-économique :.....	17
I.4- Enseignement.....	18
I.5- Couverture sanitaire .....	18
II- TY'PE D'ETUDE :.....	18
III- COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES .....	18
IV- VARIABLE ET INDICATEUR.....	19
<b>ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>19</b>
<b>I- CARACTERISTIQUE DE LA FEMME ENCEINTE ENQUETE .....</b>	<b>20</b>
	20
	20

I.1- Répartition selon l'age .....	23
I.2- Répartition selon la situation matrimoniale.....	
I.3- Répartition de la femme selon le niveau d'instruction.....	23
<b>II- CONNAISSANCE SUR LE SIDA :.....</b>	<b>24</b>
II.1- Connaissance générale du SIDA .....	24
II.1.1- Connaissance générale sur le SIDA .....	25
II.1.2- Selon l'age .....	25
II.1.3- Selon la situation matrimoniale.....	25
II.1.4- SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION.....	25
II.2- CONNAISSANCE DE MODE DE TRANSMISSION.....	26
II.2.1- Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de transmission du VIH/SIDA.....	26
II.2.2- Selon l'age : .....	27
II.2.3 – Selon situation matrimoniale.....	27
II.2.4- Selon le niveau d'instruction.....	27
II.3- CONNAISSANCE GENERALE SUR LE MODE DE PREVENTION DU SIDA.....	28
II.3.1- connaissance générale de toute femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA.....	28
II.3.2– selon l'age : .....	29
II.3.3- selon la situation matrimoniale :.....	29
II.3.4- Selon le niveau d'instruction .....	29
<b>III- CONNAISSANCE SUR LA PTME .....</b>	<b>30</b>
III.1- Connaissance générale.....	31
III.1.1- connaissance générale de la femme enceinte .....	32
III.1.2- Selon l'âge .....	32
III.1.3- Selon la situation matrimoniale.....	33
III.1.4- selon le niveau d'instruction .....	33
III.2- LES SOURCES D'INFORMATION DE LA FEMME ENCEINTES SUR LA PTME .....	34
III.3– REPONSE DE LA FEMME ENCEINTE SUR LE TEST DE DEPISTAGE.....	34

III.3.1- Réponse de la femme enceinte sur le test de dépistage.....	34
III.3.2- Selon l'âge .....	35
III.3.3- Selon les situations matrimoniales.....	36
II.3.4- Selon le niveau d'instruction.....	37
II.3.5- Motifs de refus de dépistage du SIDA .....	38
<b>COMMENTAIRES.....</b>	<b>39</b>
<b>DISCUSSION ET SUGGESTION.....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>47</b>

## **LISTES DES GRAPHES :**

Graphe N°01 : Transmission vertical de la mère-enfant

Graphe N°02 : Répartition de la femme enceinte enquêté suivant l'âge

Graphe N° 03: Répartition de la femme enceinte selon la situation matrimoniale

Graphe N° 04 : Répartition de la femme enceinte selon le niveau d'instruction

Graphe N°05 : Répartition de la femme enceinte enquêté selon les connaissance générale de PTME

Graphe N°06 : Répartition de la femme enceinte sur la connaissance du PTME selon l'âge

Graphe N°:07: Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon la situation Matrimoniale

Graphe N°08 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon le niveau d'instruction

Graphe N°09 : Les sources d'information des femmes enceintes sur la PTME du VIH/SIDA

Graphe N°10 : Proportion de réponse de la femme enceinte sur le test de dépistage

Graphe N°11 : Proportion de réponse selon l'âge

Graphe N°12 : Proportion de réponse selon S.M

Graphe N°13 : Proportion de réponse selon la niveau d'instruction

Graphe N°14 : Motifs de refus de dépistage

## **LISTES DES TABLEAUX :**

Tableau N°1 : Répartition de la population par Fokontany :

Tableau N°02 : Répartition de la femme enceinte enquêtée suivant l'âge.

Tableau N°03 : Répartition de la femme enceinte selon la situation matrimoniale.

Tableau N° 04 : Répartition de la femme enceinte selon le niveau d'instruction

Tableau N° 05 : Connaissance générale du SIDA

Tableau N° 06 : Connaissance générale du SIDA selon l'âge

Tableau N°07 : Connaissance générale du SIDA selon la situation matrimoniale

Tableau N°08 : Connaissance générale du SIDA selon le niveau d'instruction

Tableau N°09 : Connaissance générale de mode de transmission

Tableau N°10 : Connaissance de mode de transmission du VIH/SIDA selon l'âge

Tableau n°11 : Connaissance de mode de transmission du VIH/SIDA selon situation

Tableau N°12 : Connaissance de mode de transmission du VIH/SIDA selon le niveau

Tableau N°13 : Connaissance générale de toute femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA

Tableau N°14 : Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA selon l'âge

Tableau N°15 : Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA selon la situation matrimoniale

Tableau N°16 : Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA selon le niveau d'instruction

Tableau N°17 : Connaissance générale de la femme enceinte sur la PTME du VIH/SIDA

Tableau N°18 : Connaissance générale de la femme enceinte du PTME selon l'âge

Tableau N°19 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon la situation matrimoniale

Tableau N°19 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon la situation matrimoniale

Tableau N°20 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon le niveau d'instruction

Tableau N°21 : Sources d'information de la femme enceintes sur la PTME

Tableau N°22 : Réponse de la femme enceinte sur le test de dépistage

Tableau N°:23 : Proportion de réponse selon l'âge

Tableau N°24 : Proportion de réponse selon S.M

Tableau N°25 : Proportion de réponse selon N.I

Tableau N°26 : Motifs de refus de dépistage

**Rapport-Gratuit.com**

## LISTE DES ABREVIATIONS

**%** : Pourcentage

**/** : Par

**Ac** : anticorps

**Ag** : antigène

**CDC**: Center for Disease Control

**CHD** : Centre Hospitalier de District

**CPN** : Consultation pré-natale

**CSB** : centre de Santé de base

**CTV** : Conseil Test Volontaire

**ELISA**: Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay

**Fce** : fréquence

**gp** : glycoprotéine

**HTLV**: Human T Cell Leuckemia Virus

**IEC** : Information - Education - Communication

**IST** : infection sexuellement transmissible

**LAV**: Lymphadenopathy Associated Virus

**N.I** : Niveau d'Instruction

**Nb** : nombre

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONU SIDA** : le Programme des Nations Unis sur le VIH-SIDA

**PCR** : Polymerase Chain Reaction

**SIDA** : Syndrome de l'Immuno Déficience Humaine

**SM** : situation matrimoniale

**T CD4** : lymphocyte T CD4

**VIH ou HIV** : virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

L'épidémie d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) frappe actuellement toute la population du globe mais revêt une gravité particulière dans les pays en développement, ébranlant des structures sanitaires fragiles et s'ajoutant encore aux problèmes de santé endémique en ces régions [1].

Des succès ont été remportés par certains pays où l'on parvient à mieux freiner la propagation de la pandémie. L'infection par VIH fait à elle seule 3 millions de morts dans le monde chaque année, a inversé la régression de l'espérance de vie et annulé les avancés économiques dans plusieurs pays AFRICAINS [2, 14].

Le dépistage du VIH pendant la grossesse est une option offerte aux femmes dans le monde entier. Selon des études de séroprévalence anonymes non couplées, les grandes agglomérations urbaines affichent des taux plus élevés d'infections à VIH chez les femmes enceintes.

Il est à noter que la prévention de la transmission mère enfant (PTME) qui entre dans le programme de lutte contre VIH/SIDA et un des programmes clés de santé publique. Elle est à intégrer dans les services de santé génésique et sexuelle qui serviront de base pour la prévention et la prise en charge du VIH chez les femmes en âge de procréer ou enceinte [4].

PORT-BERGE, une terre de migration, un de 7 districts de la région de la SOFIA, province de MAHAJANGA, présente un taux de séroprévalence un peu élevé (5.23%) dans la commune urbaine de PORT-BERGE lors d'une étude nationale de séroprévalence chez les femmes enceintes en 2003.

Cette situation a vivement attiré notre attention pour en faire l'objet de notre étude et nous choisissons la commune urbaine de PORT-BERGE, pour avoir une vision sur la situation de cette commune face à la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA. C'est ainsi que nous avons mené une étude auprès de la femme enceinte fréquentant le centre de base de PORT-BERGE, étude intitulée : « LES FEMMES ENCEINTES ET LE VIH/SIDA DANS LA COMMUNE URBAINE DE PORT-BERGE »

- ➔ Dans notre étude nous allons voir successivement :
- ➔ Première partie : les rappels
- ➔ Deuxième partie : la méthodologie
- ➔ Troisième partie : les résultats
- ➔ Quatrième partie : les commentaires et suggestions
- ➔ Nous terminerons par la conclusion

## I-QUELQUES DEFINITIONS

### I.1- SIDA

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise est une maladie infectieuse due à la destruction du système immunitaire de l'organisme par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). C'est l'ensemble de symptômes et de maladies qui surviennent suite à l'affaiblissement de l'organisme par baisse de l'immunité.

→ S : syndrome : ensemble des signes d'une maladie.

→ I : Immuno : l'immunité, c'est la protection contre les maladies

→ D : Déficience : manque ou absence.

L'immunodéficience c'est l'absence ou effondrement du système immunitaire contre les maladies.

→ A : Acquise : ce qui signifie que la maladie n'est pas héréditaire innée mais qu'on a attrapé la maladie au contact de quelqu'un qui avait le virus di SIDA. [5, 10, 27]

### I.2- SEROPOSITIF

La personne séropositive, c'est la personne infectée par le VIH, a développé des anticorps, qui seront détectés par les examens sérologiques (dépistage et confirmation)

→ EXAMENS SEROLOGIQUES POSTIFS [4, 18]

### I.3- SERONEGATIVE

La personne séronégative, c'est la personne non infecté par le VIH.

→ EXAMENS SEROLOGIQUES NEGATIFS

### I.4- SEROCONVERSION

C'est la période pendant laquelle la personne infectée développe les anticorps

→Tests dépistages positifs

→Test de confirmation a profil indéterminé [4, 18]

### I.5- FENETRE SEROLOGIQUE

C'est la période qui sépare la contamination et l'apparition des anticorps

→EXAMENS SEROLOGIQUES NEGATIFS. [4, 18]

### I.6- INFECTION OPPORTUNISTES [1]

Une infection opportuniste est le fait d'un germe qui n'a pas pathogène chez le sujet bien portant mais qui le devient quand les défenses immunitaires sont affaiblies et peut alors déterminer une maladie grave éventuellement mortel.

## II- ASPECTS VIROLOGIQUES ET IMMUNOLOGIQUES DU VIH [5,17]

Le VIH, c'est un virus de la famille des rétrovirus à tropisme cellulaire

Deux types de virus :

- virus de type-1, le plus répandé et plus sensible aux ARV.
- virus de type-2, répandu en AFRIQUE

Le virus présente plusieurs variantes, ceci facilite les mutations et rend difficile le développement de vaccin.

