

VIH/SIDA

Pr. D.E ABDENNOUR

EPIDEMIOLOGIE

I-REPARTITION DE LA MALADIE DANS LE MONDE ET EN ALGERIE:

En 1981, le SIDA a été porté à la connaissance du monde médical par la publication de cinq (5) cas homosexuels par le Center For Diseases Control d'Atlanta (USA). Quelques mois plus tard, on assiste à une véritable avalanche de notifications en provenance non seulement d'Amérique du Nord, mais aussi d'Europe puis de toutes les autres parties du monde.

Progressivement, les études épidémiologiques rigoureuses et la découverte de l'agent causal permirent de mieux préciser les modalités de contamination de la maladie et les moyens de la prévenir.

La reconnaissance des premiers cas de SIDA dans les années 80 fait raisonnablement remonter le début de l'épidémie aux années 1970, compte tenu de l'incubation moyenne de la maladie.

Dans le monde, selon les dernières données de l'OMS il y a 36,9 M de personnes vivant avec le VIH en 2014. Depuis le début de l'épidémie environ 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 39 millions de personnes sont décédées de maladies liées au sida. La moitié sont des femmes et plus de 2 millions d'enfants depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. Dans le monde, 2 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2014, contre 3,4 millions en 2001. Les décès liés au sida ont chuté de 42% depuis le pic de 2004.

- En 2014, 1,2 million de personnes sont décédées de causes liées au sida dans le monde, contre 2 millions en 2005.

Avec les Objectifs du Développement Durable, le monde s'est engagé à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.(ONUSIDA).

Pour faire avancer la riposte au sida, l'ONUSIDA a élaboré une approche d'accélération pour atteindre un ensemble de cibles assorties de délais d'ici à 2020. Les cibles sont notamment : 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH ont accès au traitement, et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.

L'Afrique sub-saharienne :

En 2014, 25,8 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne.

- Les femmes représentent plus de la moitié du nombre total des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne.

□ En 2014, on estimait à 1,4 million le nombre des nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne.

- Les nouvelles infections à VIH ont diminué de 41% entre 2000 et 2014.

- L'Afrique subsaharienne représente 66% du total des nouvelles infections à VIH dans le monde.

□ En Afrique subsaharienne, 790 000 personnes sont décédées de causes liées au sida en 2014.

- Entre 2004 et 2014, le nombre des décès liés au sida en Afrique subsaharienne a chuté de 48%.

□ En Afrique subsaharienne, 10,7 millions de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale, soit 41% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans la région, contre moins 100 000 personnes en 2002.

- 36% des hommes et 47% des femmes avaient accès à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne en 2014.
- Cinq personnes sur sept sous thérapie antirétrovirale vivent en Afrique subsaharienne.
- Depuis 2009, il y a eu une diminution de 48% des nouvelles infections à VIH parmi les enfants dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH parmi les enfants et maintenir leurs mères en vie en Afrique.

L'Afrique sub-saharienne paye un lourd tribut à la maladie qui touche dans cette région du monde énormément de femmes et d'enfants en raison de la transmission hétérosexuelle qui y est prédominante. La maladie connaît également un développement alarmant en Asie du Sud et du Sud-Est où elle risque probablement de dépasser durant les années à venir la situation qui prévaut en Afrique.

L'Algérie est à peine à un peu plus d'une heure de vol de l'Europe occidentale et partage environ 6000 km de frontières avec l'Afrique sub-saharienne. La population algérienne se caractérise par sa jeunesse et son accroissement démographique élevé.

La population dépasse 38 millions d'habitants au recensement de 2014 et on prévoit qu'elle sera de 44 millions en 2020 voire plus. Actuellement, 40% de la population générale est âgée entre 20 et 49 ans.

Sur le plan épidémiologique, nous relevons un doublement des cas notifiés de Sida chaque année depuis le début de l'épidémie en Algérie. Le nombre total de cas cumulés de SIDA au 30 septembre 2015 est de 1632 cas. Celui des séropositifs est de 7974 cas.

La répartition des cas de SIDA selon le sexe montre actuellement La répartition par sexe et par groupe d'âge pour les personnes diagnostiquées avec le VIH entre 1985 et 2014, montre que les groupes d'âge les plus représentés sont ceux des 25 à 39 ans avec un sex ratio homme/femme de 1.36. Dans le groupe des 20-24 ans, le nombre de femmes diagnostiquées est plus important avec un sex-ratio de 0,77.