### II.1- PROPRIETE STRUCTURALE DU VIH

Trois gènes principaux communs aux autres rétrovirus constituent le molécule d'ARN des VIH :

- le gène gag code pour la synthèse des protéines de capsid et de core
- le gène pol. code pour les protéines de repli cation
- le gène erv code pour lu protéines d'enveloppes

#### Cellules cibles du VIH :

Ce sont essentiellement les cellules portant à leur surface, la molécule CD4 , récepteur de haute affinité pour la GP 120 (glycoprotéine d'enveloppe du VIH : lymphocytes TCD4 + surtout,mais aussi les monocytes macrophages,les cellules folliculaires dendritiques,les cellules micro gliales cérébrales.

## II.2-IMMUNOLOGIE [5, 11]

Le VIH induit chez l'hôte récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôle seulement particulièrement l'infection.

Ces réponses immunitaires sont :

→ Humorales : représenté par la production d'anticorps dirigé contre toutes les protéines du VIH ; ces derniers sont détectés par ELISA et WESTERN BLOT. Ils sont la preuve de l'infection VIH.

→ Cellulaires : elles sont représentées par les réponses médiées par les lymphocytes TCD4+ et par le lymphocytes TCD8+ cytotoxiques (CTL) qui représente l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale.

## III- HISTOIRE DU SIDA

### III.1- DANS LE MONDE [1, 6, 30]

→ 1981, des médecins de New York observent chez des jeunes homosexuelles une forme rare de cancer (Sarcome de KAPOSI), ainsi qu'une pneumonie due au pneumocytis carinii

→ En 1982 ,750 cas recensés par CDC. Chaque patient avait un système immunitaire extrêmement affaibli et sensible à plusieurs infections.

→ En Europe, même phénomène : la maladie touche les homosexuels, mais aussi des toxicomanes et des hémophiles, des hétérosexuels et des enfants.

→ On soupçonne un germe transmissible lors du rapport sexuel, ou par le sang.

→ La maladie fut appelée SIDA

→ En 1983, le virus est découvert par Pr. Montagnier et son équipe de l'IPM isole une culture de virus d'un prélèvement du patient atteint de SIDA.

→ En 1986, découverte d'un deuxième virus

→ Dénomination commune VIH (VIH1et VIH2)

→ En 1986, découverte premier anti rétroviral

### III.2- A Madagascar [1, 4, 6, 19]

- En 1987 : découverte du premier individu infecté par le VIH à Madagascar
- En 1989 : réalisation de la première enquête épidémiologique nationale sur un échantillon de 19326 individus : 6 individus séropositifs.
- En 1990 : début de la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH.
- En 2003 : enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes.

## IV- EPIDEMIOLOGIE

### IV.1- Dans le monde [3,13, 21]

En l'espace d'une seule décennie, le SIDA s'est transformé en pandémie touchant des millions d'hommes, de femmes et d'enfants, sur tous les continents. Selon l'ONU SIDA, l'épidémie mondiale VIH/SIDA a tué plus de 3 millions de personnes en 2003, et on estime que 5 millions de personnes ont contacté le virus d'immunodéficience humaine (VIH). Cette même année, ce qui porte à 40 millions le nombre de personnes vivant avec le virus dans le monde.

L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE demeure, et de loin, la région la plus touchée par l'épidémie du VIH/SIDA, estimée à 26.6 millions de personnes vivant avec le VIH dans cette région.

Plus d'une femme enceinte sur cinq sont infectées par le VIH dans la plupart des pays d'AFRIQUE AUSTRALE. [15]

Dans d'autres régions comme l'EUROPE orientale et l'ASIE centrale, l'épidémie du SIDA ne donne aucun signe de ralentissement.

### IV.2- A Madagascar [3, 13, 27]

Le premier cas du SIDA à Madagascar a été identifié comme séropositif par l'équipe de l'institut Pasteur en Mars 1987.

- En décembre 2000 : 261 individus sont séropositifs ,48 sidéens
- En Mars 2001 : 261 sont séropositifs, 42 sidéens, 20 sont déjà décédés
- En 2003 : une étude nationale de séroprévalence sur un échantillon de 9623 femmes enceintes malgache relève que 1.1% de ces femmes sont séropositives. Par

ailleurs, les taux de prévalence les plus élevés sont trouvés respectivement dans la province d'ANTSIRANANA (1.51% ) et de MAHAJANGA (1.49%)

→ Les chercheurs ont conclu l'entrée de MADAGASCAR dans la phase de généralisation de l'épidémie de VIH/SIDA et que les étapes épidémiologique dites naissantes et concentrées ont été franchie.

## V- TRANSMISSION [24]

Le virus du SIDA se trouve dans des nombreux liquides biologiques : sang, sperme, sécrétion vaginale et cervicale, lait maternel, liquide amniotique, larme, urine, salive.

Mais le sang, les sécrétions sexuelles et le lait maternel sont les plus à craindre.

### V.1- TRANSMISSION SEXUELLE [1, 17, 20]

La transmission sexuelle du VIH est la mode de contamination de loin le plus fréquent (supérieur 90% à l'échelle mondiale), plus particulièrement en AFRIQUE.

Cette peut s'effectuer lors de rapport hétérosexuelles ou homosexuelle avec une personne contaminée.

Certains facteurs locaux : lésions génitales, saignements, les IST : l'infection par syphilis accroît 2 à 10 fois le risque de contracter du SIDA.

### V.2- TRANSMISSION SANGUINE [7]

Il peut y avoir des transmissions du VIH par voie sanguine chaque fois que le sang provenant d'un sujet contaminé pénètre dans la circulation sanguine d'une autre personne : transfusion sanguine avec du sang contaminé par le VIH/SIDA, l'utilisation des instruments contondants, aiguilles déjà souillées et mal stérilisées.

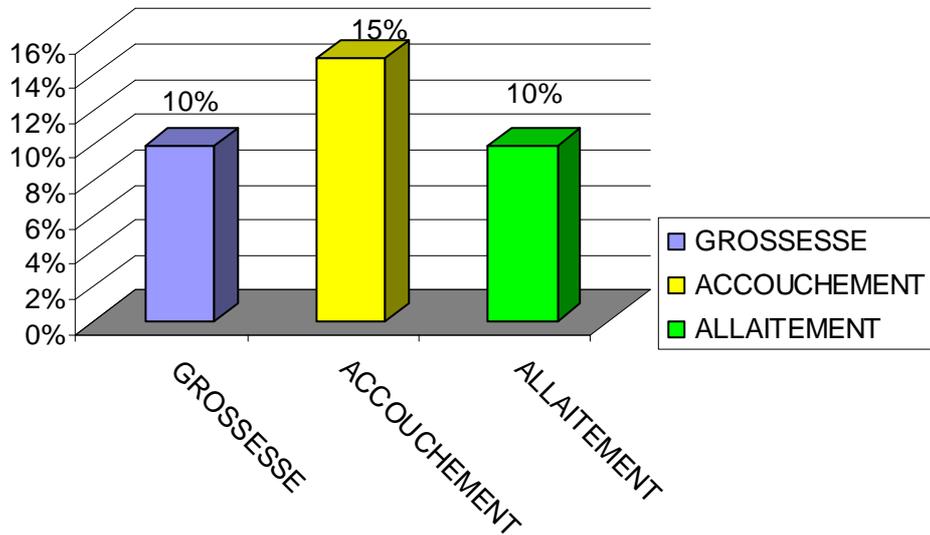
### V.3- TRANSMISSION D'UNE MERE ENFANT [4]

→ Pendant la grossesse : barrière placentaire

→ Au cours du travail et de l'accouchement : contact avec le sang et liquides biologiques.

→ Après la naissance par l'allaitement maternel : lait maternel contient le virus.

Graphe N° 1 : Transmission de la mère enfant verticale



La transmission de la mère à l'enfant a lieu surtout dans la période périnatale (au cours du travail, ou de l'accouchement).

Ce risque est de l'ordre de 15% en Europe 30 à 40% en Afrique en absence de mesure prophylactiques.

La gravité de la maladie chez la mère influence le risque de transmission (de l'ordre de 50% Lymphocytes CD4 maternel est inférieur 200/ mm<sup>3</sup> et W inférieur 10% si le taux de CD4 est supérieur 500mm).

#### V.4- AUTRES MODE DE TRANSMISSION [7]

Beaucoup de rumeurs et d'autres choses ont été incriminés. Afin de mieux comprendre pourquoi où comment une entité peut être ou non infectante, il convient de se souvenir que dans le mécanisme de transmission du VIH, il faut que deux conditions soient remplies :

- la première est le contact entre une personne saine et le virus
- la seconde est une quantité suffisante de virus.

En effet, il semble que pour un seuil, l'organisme est encore capable d'assurer leur élimination. Cette hypothèse explique le non transmission de virus par piqûre d'insectes (quantité inférieur à la quantité seuil) et la transmission par le sexe et le sang ont la quantité nettement supérieure à la quantité seuil.

#### V.5- ACTES ET SITUATIONS NE TRANSMETTANT PAS L'INFECTION :

[4, 23]

- toux
- éternuement
- piqûre d'insecte
- contact au travail ou à l'école ou embrassade
- eau ou aliment
- baiser
- poignée de main
- bain public, piscine
- toilette
- appareil téléphonique
- vaisselle et autres ustensiles de cuisine utilisés en commun

#### VI- FACTEURS FAVORISANT LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH [8, 29] :

- Infections maternelles : les infections virales, parasitaires et ou bactériennes
- Stade de l'infection à VIH chez la mère : le risque de transmission important pendant la primo-infection et au stade avancé de l'infection
- Etat matrimonial de la mère : déficit en vitamine A de la femme séropositive augmente la probabilité de transmission du virus à l'enfant.
- Infection du placenta et du cordon : Toxoplasmose et Syphilis
- Accouchement prématuré.
- Pratiques instrumentales abusives invasives au cours de l'accouchement, rupture prématuré des membranes et travail prolongé exposent l'enfant à un risque élevé.
- Contact de l'enfant au sang maternel et au sécrétion lors de l'accouchement

→ Allaitement maternel prolongé au-delà de six mois augmente le risque de transmission

→ Infections mammaires : mastites, les crevasses du mamelon, les états inflammatoires des seins

→ Affections buccales de l'enfant nourri au sein.

## VII- SYMPTOMATOLOGIE [27, 16]

Les quatre phases de l'infection :

→ Primo-infection

→ Phase asymptomatique

→ Phase symptomatique

→ SIDA maladie

### VII.1- PRIMO-INFECTION [1, 4, 9]

C'est première phase de l'infection après la contamination. Cette phase est cliniquement muet, mais est parfois symptomatique. Le plus souvent, le tableau clinique et biologique est celui d'une mononucléose infectieuse, parfois isolément ou associé à ces signes, surviennent de trouble neurologique comme encéphalite aigue, myélite, aigue, méningite lymphocytaire. Ces signes sont spontanément résolutifs.

Cette période peut aller de quatre mois à cinq ans voir plus biologiquement : on relève une lymphopénie et la sérologie est négatif tan disque l'antigène P24 est positif.