D'une manière globale, les femmes représentaient près de 47 % des nouveaux cas d'infection à VIH en 2014. (Rapport du Ministère de la santé et de la population).

La transmission du VIH se fait en général par voie sexuelle et en Algérie, la voie hétérosexuelle domine (plus de 90% des cas).

Les modes de transmission sont dominés en Algérie par l'hétérosexualité et pour la contamination à l'étranger par la toxicomanie.

La fréquence maximale de l'infection est retrouvée chez l'adulte jeune dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 49 ans soit près de 80 %.

La répartition des séropositifs suit la même tendance. On constate une progression constante d'une année à l'autre. Il est évident que le nombre de cas réels dans la population dépasse de loin le nombre de cas diagnostiqués et notifiés.

II- MODES DE TRANSMISSION:

Peu de temps après la description des premiers cas de SIDA en 1981, de nombreuses études épidémiologiques avaient permis de comprendre

progressivement comment pouvait se transmettre la maladie d'une personne à une autre et de dégager déjà les premières mesures préventives bien avant l'isolement de l'agent causal.

Ainsi, nous possédons à l'heure actuelle beaucoup de certitudes aussi bien sur les différentes modalités par lesquelles le virus peut se transmettre que celles par lesquelles il ne peut se transmettre.

Le virus est présent dans de nombreuses humeurs et liquides organiques, comme le sperme, les sécrétions séminales, les sécrétions cervicales et vaginales, le sang, le lait maternel mais aussi la salive, les larmes, l'urine, les sécrétions purulentes...

Cependant, ces différents milieux organiques ne jouent pas le même rôle épidémiologique dans la dissémination de l'infection.

Les liquides biologiques qui jouent le rôle principal dans la transmission sont le sang, les sécrétions sexuelles et le lait maternel.

Pour que le virus puisse se transmettre, il faut que d'une part, il y ait une densité virale importante et que d'autre part, il puisse pénétrer dans l'organisme à travers une muqueuse (génitale, anale, buccale) ou une porte d'entrée cutanée (plaie, lésion ouverte tel un eczéma suintant) contaminé ou bien encore d'une mère contaminée au fœtus.

A- TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

Cette voie constitue la principale voie de contamination pour la majorité des cas de SIDA et d'infection à VIH dans le monde. Il s'agit principalement d'un mode de transmission hétérosexuel.

Elle se fait lors du contact entre les sécrétions sexuelles et les muqueuses génitales. Les facteurs susceptibles d'augmenter le risque de contracter le virus et donc de favoriser la transmission sont les antécédents de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), le stade avancé de l'infection, les relations anales et les relations sexuelles pendant les règles quand c'est la femme qui est contaminée.

Lors d'une contamination hétérosexuelle, le risque de transmission est environ deux fois plus élevé quand c'est l'homme qui est infecté.

B- TRANSMISSION PAR LE SANG

La quantité de virus dans le sang d'un sujet séropositif peut être suffisamment importante pour qu'il y ait contamination.

Différentes modalités peuvent présider à une telle voie de contamination. Les principales sont : la transfusion sanguine de sang total ou de ses dérivés notamment les fractions coagulantes, la toxicomanie et enfin les piqûres avec du matériel contaminé par du sang de sujet séropositif liées à une exposition professionnelle ou au manque d'hygiène dans les centres de soins.

La contamination transfusionnelle a fortement diminué depuis l'obligation légale du dépistage systématique du VIH pour tout don de sang dans l'ensemble des CTS d'Algérie et l'élimination du don de sang de tout sujet ayant eu ou ayant au moment du don un comportement à risque et aussi depuis le traitement des dérivés du sang par des procédés permettant l'inactivation du virus.

Le seul risque qui persiste est celui lié à la transfusion de produits labiles (plasma frais congelé, composants cellulaires) ou de sang total provenant de sujets

séronégatifs en phase de séroconversion, donc très contaminant. Ce risque tend à diminuer grâce à une plus grande sélection des donneurs.

Chez les toxicomanes, la transmission est possible à l'occasion du partage de seringues contenant du sang contaminé.