### VII.2- PHASE ASYMPTOMATIQUE [1, 9]

C'est la phase la plus longue. Cette période n'est réellement asymptomatique, on assiste à la disparition des plusieurs signes cités plus haut. Les personnes infectées ont un état de santé précaire et souffrent fréquemment des infections banales tels que : furonculose à répétitions, infections de voies respiratoires. A ce stade : l'antigène P<sub>24</sub> redevient négatif et le taux de lymphocyte CD4 démunie progressivement.

### VII.3- PHASE SYMPTOMATIQUE [3]

C'est la symptomatique avec symptômes mineurs tels que :

- Adénopathies
- Toux persistante

### VII.4- SIDA MALADIE [1, 9]

L'atelier OMS du BANGUI en 1956 a défini cliniquement le SIDA comme suit :

#### VII.4.1- Chez l'adulte :

La présence d'au moins deux critères majeurs et d'au moins un 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 crypto coque prouvé.

#### **CRITERES MAJEURS :**

- Amaigrissement : perte de poids supérieure à 10% du poids corporel
- Diarrhée supérieure 1 mois
- Fièvre supérieure 1 mois

#### **CRITERES MINEURS :**

- Toux supérieure 1 mois
- Dermatite prurigineuse généralisée
- Zona récidivant
- Candidose oropharyngée
- Herpes virose
- Lymphadénopathie généralisée

#### **CRITERES D'EXCLUSIONS**

- Cancer
- Malnutrition sévère
- Autre étiologie

#### VII.4.2- Chez l'enfant

La présence d'au moins deux critères majeurs et d'au moins deux critères mineurs permet de poser le diagnostic du SIDA.

##### **CRITERES MAJEURS**

- Amaigrissement : perte de poids supérieure à 10% de poids corporel
- Diarrhée supérieure 1 mois
- Fièvre supérieure 1 mois (continue ou intermittente)

##### **CRITERES MINEURS**

- Toux persistante
- Dermatite prurigineuse généralisée
- Candidose oropharyngée
- Infections banales récidivantes (otite, pharyngite. . .)
- Infection à VIH confirmé chez la mère
- Lymphadénopathie généralisée

##### **CRITERES D'EXCLUSION**

- Cancer
- Malnutrition sévère
- Autre étiologie

#### VIII- DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE [3, 25]

##### VIII.1-DIAGNOSTIC DIRECT

###### VIII.1.1- Isolement du virus en culture cellulaire

C'est le technique in vitro de co-culture de lymphocytes du sujet suspecté avec des lymphocytes d'un donneur séronégatif. Il met en évidence la multiplication virale : détection de l'antigène P24 et ou de la reverse transcriptase dans le milieu de culture.

### VIII.1.2- Détection de l'antigène P24

C'est l'identification des sujets dans la période de la fenêtre séronégative d'une infection aiguë. La technique utilisée est l'immuno enzymatique (ELISA) spécifique pour la source HIV-1

### VIII.1.3- Détection des acides nucléiques

Test qualitatif : ADN pro viral du VIH-1 et du VIH-2

Technique : PCR (polymérase chaîne réaction) plus sensible que l'isolement viral

Test quantitatif pour ARN du VIH dans le plasma : charge virale.

Technique : PCR (polymérase chaîne réaction)

Application : suivi de l'infection chez les personnes traitées ou non

Evaluation de l'efficacité du traitement anti-rétroviral.

### VIII.1.4- Phénotypage

Détermination in vitro de la sensibilité des isolants de VIH à l'égard de différentes concentrations d'ARV.

## VIII.2- DIAGNOSTIC INDIRECT

VIII.2.1- Basé sur la détection des anticorps induits par la présence de virus :

→ ELISA (Enzyme Linbed Immuno Sorbent Assay) avec plusieurs formats :

- ELISA indirect
- ELISA sandwich
- ELISA par compétition

→ Agglutination

→ Tests rapides unitaires : les test par filtration sur une membrane et les test chromatographique.

→ Western blot : utilisé comme technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité.

### VIII.2.2. Principe de la technique ELISA

Détection des anticorps par réaction antigène anticorps utilisant la technique immuno enzymatique

- Première temps : fixation d'un antigène connu sur un support solide (cupule de microplaque)
- Deuxième temps : ajouter l'échantillon supposé contenir l'anticorps
- Troisième temps : le complexe antigène anticorps formé est révélé par l'addition d'un anticorps couplé à un enzyme (conjugué) et une réaction avec un substrat chromogène va donner une coloration.

### VIII.2.3- Test rapide

Test unitaire rapide par filtration du sérum sur une membrane ou support recouvert d'antigène recombinant VIH1 et VIH2. La réactivité donne une coloration visible à l'œil nu.

### VIII.2.4- Western blot

La réactivité se traduit sous forme de bande colorée correspondant à une protéine interne ou enveloppe.

## IX- ASPECT THERAPEUTIQUE DU SIDA : Prévention et traitement [3, 26, 28]

### IX 1- La prévention du SIDA

Le nombre de personnes ayant accès au traitement antiviraux est encore très limité dans le monde, en effet, la prévention est le seul moyen efficace pour vaincre le SIDA.

#### IX .1.1- Prévention de la transmission sexuelle

- Le préservatif : le seul moyen dont l'efficacité a été démontré
- Réduire le risque de transmission par voie sexuelle : par limitation de nombre de partenaire sexuel et traiter les autres IST (infection sexuellement transmissible), éviter l'activité sexuelle précoce et le rapport sexuel traumatisant.

### IX .1.2- Prévention de la transmission sanguine

Si le dépistage en banque du sang a pu être mis en place dans les grands centres, tous les problèmes n'ont pas pour autant été résolus.

- utilisation des aiguilles et seringues à usage unique.
- nettoyage et stérilisation des matériels médicaux et des outils contondants
- dépistage et traitement des sangs et ses produits avant l'utilisation.

### IX .1.3- Prévention de la transmission mère enfant (PTME)

La prévention de l'infection chez l'enfant passe par la prévention de l'infection chez la mère.

Si l'utilisation d'une contraception par préservatif peut être acceptée par une femme déjà multipare, elle est beaucoup plus difficile pour une femme primipare ou multipare ce qui l'absence de progéniture entraîne une exclusion sociale. C'est dire la nécessité d'une prise en charge psychosociale de ces femmes.

Si elle n'a pas encore eu d'enfant, la gravité de la situation impose une prise en charge totale tant sur le plan médical que psychosocial et une participation active du couple dans la décision à prendre.

La transmission mère enfant peut être réduite par l'administration de Zidovudine chez des femmes n'ayant jamais antérieurement été traitées, le traitement court par Névirapine permet une réduction de la transmission mère enfant d'environ 40%.

L'accouchement par césarienne programmé permet de réduire le risque de transmission.

Cependant les risques de transmission au fœtus sont de l'ordre de 50% de cas et un enfant sur deux décédé avant l'âge de 5 ans, quand il est infecté par le VIH.

### IX .1.4- Vaccin anti-VIH

La mise au point d'une vaccination anti VIH se heurte à plusieurs difficultés.

Les résultats des premiers essais de phase I (étude de tolérance et de l'immunogénéité du candidat, vaccin sur un petit nombre d'individu sans risque de contamination) apporte des réponses fragmentaires à la question de la réalisation d'un vaccin anti-VIH utilisable.

Bon nombre d'interrogation subsiste cependant quant à la neutralisation des souches « Sauvage » constitue pour l'instant, l'obstacle majeur à l'extension des essais au delà de la phase I.

#### IX .2- Le traitement :[3, 28]

Le traitement de l'infection par le VIH repose à la fois sur la lutte contre les infections opportunistes principaux facteurs de morbidité chez le patient immunodéprimé et sur traitement anti-rétroviral dont le but est de retardant les conséquences négatives sur l'immunité.

#### **Quelques Anti rétro viraux actifs pour l'infection de VIH :**

##### IX .2.1- Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

Premiers Anti rétroviraux connus (1986)

- AZT+ITC
- ABACAVIR
- ZIDOVUDINE
- ZALCITABINE

##### → **Avantages :**

- Résistance lente à apparaître
- Synergies avec les autres classes
- Tolérance bonne à court terme
- Facilité de prise

##### → **Désavantages :**

- Efficacité modérée
- Inactif sur le VIH-2

##### IX .2.2- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

- NEVIRAPINE
- DELARVINE
- ATERVIDINE

→ **Avantages :**

- Inhibiteurs persistants de la RT
- Pas de métabolisme intra cellulaire
- Facilité de prise.

→ **Désavantages**

- Résistance rapide à haut niveau après une mutation
- Résistance croisée de classe
- Hépatotoxicité
- Inactifs sur le VIH

## IX .2.3- Les antiprotéases :

- SAQUINAVIR
- RITOUAVIR
- IDINAVIR
- NELFINAVIR
- AMPRENAVIR

→ **Avantages**

- Anti rétroviraux les plus actifs sur VIH-1 et VIH-2
- Synergie avec les nucléosides
- Pas de métabolisme intracellulaire
- Résistance lente à apparaître

→ **Désavantages**

- Résistance croisée de classe
- Tolérance médiocre
- Effet secondaire préoccupant
- Nombre de gélules importantes

## ANALYSE DES RESULTATS

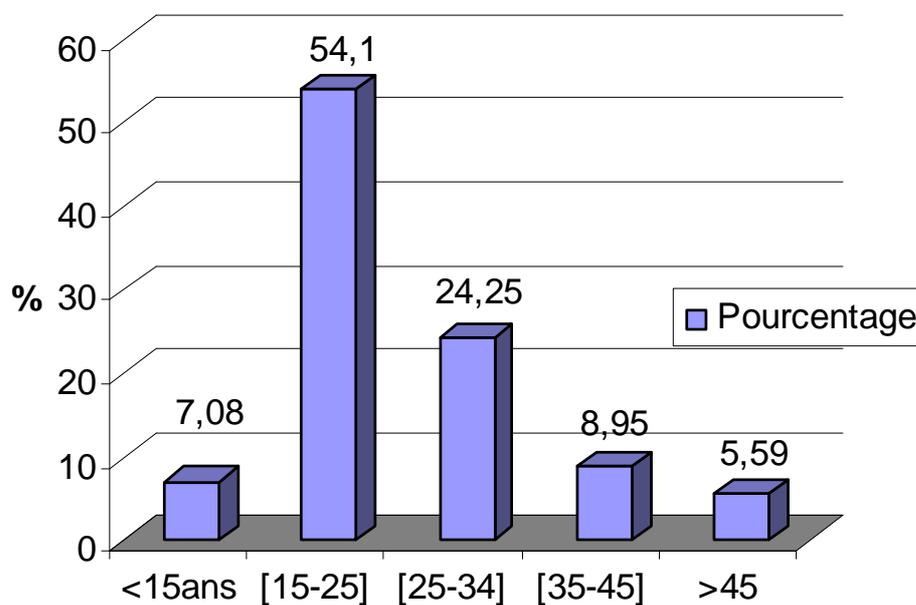
### I- CARACTERISTIQUE DE LA FEMME ENCEINTE ENQUETE :

Les femmes enceintes enquêtées sont au nombre de 268 et leur age varie entre 15ans et 45ans.

#### I.1- Répartition selon l'age :

Tableau N°02 : Répartition de la femme enceinte enquêté suivant l'age.

AGE	<15ans	[15-24]	[25-34]	[35-45]	>45	Total
Effectif	19	145	65	24	15	268
Pourcentage	7,08%	54,10%	24,25%	8,95%	5,59%	100%

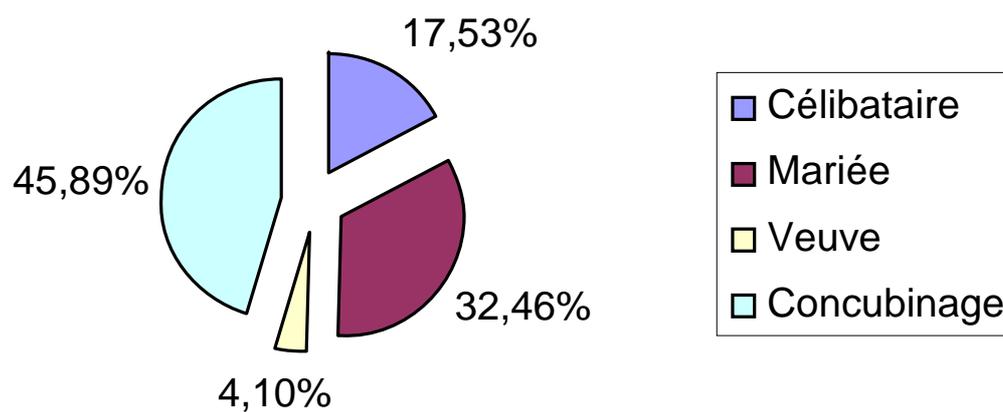


Graphe N°02 : Répartition de la femme enceinte enquêté suivant l'age

## I.2- Répartition selon la situation matrimoniale (S.M) :

Tableau N°03 : Répartition de la femme enceinte selon la situation matrimoniale.

S.M	Célibataire	Mariée	Veuve	Concubinage	Total
Effectif	47	87	11	123	268
%	17,53	32,46	4,10	45,89	100

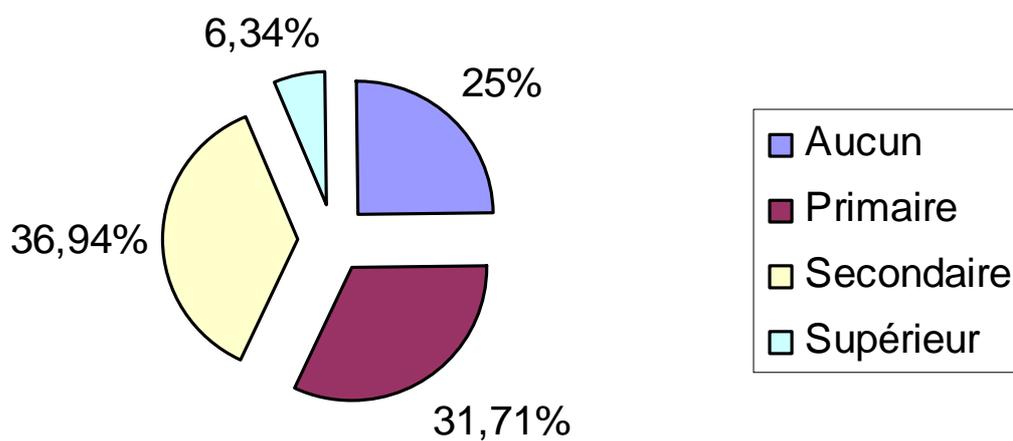


Graphique N° 03 : Répartition de la femme enceinte selon la situation matrimoniale

## I.3- Répartition de la femme selon le niveau d'instruction

Tableau N° 04 : Répartition de la femme enceinte selon le niveau d'instruction

Niveau	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total
Effectif	67	85	99	17	268
Pourcentage	25%	31,71%	36,94%	6,34%	100%



Graphe N° 04 : Répartition de la femme enceinte selon le niveau d'instruction

### III- CONNAISSANCE SUR LE SIDA :

#### II.1- Connaissance générale du SIDA :

L'enquête doit répondre à la question, qu'est ce que le SIDA

##### II.1.1- Connaissance générale sur le SIDA :

Tableau N° 05 : Connaissance générale du SIDA

Réponse	IST	Autre maladie	Aucune réponse	Total
Effectif	175	70	23	268
%	65,29%	26,11%	8,58%	100

##### II.1.2- Selon l'âge :

Tableau N° 06 : Connaissance générale du SIDA selon l'âge

Age	<15		[15-24]		[25-34]		[35-45]		>45	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
I.S.T	13	68,42	119	82,06	43	66,15	17	70,83	9	60
Maladie	4	21,05	21	14,48	19	29,23	5	20,83	4	26,66
Aucune réponse	2	10,52	5	3,44	3	4,61	2	8,33	2	13,33
Total	19	100	145	100	65	100	24	100	15	100

## II.1.3- Selon la situation matrimoniale (S.M)

Tableau N°07 : connaissance générale du SIDA selon la situation matrimoniale

S.M	Célibataire		Mariée		Veuve		Concubinage		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Réponse									
IST	31	65,95	65	74,71	7	63,63	97	78,86	200
Maladie	11	23,40	18	20,68	3	27,27	19	15,44	51
Aucune réponse	5	10,63	4	4,59	1	9,09	7	5,69	17
Total	47	100	87	100	11	100	123	100	268

## II.1.4- SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION (MI)

Tableau N°08 : Connaissance générale du SIDA selon le niveau d'instruction

M.I	Aucune		Primaire		Secondaire		Supérieur		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Réponse									
I.S.T	9	13,43	36	42,35	89	89,89	15	88,23	149
Maladie	15	22,38	42	49,41	9	9,09	2	11,76	68
Aucune réponse	43	64,17	7	8,23	1	1,01	0	0,00	51
Total	67	100	85	100	99	100	17	100	268

## II.2- CONNAISSANCE DE MODE DE TRANSMISSION

II.2.1- Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de transmission du VIH/SIDA.

Tableau N°09 : Connaissance générale de mode de transmission

Réponse	Sexuel	Sang	Mere-enfant	Autres
Total	185	167	42	53
%	69,02	62,31	15,67	19,77

II.2.2- Selon l'âge :

Tableau N°10 : Connaissance de mode de transmission du VIH/SIDA selon l'âge

Age	<15		[15-24]		[25-34]		[35-45]		>45	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sexuel	14	73,68	123	84,82	63	96,92	21	87,50	13	86,66
Sang	11	57,89	99	68,27	57	87,69	19	79,16	11	73,33
Mère-enfant	3	15,78	25	17,24	15	27,07	12	50	09	60
Autres	5	26,31	13	8,96	09	13,84	08	33,33	06	40

## II.2.3 – selon situation matrimoniale(SM) :

Tableau n°11 : Connaissance de mode de transmission du VIH/SIDA selon situation matrimoniale

S.M	Célibataire		Mariée		Veuve		Concubinage	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sexuel	47	100	87	100	11	100	123	100
Sang	36	76,59	75	86,20	9	81,81	117	95,12
Mere-enfant	33	70,81	74	85,05	7	63,63	73	59,34
Autres	15	31,91	23	26,43	5	45,45	18	14,63

## II.2.4- Selon le niveau d'instruction

Tableau N°12 : Connaissance de mode de transmission du VIH/SIDA selon le niveau d'instruction

N.I	Aucune		Primaire		Secondaire		Supérieur	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sexuel	59	88,05	85	100	99	100	17	100
Sang	53	79,40	76	89,41	99	100	17	100
Mere-enfant	15	22,38	36	42,35	87	87,87	17	100
Autres	09	13,43	11	12,94	7	7,07	8	47,05

### II.3- CONNAISSANCE GENERALE SUR LE MODE DE PREVENTION DU SIDA

#### II.3.1- Connaissance générale de toute femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA

Tableau N°13 : Connaissance générale de toute femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA

Réponse	Nombre	%
Abstinence	85	31,71
Utilisation de préservatif	268	100
Fidélité	243	90,63
Bien stériliser les matériels	197	73,50
Réponses erronées	47	17,53

#### II.3.2– Selon l'âge :

Tableau N°14 : Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA selon l'âge

Age	<15		[15-24]		[25-34]		[35-45]		>45	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Réponse										
Abstinence	6	31,57	65	44,82	19	29,23	7	29,16	9	60
Utilisation de préservatif	19	100	145	100	65	100	24	100	15	100
Fidélité	17	89,47	137	94,48	47	72,30	21	87,50	13	86,66
Bien stériliser les matériels	13	68,42	123	84,82	52	80	19	79,16	11	73,33
Réponses erronées	8	42,10	27	18,62	25	38,46	17	80,85	3	20

## II.3.3- Selon la situation matrimoniale :

Tableau N°15 : Connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA selon la situation matrimoniale

S.M	Célibataire		Mariée		Veuve		Concubinage	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Réponse								
Abstinence	09	19,14	00	00	7	63,63	02	1,62
Utilisation de préservatif	47	100	87	100	11	100	123	100
Fidélité	43	91,48	87	100	11	100	119	96,74
Bien stériliser les matériels	41	87,23	85	97,70	09	81,81	117	95,12
Réponses erronées	17	36,17	03	3,44	3	27,27	15	12,19

## II.3.4- Selon le niveau d'instruction :

Tableau N°16 : connaissance générale de la femme enceinte sur le mode de prévention du SIDA selon le niveau d'instruction

N.I	Aucune		Primaire		Secondaire		Supérieur	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Réponse								
Abstinence	15	22,38	23	27,05	21	21,21	13	76,47
Utilisation de préservatif	58	86,56	85	100	99	100	17	100
Fidélité	49	73,13	79	92,94	99	100	17	100
Bien stériliser les matériels	31	46,26	63	74,11	99	100	17	100
Réponses erronées	52	77,61	71	83,52	25	25,25	09	52,94

### III- CONNAISSANCE SUR LA PTME

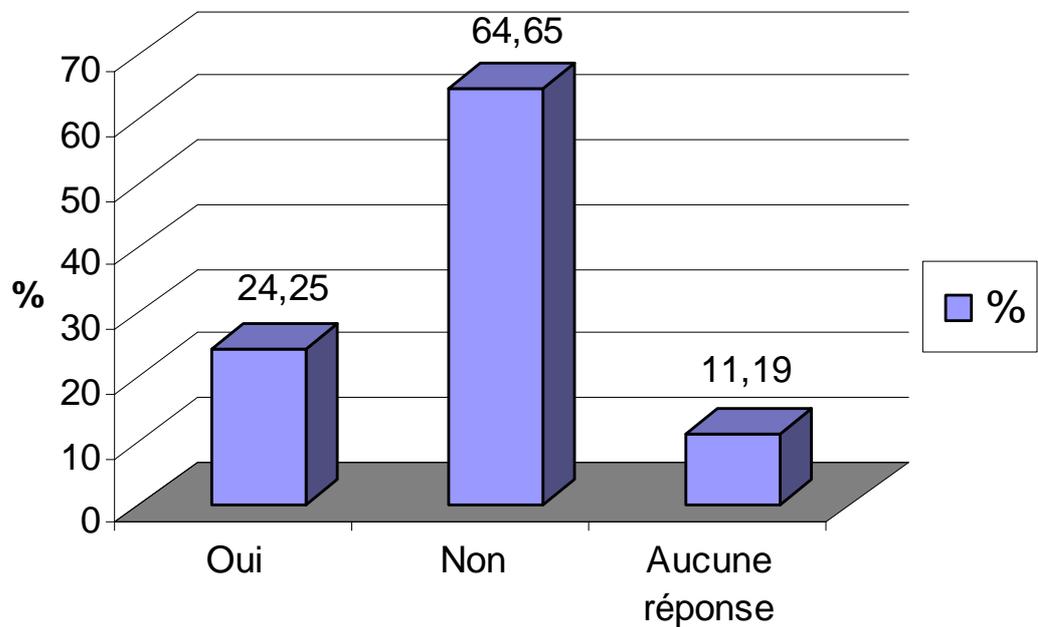
#### III.1- Connaissance générale

L'enquête doit répondre à la question, savez-vous ce qu'on entend par la PTME du VIH/SIDA