Les contaminations Professionnelles

Elles surviennent surtout après piqûre ou coupure avec du matériel médico-chirurgical contaminé. Ce risque est actuellement estimé à moins de 1%. Dans la plupart des pays en voie de développement, la pénurie de matériel médical, le manque total de matériel de protection fait courir un risque indéniable de contamination au personnel soignant et aussi, dans certains pays, les malades recevant des soins dans les Centres de Santé avec du matériel non jetable et avec un manque d'hygiène.

C- TRANSMISSION MATERNO-FŒTALE

Le nouveau profil épidémiologique de l'infection à VIH dans le monde est lié à la contamination hétérosexuelle qui représente le mode dominant. La moitié des adultes qui sont contaminés aujourd'hui sont des femmes.

Dans les pays du Tiers monde et en Afrique subsaharienne en particulier, le taux de séropositivité peut atteindre de 20 à 40 % de femmes accouchant en zone sub-urbaine. L'infection des femmes par le VIH tire sa particularité d'une part de la proportion sans cesse croissante des femmes infectées dans le monde et d'autre part d'un risque plus élevé pour les femmes d'être infectées en raison d'une efficacité plus grande de la transmission dans le sens homme-femme.

La transmission de la mère à l'enfant obéit à plusieurs mécanismes et de ce fait peut survenir à différentes périodes : in-utéro, per-partum, post-partum ou par allaitement.

Le passage du virus peut survenir tout au long de la grossesse mais surtout en péri-partum.

La transmission tardive, la plus fréquente, a lieu soit par l'intermédiaire d'échanges sanguins materno-fœtaux qui ont lieu juste avant ou durant le travail, ou bien par voie ascendante à partir des voies génitales de la mère en fin de grossesse, ou bien lors du passage de l'enfant dans la filière génitale ou enfin par contact cutaneo-muqueux ou par déglutition de sang et de sécrétions maternelles, que l'accouchement ait lieu par voie génitale ou par césarienne.

De nombreuses études confirment que pratiquement l'ensemble des enfants nés de mères séropositives a été infecté soit tardivement in-utéro (35% des cas) soit à la naissance (65% des cas).

Certains facteurs majorent le risque de transmission : la séropositivité accompagnée de signes cliniques, un taux de CD4 inférieur à 200/mm³, une antigénémie P24 positive, une charge virale élevée.

En Afrique subsaharienne, le taux de transmission en l'absence de traitement de la mère durant la grossesse est de 30% en moyenne, pouvant aller à 40% dans certaines régions.

Le taux de transmission peut être réduit à 5% par la prise d'AZT ou à moins de 1% grâce une trithérapie durant la grossesse.

D- TRANSMISSION PAR ALLAITEMENT

Le risque de transmission par allaitement est actuellement bien démontré. Il contribue en partie aux taux de transmission élevés observés en Afrique. L'allaitement maternel peut doubler voire tripler le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais en Afrique subsaharienne, le risque élevé de mortalité infantile due aux diarrhées infectieuses et à la malnutrition incite, comme le recommande l'OMS, à continuer de préconiser malgré tout l'allaitement au sein. En Algérie, en raison du relativement faible taux d'infection par le VIH et en particulier d'une politique bien menée de prévention de la transmission mère-enfant, l'allaitement au sein de nouveau-nés de mères séropositives est contre-indiqué. Le risque de transmission à l'enfant est accru si la femme est infectée pendant la période d'allaitement.

CLINIQUE

L'infection VIH réalise un spectre clinique où le SIDA, terme certainement avec lequel tout le monde est le mieux familiarisé, représente le stade ultime de la maladie.

En effet, après exposition au VIH par l'un des modes sus-décrits, le sujet peut être contaminé : on parle alors de primo-infection. Après ce stade qui ressemble cliniquement à une grippe banale ou qui passe le plus souvent inaperçu, survient une longue période de latence clinique de portage virale sans symptômes, appelée plus communément séropositivité.

A ce stade, le malade peut présenter parfois des lymphadénopathies pendant une courte période.

Après 8 à 10 ans, d'évolution cliniquement muette, parfois moins, parfois plus, apparaissent quelques signes cliniques qui annoncent déjà le début de l'immunodépression, stade ultime de l'infection à VIH, au cours duquel le malade est emporté, en l'absence de traitement antiviral, dans un délai de 6 mois à 2 ans, par une maladie opportuniste et/ou un cancer : c'est le stade de SIDA. Cependant, grâce à la trithérapie et aux nouvelles molécules antivirales actuellement disponibles en Algérie, les malades vivent plus longtemps avec un bon confort de vie.