##### III.1.1- Connaissance générale de la femme enceinte :

Tableau N°17 : Connaissance générale de la femme enceinte sur la PTME du VIH/SIDA

Réponse	Oui	Non	Aucune réponse
Effectif	65	173	30
%	24,25	64,65	11,19

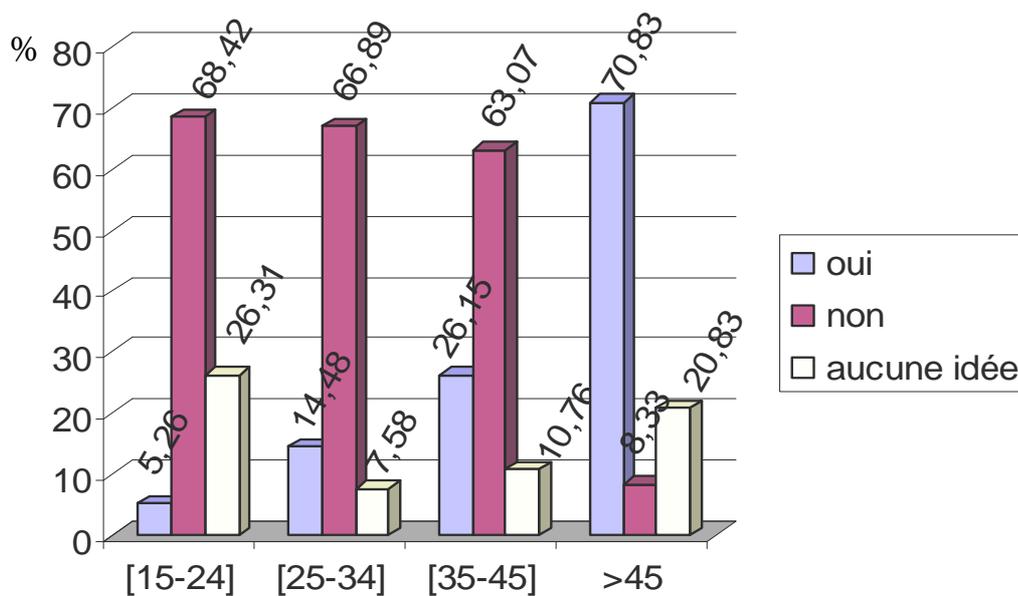


Graphe N°05 : Répartition de la femme enceinte enquêtée selon les connaissances générales de PTME

## III.1.2- Selon l'âge :

Tableau N°18 : Connaissance générale de la femme enceinte du PTME selon l'âge

Age	<15		[15-24]		[25-34]		[35-45]		>45		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
OUI	1	5,26	21	14,48	17	26,15	17	70,83	9	60	65
NON	13	68,42	97	66,89	41	63,07	2	8,33	4	26,66	173
AUCUNE IDEE	5	26,31	11	7,58	7	10,76	5	20,83	2	13,31	30
TOTAL	19	100	145	100	65	100	24	100	15	100	268

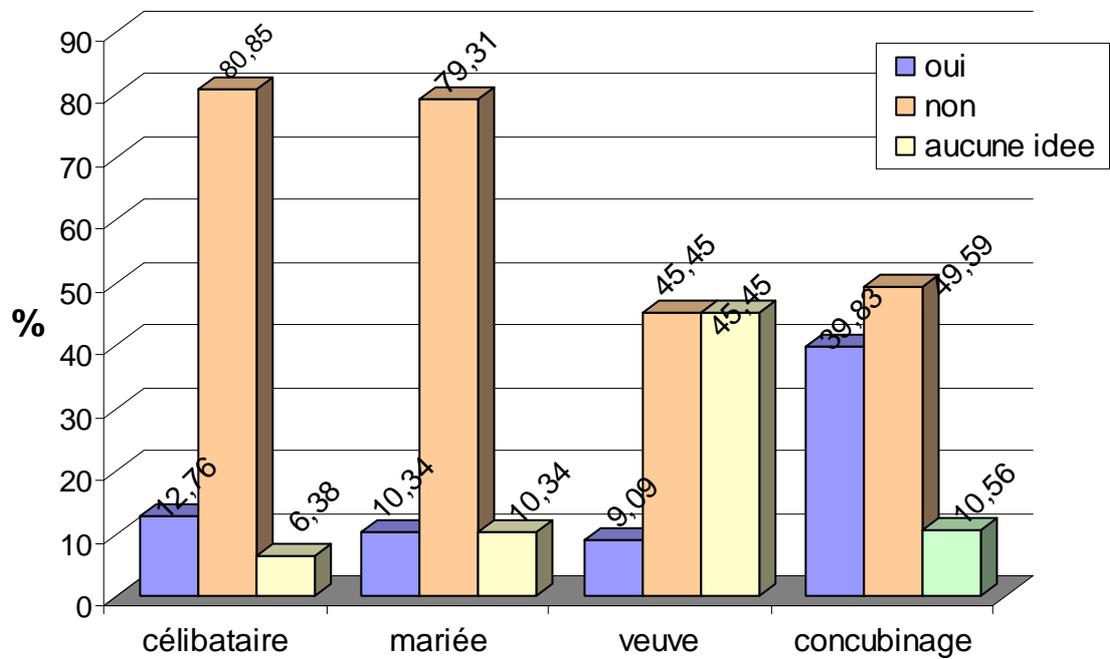


Graphique N°06 : Répartition de la femme enceinte sur la connaissance du PTME selon l'âge

## III.1.3- Selon la situation matrimoniale

Tableau N°19 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon la situation matrimoniale

Age	Célibataire		Mariée		Veuve		Concubinage	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
OUI	6	12,76	9	10,34	1	9,09	49	39,83
NON	38	80,85	69	79,31	5	45,45	61	49,59
AUCUNE IDEE	3	6,38	9	10,34	5	45,45	13	10,56

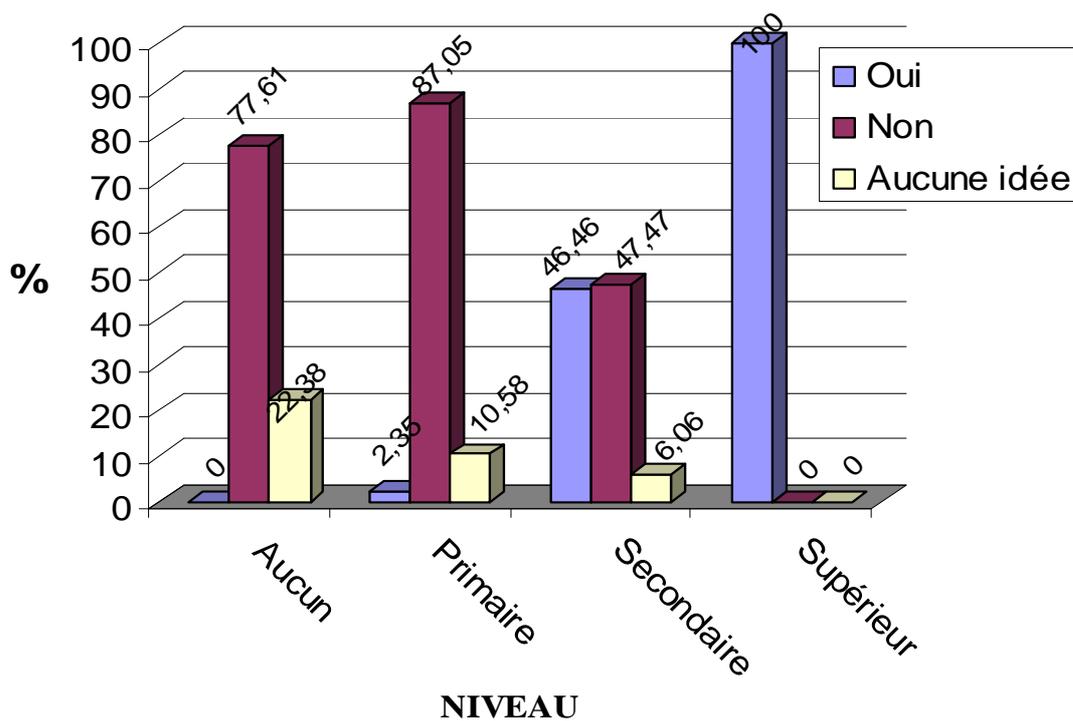


Graphe N°:07: Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon la situation Matrimoniale

## III.1.4- Selon le niveau d'instruction :

Tableau N°20 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon le niveau d'instruction

N.I	Aucun		Primaire		Secondaire		Supérieur	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui	00	00	02	2,35	46	46,46	17	100
Non	52	77,61	74	87,05	47	47,47	00	00
Aucune idée	15	22,38	09	10,58	06	6,06	00	00



Graphe N°08 : Connaissance de la femme enceinte de la PTME selon le niveau d'instruction

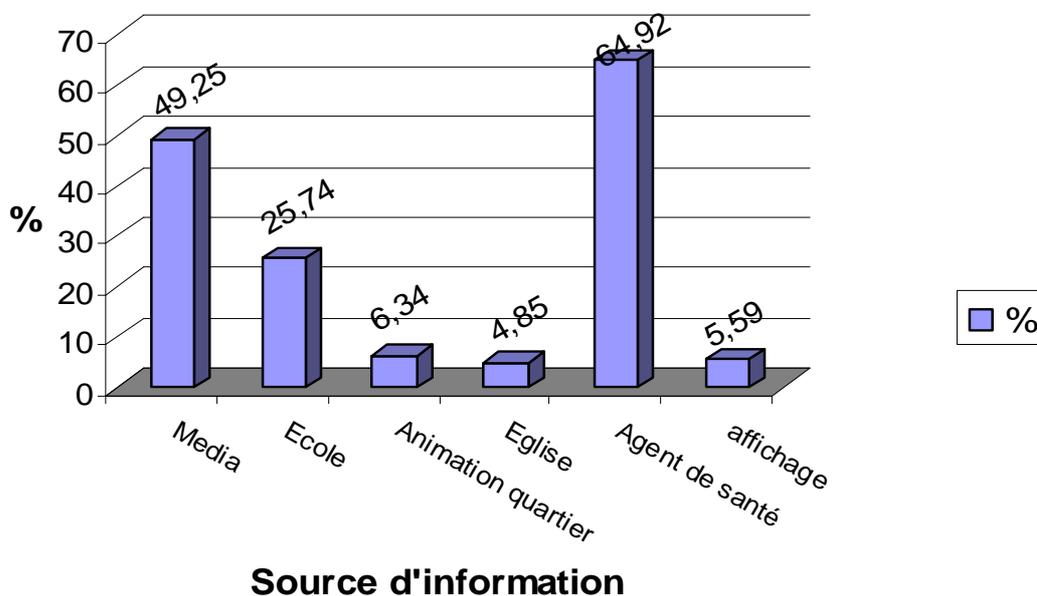
### III.2- LES SOURCES D'INFORMATION DE LA FEMME ENCEINTES SUR LA PTME :

Les principales sources d'information de la femme enceintes sur la PTME

Tableau N°21 : Sources d'information de la femme enceintes sur la PTME

Réponse	Media	Ecole	Animation quartier	Eglise	Agent de santé	affichage
Effective	132	69	17	13	147	15
%	49,25	25,74	6,34	4,85	64,92	5,59

Les réponses dépassent les 100% car des femmes enceintes ont donné plus d'une réponse.