1- LA PRIMO-INFECTION :

C'est un stade de haute contagiosité car la virémie libre est importante et massive. Il n'y a des manifestations cliniques que dans 20 % des cas environ, évoquant à s'y méprendre une mononucléose infectieuse ou une grippe et apparaissant alors 3 à 4 semaines après la contamination.

Elles se résument à de la fièvre, des sueurs, une asthénie, un amaigrissement et un mal partout, une patraquerie.

Parfois un rash cutané peut être observé et/ou une polynévrite. Sur le plan biologique, on peut retrouver un syndrome mononucléosique, une thrombopénie, une leucopénie. Cet ensemble symptomatique régresse en une dizaine de jours et on peut retrouver le virus dans le sang ou des antigènes viraux solubles, en particulier l'antigénémie P24 dont le dosage est facilement réalisable.

Après la période de primo-infection, on doit guetter l'apparition de la séroconversion qui survient dans les 8 à 12 semaines qui suivent. Cette séroconversion correspond à l'apparition des Ac et en même temps la diminution puis la disparition du virus dans le sang et de ses antigènes solubles (P24). Ces Ac vont pouvoir être détectés par des examens sérologiques (Elisa, Western Blot..).

Les premiers Ac à apparaître sont dirigés contre la gp 160, la gp 120, la P24, puis progressivement les autres Ac apparaissent dans les semaines ou mois suivants et sont dirigés contre l'ensemble des protéines du VIH.

2- PERIODE DE SEROPOSITIVITE ASYMPTOMATIQUE

Après la primo-infection, le malade entre dans une longue période de portage asymptomatique. En effet, dans la grande majorité des cas, ce sont des personnes qui vaquent à leurs activités quotidiennes, vont au travail ou à l'école sans qu'aucun signe clinique ne vienne trahir leur état d'infectés. Ils sont cependant contagieux par leur sang ou les contacts sexuels.

Un faible pourcentage parmi eux peut présenter cependant ce qu'on appelle un syndrome de lymphadénopathies chroniques. Ce syndrome est défini comme l'existence d'adénopathies touchant au moins deux sites ganglionnaires extra-inguinaux, évoluant depuis plus de trois mois, survenant en dehors de toute autre cause d'adénopathies.

La surveillance biologique est le seul moyen de suivre l'évolutivité de l'infection VIH et l'installation progressive de la déficience immunitaire.

3- LE SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise)

Sa définition associe des signes cliniques : apparition d'infections opportunistes ou de cancers caractéristiques d'une immunodéficience cellulaire, et des preuves biologiques d'infection par le VIH (par PCR, viroculture ou sérologie+++) et d'une diminution du nombre des lymphocytes CD4. C'est le stade ultime de l'infection par le VIH.

L'espérance de vie à ce stade est de 7 mois à 2 ans en moyenne en l'absence de traitement. La liste des infections opportunistes ne peut être détaillée ici, elle est largement rapportée dans de nombreuses revues.

Ces infections sont parasitaires (pneumonie à pneumocystis carinii +++, toxoplasmose cérébrale, cryptosporidiose intestinale, isoporose intestinales...), virales (CMV, herpétiques, leucoencéphalite multifocale progressive...), fongiques (candidoses digestives, pulmonaires, cryptococcose neuro-méningée, aspergillose cérébrale ou disséminée), bactériennes (tuberculose extra-respiratoire, mycobactérioses atypiques).

Les cancers associés à l'immunodépression sont le sarcome de Kaposi, les lymphomes surtout cérébraux, les cancers rectaux, le cancer du col....

La multiplicité et le polymorphisme extraordinaires des infections au cours du SIDA ont obligé les épidémiologistes à proposer des classifications. Celle qui est adoptée à l'heure actuelle est celle du CDC d'Atlanta révisée en 1993.

TRAITEMENT

A- PRINCIPES DU TRAITEMENT DES MALADIES OPPORTUNISTES :

Les personnes immunodéprimées ou qui commencent à l'être, risquent de développer une infection secondaire. Il est possible, par un traitement dit prophylactique, de prévenir certaines de ces infections. C'est ce que l'on appelle la prophylaxie primaire. Actuellement, des traitements prophylactiques sont utilisés pour éviter l'apparition de la pneumocystose, de la toxoplasmose et de la tuberculose.