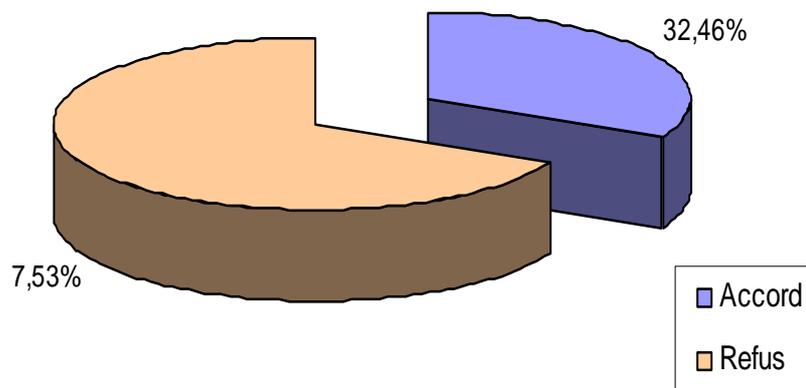
Graphe N°09 : Les sources d'information des femmes enceintes sur la PTME du VIH/SIDA

### III.3– REPONSE DE LA FEMME ENCEINTE SUR LE TEST DE DEPISTAGE

#### III.3.1- Réponse de la femme enceinte sur le test de dépistage

Tableau N°22 : Réponse de la femme enceinte sur le test de dépistage

Réponse	Accord	Refus
Effectif	87	181
Pourcentage	32,46	67,53

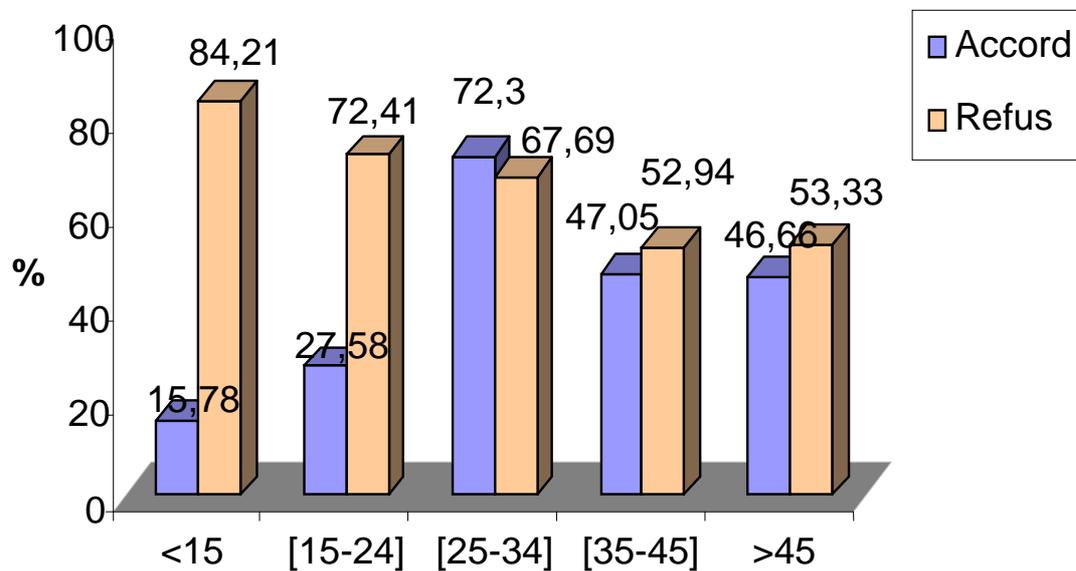


Graphe N°10 : Proportion de réponse de la femme enceinte sur le test de dépistage

## III.3.2- Selon l'âge :

Tableau N°:23 : Proportion de réponse selon l'âge

	Accord		Refus	
	Nb	%	Nb	%
<15	3	15,78	16	84,21
[15-24]	40	27,58	105	72,41
[25-34]	21	72,30	44	67,69
[35-45]	16	47,05	18	52,94
>45	7	46,66	8	53,33

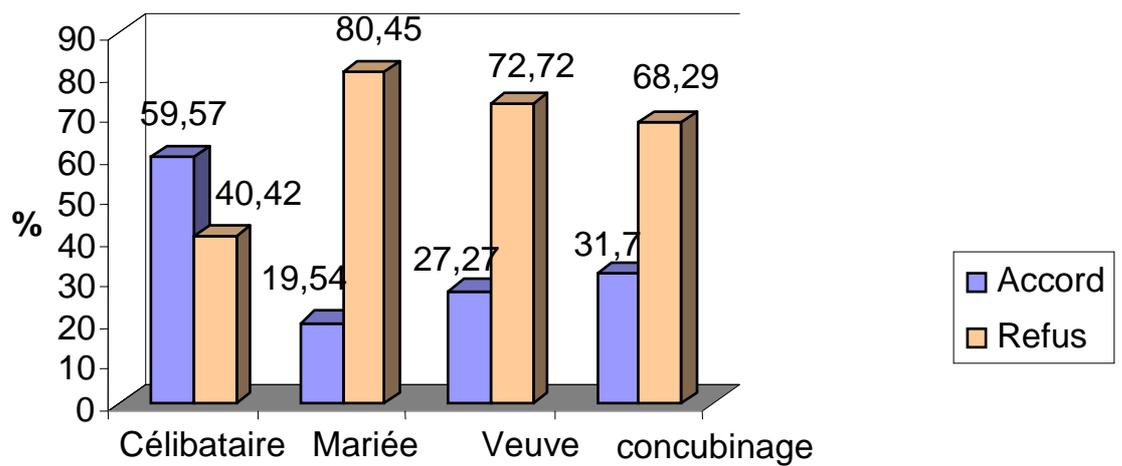


Grphe N°11 : Proportion de réponse selon l'âge

## III.3.3- Selon les situations matrimoniales

Tableau N°24 : Proportion de réponse selon S.M

	Accord		Refus	
	Nb	%	Nb	%
Célibataire	28	59,57	19	40,42
Mariée	17	19,54	70	80,45
Veuve	03	27,27	8	72,72
Concubinage	39	31,70	84	68,29

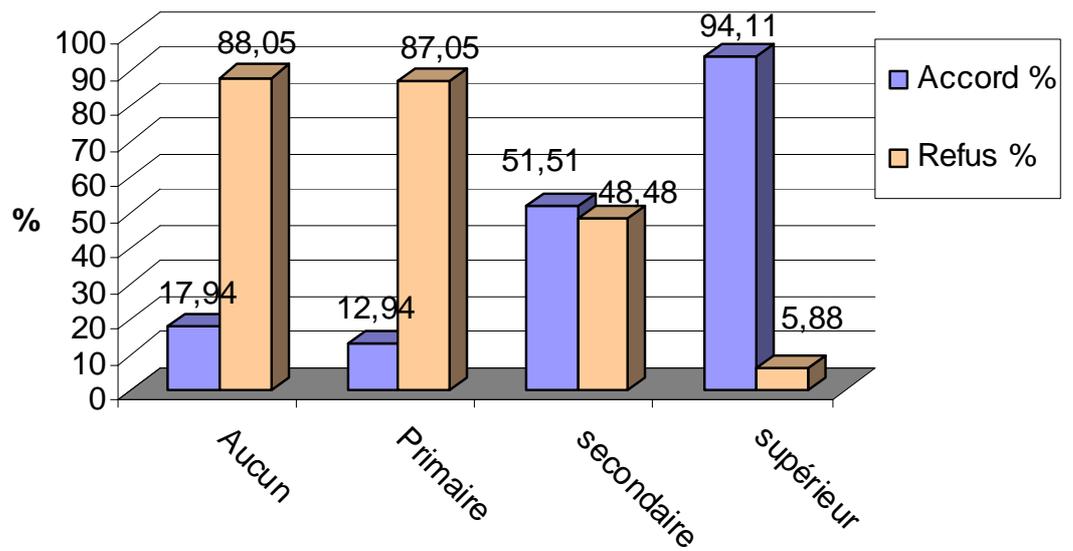


Graphe N°12 : Proportion de réponse selon S.M

## III.3.4- Selon le niveau d'instruction

Tableau N°25 : Proportion de réponse selon N.I

	Accord		Refus	
	Nb	%	Nb	%
Aucun	8	17,94	59	88,05
Primaire	11	12,94	74	87,05
Secondaire	51	51,51	48	48,48
Supérieur	16	94,11	01	5,88



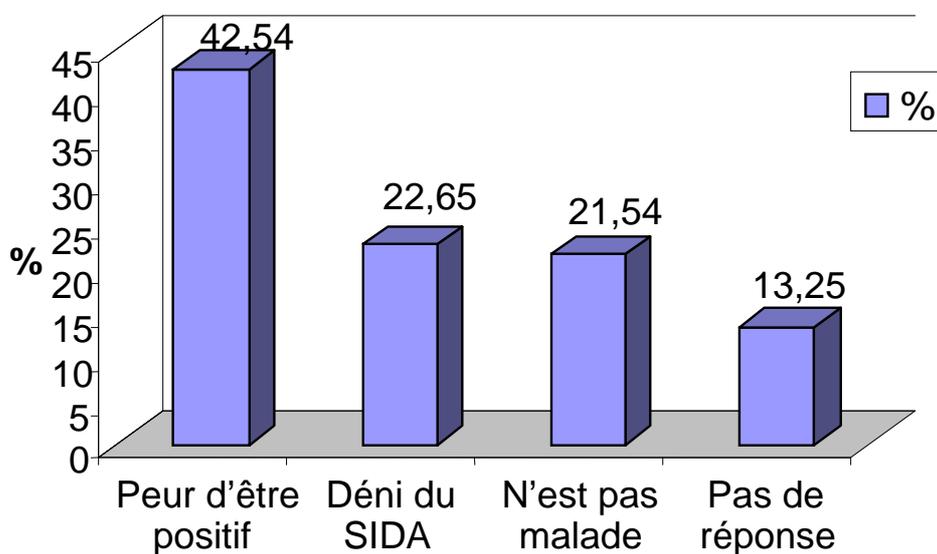
Graphe N°13 : Proportion de réponse selon la niveau d'instruction

### III.3.5- Motifs de refus de dépistage du SIDA :

Parmi 268 des femmes enceintes enquêtées, on constate que 181 refusent le test de dépistage soit 67,53%.

Tableau N°26 : Motifs de refus de dépistage

Motifs de refus de dépistage	Peur d'être positif	Déni du SIDA	N'est pas malade	Pas de réponse
Effectif	77	41	39	24
%	42,54	22,65	21,54	13,25



Graphe N°14 : Motifs de refus de dépistage

### COMMENTAIRES :

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Notre étude a permis de déterminer le niveau de connaissance du VIH/SIDA par les femmes enceintes de Port-Bergé ville enquêtées.

➡ Les informations présentées en tableau 5 montrent que la majorité des femmes enceintes enquêtées ont reconnu le SIDA comme une infection sexuellement transmissible : 68,42% chez les moins de 15 ans ; 82,06% chez les femmes entre 15-24 ans ; 70,83% pour celles âgées de 35 à 45 ans et enfin 60% pour celles de plus de 45 ans.

➡ La répartition selon l'état matrimonial ne fait apparaître d'écarts très importants ; tout au plus, peut souligner que la proportion de femmes en union qui ont déclaré connaître le VIH(SIDA est un peu plus élevée que les autres catégories, 78,86% et 74,71% contre 65,95% et 63,63%).tableau N°07

➡ La répartition selon les caractéristiques socio-démographiques laisse apparaître certains écarts. Il faut souligner tout d'abord que le niveau de connaissance du VIH/SIDA est particulièrement faible parmi les femmes n'ayant aucune instruction (13,43%) contre celles ayant un niveau au moins primaire(43,35% pour les primaires ; 89,89% pour les secondaires et 88,23% pour le niveau supérieur) tableau N°08

➡ Le tableau N°08 présente le pourcentage de connaissances générales des femmes enceintes sur les différents modes de transmission du VIH/SIDA. On constate que, si 69,02% ont parlé de la transmission par le sang, seulement 15,67% ont évoqué la transmission mère-enfant.

Cette proportion est plus élevée chez les femmes enceintes de plus de 45ans (60%) et celles entre 35-45ans(50%), et très faible chez les moins de 15 ans (15,78%) et celles entre 15-24 ans (17,24%) Tableau N°10

Ce sont les femmes mariées qui sont également les mieux informées sur ce mode de transmission mère-enfant (85,05%) tableau n°11

En fonction de niveau d'instruction, on constate que celles du niveau secondaire et supérieur connaissent mieux ce mode de transmission (87,87% et 100%) tableau n°12

➡ La connaissance par les femmes enceintes des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la transmission du virus qui cause le SIDA, de la mère à l'enfant.

Au cours de notre enquête, on a donc demandé aux femmes ce qui pouvait être fait pour éviter de contracter le VIH/SIDA (tableau N°13-14-15 et 16) : à cette question, 100% des femmes ont répondu qu'on pouvait prévenir le risque de contracter le VIH/SIDA en utilisant un condom, de plus 90,63% ont déclaré qu'on pouvait réduire ce risque en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté.

➡ Les conceptions erronées sur l'infection à VIH et le SIDA conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de l'infection par le VIH/SIDA.

Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtées pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la prévention du virus. Moins du quart des femmes (17,53%) ont eu des réponses erronées et cette proportion est élevée chez les célibataires et les veuves (36,17% et 27,27%).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, ce sont celles qui n'ont eu aucune instruction et celles du niveau primaires qui ont eu des réponses erronées.

Mais chose curieuse, presque la moitié des femmes enceintes du niveau supérieur enquêtées ont encore des idées erronées à propos du VIH/SIDA.

➡ Au cours de l'enquête, on a demandé à toutes les enquêtées si elles savaient que le virus qui cause le SIDA pouvait être transmis de la mère à son enfant et à quel moment pouvait s'effectuer la transmission.

Seulement 24,25% des femmes enceintes enquêtées ont déclaré connaître ce mode de transmission. Cette proportion est plus élevée chez les femmes entre 35 et 45 ans (70,83%), et les plus de 45 ans (60%), contre 5,26% chez les moins de 15 ans, 14,48% entre 15 et 24 ans et 26,15% entre 25-34 ans.

Les femmes enceintes en concubinage connaissent plus ce mode de transmission (39,93%) alors que les femmes mariées (10,34%), les célibataires (12,76%) et veuves (9,09%) sont moins bien informées.

On peut également souligner que les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire et supérieur d'informations sur la transmission mère-enfant.

➡ Avant aux sources d'informations possibles, il est à noter que plus de la moitié des femmes enquêtées ont été informées par des agents d santé (64,92%). Mais le média (49,25%), les établissements scolaires (25,74%), les animations dans les quartiers (6,34%) et les églises (4,85%) sont des sources d'informations potentielles. Les affichages jouent aussi un rôle non négligeable (5,59%).

➡ Après avoir expliqué aux femmes enceintes enquêtées que la prévention et la prise en charge du VIH exigent souvent des individus une connaissance de leur sérologie et que le conseil et le test volontaire à cette égard est très important, nous avons demandé quelles sont celles qui sont prêtes pour le conseil et test volontaire. Seulement 32,46% des femmes étaient d'accord, contre 67,53 refus.

Celles qui étaient prêts pour le CTV (Conseil Test Volontaire) ce sont les femmes âgées de 25-34 ans (72,30%), celles entre 35 et 45 ans (47,05%) et celles de plus de 45 ans (46,66%).

Parmi ces femmes consentantes 31,70% vivent en concubinage, 27,27% sont veuves et seulement 19,54% sont mariées.

Avant, à leur niveau d'instruction, on peut dire que celles qui ont eu des études poussées ont senti le danger de la situation (secondaire : 51,51% ; supérieur : 94,11%).

Avant aux motifs de refus évoqués par les autres femmes, on peut noter : la peur d'être séropositive (42,54%), non existence du SIDA (22,65%) ; leur bonne santé (21,54%), 13,25% n'ont pas donné de réponse.

## **DISCUSSION ET SUGGESTIONS**

En 2003, la dernière enquête de séroprévalence de l' »infection à VIH a montré que l'épidémie du VIH à Madagascar entre actuellement en début de la phase généralisée, avec un taux de séroprévalence de 1,10% chez les femmes enceintes. Cette prévalence varie d'une province à l'autre et d'une région à l'autre. On observe des zones de séroprévalence élevée, à côté de zone à séroprévalence relativement basse (1,51% à Antsiranana contre 0,30% à Antananarivo ; 16% à Tsaratanana et 5,23% à Port-Bergé.

Ainsi la vitesse de propagation de l'épidémie à VIH/SIDA à Madagascar se dessine comme partant d'un cas de séropositif sur 5000 individus testés en 1989, pour arriver à un cas sur 90 ; 14 ans après (2003). Les connaissances-attitudes-pratiques chez les femmes enceintes vis-à-vis des IST/VIH/SIDA constituent des facteurs de risque individuel liés à l'infections à VIH/SIDA pour ces femmes.

Les programmes d'IEC pour le changement de comportement restent trop standard et très peu ciblés par rapport aux besoins éducationnels spécifiques de la populations cible (jeunes filles ; femmes en âge de procréer ; femmes enceintes).

La proportion de femmes enquêtées, déclarant connaître ou avoir entendu parler du VIH/SIDA semble être élevée (68,42% ; 82,06% ; 70% ; 60%), mais le risque d'infection des nouveaux-nés pourrait être élevée si la transmission mère enfant fait (du VIH est méconnue : 15,67% connaissent cette transmission verticale de la mère à l'enfant. Cependant ; ce risque d'infection à VIH des nouveaux nés des femmes enceintes âgées de moins 15 ans et entre 15 et 24 ans pourrait être encore plus élevée, car ce sont les femmes enceintes de plus de 35ans qui connaissent le mieux ce mode de transmission (34-45 ans ; 50% ; 45 ans et plus : 60%)

Les femmes qui connaissent la transmission mère-enfant du VIH sont surtout les femmes mariées qui ont un certain niveau d'instruction (secondaire ou supérieur).

La précocité des activités sexuelles et la grossesse prédisposent la femme au risque de contracter le VIH. Dans notre étude, 7,0% des femmes enceintes

enquêtées ont moins de 15 ans, et plus de la moitié (54,10%) entre 15-25 ans. la dernière enquête de séroprévalence, conduite en 2003, révèle que 28% des femmes séropositives tout âgées de 15-19 ans. les facteurs de vulnérabilités, renforçant les facteurs de risque liés aux femmes enceintes augmentent encore le risque de contracter le VIH par ces femmes :

### **Facteurs biologiques :**

Le risque de contracter l'infection à VIH, lors d'un rapport sexuel non protégé est de 2 à 4 fois supérieur pour les femmes que pour les hommes. En effet, les femmes sont plus vulnérables à toutes d'infections sexuellement transmissibles à cause de la surface plus importante de muqueuse génitale exposée aux différentes infections. Le risque biologique est encore plus grand chez les femmes très jeunes à cause du manque de maturation de leur appareil de reproduction qui fait moins obstacle à l'entrées du VIH.

### **Facteurs socioculturels :**

Certains facteurs culturels généraux et spécifiques augmentent le risque de propagation du VIH à Madagascar. En général comme dans les pays en voie de développement, dans certaines régions de Madagascar, on retire les filles de l'école plus tôt que les garçons, pour les manières de plus en plus jeunes.

Il existe encore de nombreuses mœurs et coutumes qui ne permettent pas à toutes les femmes de faire et de décider comme elles souhaitent. Pour ce qui est de la santé de reproduction, leurs avis ne sont pas assez souvent pris en considération. Le nombre d'enfants constitue souvent un signe de virilité pour les hommes.

La diversité et la complexité des us et coutumes malgaches constituent souvent des facteurs de risque et de vulnérabilité pour la transmission du VIH/SIDA : entre autre le fanompoha, les famokarana, les ari-tory, les tsenan'omby représentant un brassage humain permettant des actes sexuels à haut risque.

### **Facteurs socio-économiques :**

La pauvreté accélère directement la transmission du VIH à travers les soins de santé de mauvaise qualité, en particulier le manque de traitement des infections sexuellement sensibles.

La pauvreté accélère indirectement la transmission du VIH par l'accroissement des travailleurs migrants, des foyers détruits. Ce qui occasionne un peu plus grand risque d'avoir de multiples partenaires.

La pauvreté affecte plus les femmes, les filles étant les premières à être retirées de l'école et les femmes grandement marginalisées en matière d'emploi. Leur dépendance économique vis-à-vis des hommes dans le mariage ou des relations sexuelles commerciales informelles s'accroît.

Les femmes éduquées et capables d'agir ont la possibilité effective de bénéficier du planning familial et des soins de santé primaires améliorés. Il est évident que le lien entre l'éducation des femmes existe.

La pauvreté rend difficile l'éducation sur le SIDA, vu le taux élevé d'analphabétisme, le faible accès aux masses média et aux services d'éducation en santé.