De nombreuses infections secondaires peuvent aujourd'hui être traitées efficacement. Selon leur nature, différentes classes de médicaments sont employées : antibiotiques, antimycosiques, antiparasitaires, antiviraux. Cependant, certaines infections restent non seulement malaisées à diagnostiquer, mais encore difficiles à traiter.

À la suite d'une infection secondaire, le risque de rechute peut être important.

D'une part, parce que les traitements existants, s'ils sont efficaces pour bloquer ou réduire le développement microbien, ne le sont pas suffisamment pour détruire l'agent infectieux en cause (c'est le cas, par exemple, des infections à *Pneumocystis carinii*, à toxoplasme ou à cytomégalovirus). D'autre part, parce que, l'immunodéficience persistant, une nouvelle infection due à ces germes peut se développer.

Chaque fois que cela est possible, un traitement d'entretien est proposé après la survenue d'un épisode infectieux dû à l'un de ces micro-organismes. C'est ce que l'on appelle la prophylaxie secondaire.

B- PRINCIPES DU TRAITEMENT ANTI-RETROVIRAL:

Le traitement étiologique des infections VIH est actuellement assez bien codifié dans ses grandes lignes et l'ensemble des auteurs préconise des stratégies assez proches, de plus en plus consensuelles.

L'évolution des idées concernant le traitement antiviral a connu plusieurs phases marquées d'abord par la monothérapie à l'AZT, puis vint l'ère des bithérapies et enfin les trithérapies qui connaissent un vrai succès en termes d'efficacité antivirale et d'amélioration des défenses immunitaires et du confort de vie des malades. Les trithérapies sont soumises à des impératifs et à des contraintes qui rendent leur utilisation soumise à un avis de spécialiste au moins pour débiter la thérapeutique et choisir les molécules les plus adaptées en fonction de la sensibilité présumée du virus et de la capacité d'observance du patient. Un des écueils majeurs de ces traitements réside dans leur prix prohibitif qui les fait réserver ipso facto aux personnes et aux pays suffisamment nantis capables de prendre en charge un traitement individuel de l'ordre de 112 000 DA par an pendant toute la vie en association avec un traitement contre diverses maladies opportunistes elles-mêmes assez coûteuses.

Par conséquent, d'autres approches et d'autres stratégies doivent être réfléchies au profit des pays pauvres qui connaissent en plus les taux les plus élevés de cas de séropositivité et de Sida.

Depuis 1998, certains Centres de Référence algériens disposent des antirétroviraux

Depuis janvier 2003, les anti-rétroviraux sont disponibles dans l'ensemble des Centres de Référence du pays et en ce qui nous concerne au service des maladies infectieuses de Constantine ou des malades sont ainsi traités.

Pour obtenir des résultats durables et une amélioration significative des défenses immunitaires du sujet, il faut que le traitement soit donné d'une façon prolongée, sans interruption afin d'éviter la survenue de résistances et à des doses suffisantes permettant d'obtenir assez rapidement une diminution importante de la concentration de virus dans le sang. Il faut aussi associer plusieurs médicaments ayant des sites d'action différents afin d'avoir d'emblée une efficacité maximale avant même l'apparition de variants résistants du virus. Parmi les multithérapies actives et efficaces sur l'évolution de la maladie, celle associant deux équivalents nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse et un inhibiteur des protéases est la mieux évaluée et celle qui donne à l'heure actuelle les meilleurs résultats à court et à long terme.

Le schéma de traitement peut être codifié pour tout le pays mais peut être individuel et doit prendre en compte plusieurs critères parmi lesquels l'évolutivité de la maladie, les contraintes liées aux molécules choisies et leur acceptabilité par le patient, la possibilité d'un contrôle clinique et biologique (aussi bien virologique qu'immunologique).

Le schéma thérapeutique appliqué en Algérie est l'association Zidovudine-Lamivudine-Efavirenz.

PREVENTION

Des progrès ont été faits concernant le traitement antiviral mais il reste relativement décevant sur le plan des effets secondaires malgré une recherche intensive pour la découverte de nouveaux produits actifs et peu toxiques.

De ce fait, la prévention reste le seul traitement logique et efficace si nous voulons stopper ce fléau.

Mais pour arriver à des résultats tangibles, il faut bien comprendre que la prévention est l'affaire de tous. Elle doit reposer sur une politique du long terme, car c'est une lutte de longue haleine, dans laquelle l'information et la sensibilisation doivent tenir une place essentielle. Elle doit aussi impliquer les jeunes à travers toutes les institutions ou associations où ils peuvent se trouver ou à travers lesquelles ils peuvent être accessibles et les organismes professionnels (entreprises publiques ou privées...). Cette prévention doit être collective et individuelle.

Trois domaines sont ainsi ciblés par la prévention :

- ❖ Prévention de la transmission sexuelle.
- ❖ Prévention de la transmission par le sang.
- ❖ Prévention de la transmission de la femme enceinte à son enfant (transmission materno-fœtale).

1- PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE

Eviter les contacts sexuels avec des personnes infectées ou avec des personnes ayant des comportements à risque, comme les prostituées, les toxicomanes par voie intraveineuse...

Eviter la multiplicité des partenaires sexuels et les rapports sexuels avec des personnes ayant des partenaires multiples. La fidélité conjugale est à ce point de vue un excellent moyen de prévention.

Utiliser le préservatif qui supprime quasiment le risque de transmission du virus à condition qu'il soit d'une qualité conforme aux normes et correctement utilisé. Il a un deuxième avantage, celui d'être un bon contraceptif.

Enfin, l'abstinence est un autre moyen efficace de prévention.

2- PREVENTION DE LA TRANSMISSION SANGUINE

- ❖ Contrôle systématique de tout don de sang vis à vis du VIH.
- ❖ Traitement des dérivés de sang comme les fractions coagulantes...par des méthodes qui détruisent le virus.
- ❖ Diminution du risque résiduel lié au don de sang pendant la primo-infection avec sérologie négative, grâce à un interrogatoire minutieux visant à éliminer toute personne ayant eu des rapports sexuels à risque ou appartenant à un groupe ayant des comportements à risque.
- ❖ Elimination de tout don de sang d'un sujet séropositif connu ou appartenant à une communauté exposée au risque.
- ❖ Tout matériel d'injection ou servant à couper la peau doit être à usage unique, sinon il doit être nettoyé et stérilisé après chaque usage.
- ❖ La brosse à dent, rasoir et tout autre instrument personnel susceptible d'être contaminé par le sang ne doivent pas être échangés avec une autre personne.

3- PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA FEMME ENCEINTE A SON ENFANT

- ❖ Les femmes séropositives doivent s'abstenir d'être enceintes en utilisant des méthodes de contraception efficaces conseillées par un médecin.
- ❖ Les femmes séropositives qui deviennent enceintes, doivent s'abstenir d'allaiter leur enfant au sein. Cette attitude qui est justifiée dans notre pays en raison de la faible endémicité de la maladie dans nos contrées est discutable dans les pays pauvres à haute endémicité comme c'est le cas pour l'Afrique subsaharienne. En effet dans cette région du monde où sévit la malnutrition et de nombreuses maladies infectieuses, l'OMS préconise l'allaitement au sein car le risque de mortalité lié à ces fléaux est plus élevé que celui du SIDA.
- ❖ Les femmes séropositives qui sont enceintes peuvent suivre un traitement antirétroviral qui réduit considérablement la transmission à l'enfant.

3- CIRCONSTANCES DE LA VIE SOCIALE DURANT LESQUELLES LE VIRUS NE PEUT PAS ETRE TRANSMIS

- ❖ Il n'y a pas de transmission par les insectes, les aliments, l'eau, ni par voie orale, ni par voie aérienne (toux, éternuements...).
- ❖ Le virus ne traverse pas la peau saine.
- ❖ Le linge et les vêtements non souillés par le sang ou d'autres liquides organiques d'un séropositif ne sont pas contaminants.
- ❖ Il n'y a pas de transmission par l'intermédiaire de cuillères, fourchettes, verres...
- ❖ Il n'y a pas de transmission du virus par les crachats, la poignée de main, les appareils téléphoniques, le pommeau des portes, les douches ou toilettes publiques, les piscines, les restaurants, les jouets.