Les femmes faiblement éduquées ne sont pas capables de se protéger contre les infections de leurs partenaires. Elles reçoivent peu d'information en matière de santé et ont peu de pouvoir pour contrôler tous les aspects des relations sexuelles. Même si elles savent qu'il y a un risque avec leur mari, les problèmes économiques peuvent les forcer à accepter une relation sexuelle dangereuse.

Ainsi, par rapport aux facteurs suivants, certains éléments devraient être pris en compte :

↪ Facteurs liés aux femmes en âge de procréer, aux jeunes couples et aux femmes enceintes :

↪ Développement des stratégies de prévention primaire, chez les jeunes femmes et auprès des couples en situation pré maritale.

↪ Messages appropriés pour les individus et leurs partenaires.

↪ Campagne de mobilisation sociale.

**Facteurs liés au système de santé :**

- ↪ Renforcement de capacités et amélioration des services sanitaires pour offrir l'intégration de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans le service de la santé de la reproduction.
- ↪ Réhabilitation et fournitures adéquates des matériels nécessaires pour la réalisation des testes VIH.
- ↪ Contrôle de qualité des tests biologiques et counseling.
- ↪ Mise en place d'un système de suivi et évaluation des activités de PTME.

**Facteurs liés à l'environnement :**

La prévention de la transmission mère-enfant devrait faire partie des stratégies de prévention et de soins. Il est donc indispensable de mobiliser les individus et la communauté, de mener des efforts pour lutter contre la propagation de l'infection

## **CONCLUSION :**

Le déni et le manque d'informations entourant le VIH, sont reconnus comme constituant les principaux obstacles à la prévention du VIH chez les femmes enceintes. Une amélioration de la disponibilité et de la fréquentation des sites de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) permettra de surmonter ces obstacles.

L'éducation pour la prévention du VIH/SIDA peut efficacement être intégrée aux activités sociale et communautaires existant dans les quartiers.

Il est possible d'attendre les jeunes filles et les influencer si l'on présente l'information en rapport avec la sexualité, et qu'on en discute avec eux d'une façon directe qui va au-delà des simples faits, fournissant alors aux adolescentes une base leur permettant de prendre des décisions intelligentes, en pleine connaissance de cause.

Les interventions associant éducation, promotion de l'usage de préservatif et prise en charge des infections sexuellement transmissibles peuvent contribuer à réduire la transmission des IST et de l'infection à VIH.

La préoccupation majeure d'une femme enceinte réside dans la santé de son enfant, là où il existe une infrastructure sanitaire bien établie, on a de grandes chances de pouvoir offrir à un nombre important de femme sexuellement actives l'information, l'éducation et les services utiles à la prévention des IST, y compris l'infection par le VIH.

Les cours d'alphabétisations peuvent être un véhicule efficace de transmission des messages sur les questions de santé, sur l'infection à VIH et les IST.

Ils peuvent largement influencer sur les connaissances des femmes en matière de santé, ainsi que sur leur comportement, ce qui va avoir un impact important sur leur santé et celle de leurs enfants.

## ANNEXES

### QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

#### I- ETAT CIVIL

##### A- Age

- |             |             |
|-------------|-------------|
| ➤ < 15 ans  | ➤ 15-24 ans |
| ➤ 25-34 ans | ➤ 34-45     |
| ➤ >45       |             |

##### B- Situation matrimoniale

- |               |               |
|---------------|---------------|
| ➤ Célibataire | ➤ Marié       |
| ➤ Veuve       | ➤ Concubinage |

##### C- Niveau d'instruction

- |              |             |
|--------------|-------------|
| ➤ Aucun      | ➤ Primaire  |
| ➤ Secondaire | ➤ Supérieur |

#### II- CONNAISSANCE

##### A- Le SIDA

Qu'est ce que le SIDA ?

- |          |           |   |
|----------|-----------|---|
| ➤ IST    | ➤ MALADIE | ➤ |
| ➤ AUCUNE |           |   |

##### B- MODE DE TRANSMISSION

- Rapport sexuel non protégé
- Mère enfant
- Voie sanguine
- Autres à préciser

##### C- MODE DE PREVENTION DE SIDA

Quels sont les moyens que vous connaissez pour éviter le SIDA ?

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| ➤ Abstinence        | ➤ Fidélité        |
| ➤ Préservatif       | ➤ Dépistage       |
| ➤ Témoignage        | ➤ Réponse erronée |
| ➤ Autres à préciser |                   |

##### D- OPINION DES FEMMES ENCEINTES CONCERNANT LE SIDA

1- Etes vous prêt a dépister ?

Oui

Non

Si Oui pourquoi ?

- Connaître le statut sérologique
- Protéger l'enfant si positif
- Ne sait pas
- 

2- Etes vous prêt à amener votre conjoint pour dépister ?

- |                   |                                  |        |
|-------------------|----------------------------------|--------|
| Oui               | Non                              |        |
| Si Oui pourquoi ? |                                  |        |
| ➤                 | Connaître son statut sérologique | ➤      |
|                   |                                  | Autres |
| Si Non pourquoi ? |                                  |        |
| ➤                 | Peut être positif                |        |
| ➤                 | Dénie du SIDA                    |        |
- 3- Est que tout le monde peut contracter le SIDA même en bonne santé ?
- |     |     |        |
|-----|-----|--------|
| Oui | Non | Aucune |
|-----|-----|--------|
- 4- Est-ce que le SIDA est mortel ?
- |     |     |        |
|-----|-----|--------|
| Oui | Non | Aucune |
|-----|-----|--------|
- 5- Le SIDA est-il curable ?
- |     |     |        |
|-----|-----|--------|
| Oui | Non | Aucune |
|-----|-----|--------|

**A- Sources d'information**

Quelles sources d'information avez-vous a pris sur le PTME ?

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| MEDIA                 | JOURNAUX       |
| RADIO                 | TV             |
| Ecole                 | Eglise/Mosquée |
| Animation du quartier | Affichage      |
| Famille/Camarade      | Agent de santé |

**Attitude femme enceinte vis à vis des personnes séropositives ou vivantes avec le SIDA :**

Qu'elle est votre attitude si un membre de votre famille ou votre entourage est atteint de SIDA ?

- |   |                          |   |                                      |
|---|--------------------------|---|--------------------------------------|
| ➤ | Isoler                   | ➤ | Protéger le rapport sexuel (conseil) |
| ➤ | Encourager pour survivre | ➤ | Soigner                              |
| ➤ | Abstenir                 |   |                                      |

**B- Pratique face au SIDA**

Quel est le moyen de prévention du SIDA que vous pratiquez ?

- |   |            |   |        |
|---|------------|---|--------|
| ➤ | Abstinence | ➤ | Condom |
| ➤ | Fidélité   | ➤ | Aucun  |
| ➤ | Dépistage  | ➤ | Autres |

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- G-ENTILIMI M, Infection à VIH/SIDA en zone tropicale : historique  
Médecine tropicale 1993, p : 435
- 2- Stratégie nationale de communication face aux IST/VIH/SIDA, Madagascar  
Octobre 2004
- 3- Actualité en épidémiologie contre la prévention et de contrôle des maladies  
Infectieuse; Mai 2005
- 4- PLACE (propriety for Local Aids Control Effort à MAHAJANGA  
MADAGASCAR)  
Financé par USAID, UNC, MEASURE  
Programme de prévention de la transmission Mère Enfant du VIH/SIDA
- 5- E. PILLY  
Maladie infectieuse et tropicale, 2002 18<sup>ème</sup> édition
- 6- RAKOTOMALALA F.M.M ; Modèle de lutte contre le MST/SIDA dans la  
ville de Mahajanga ; Thèse de Médecine de Mahajanga 1998 N°261
- 7- BEHETS FMT, ANDRIAMAHENINA, RASAMINDRAKOTROKA A HIV  
séroprevalence rates in MADAGASCAR : Lancet 1996, 347, 831
- 8- Comité consultatif pour la population en Afrique  
L'impact du VIH/SIDA sur la croissance de la population en Afrique D.C 1993
- 9- GENTILIMI M et CHIEZE ; Aspect socio-économique de l'infection à VIH  
dans les pays en voie de développement. Bulletin de l'académie nationale de  
Médecine 1990, 174, 1209-1221
- 10- Agence Santé publique du CANADA. Le VIH et le SIDA : rapport de  
surveillance au 30 juin 2004 VRI :< WWW phac – aspc – gc.CA/pph 6 – dyspp /  
hat – vsmt / public ethml>
- 11 – Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA 2002
- 12- VIH/SIDA surveillance épidémiologique selon OMS 2002
- 13- MACK KA, BLAND SD: HIV testing behaviours and attitudes regarding  
HIV/AIDS of adults aged 50-64 Gerontologist 1993, 39 : 687 – 94
- 14- VALLIM (Dir) : population Africaine et SIDA Paris Edition la découverte le  
CEPED 1994

- 15- GEDVLD J., ARCHIBALD:Late HIV Diagnosis among reported AIDS 15th annual conference of the Australasian society for HIV Medecine du 22 au 25 Octobre 2003
- 16- WEMBER – JM DE VERGAS – RD  
Les adolescents face au SIDA : une nouvelle légitimité pour l'éducation sexuelle  
Médecine et Hygiène 1990.
- 17- ZIVIA, ROBERT M. BASQUIM.M  
La peur du SIDA chez l'adolescent, Annales de psychiatrie 1990
- 18- GENTILIMI M  
Infection à IHV et SIDA en zone tropicale, Médecine science 1995
- 19- Stratégie nationale de communication face aux IST/VIH/SIDA,  
MADAGASCAR Octobre 2004
- 20- MONTAGNIER .L  
La transmission hétérosexuelle du VIH en France  
Le concours médical 1996, 118, 112
- 21- GEDULD J, GATALI M, REMIS MS  
Estimation de la prévalence et de l'incidence de VIH 2002 RMTC 2003
- 22- J.F May, F. BECHETS, RASAMINDRAKOTROKA A Politique d'intervention pour maintenir la basse prévalence de l'infection par le VIH
- 23- Comité nationale de lutte contre le VIH/SIDA 2004
- 24- COURTOIS R. MULLET E, NALVY Denis  
Comparaison des comportements sexuelles de lycéen Congolais et Français dans le contexte SIDA santé : MONTRouGE 2001
- 25- COULAUD J.P LARIVEMS  
SIDA et adolescent (Situation épidémiologique et prévention)
- 26- HONORAIRE T  
Prévention de IST et du SIDA chez l'adolescent de la ville de MAHAJANGA
- 27- RAKOTOMALALA FMM  
Modèle de lutte contre le MST/SIDA dans la ville de MAHAJANGA  
Thèse de M2decine de MAHAJANGA 1998 N°261

28- LA BRICAIRE F, JOUAN M, TOBIANAR

Infection à VIH : prise en charge thérapeutique et principaux aspects

29- MANUEL C, MOLIMES C, DUBUCM, MARO J ; Parler du SIDA, Forum mondial de la santé en 1998

30- Rapport sur la santé dans le monde 2004 « changer le cours de l’histoire »  
OMS