

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)**

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire : 2017- 2018

Thèse N °

THESE

**CONNAISSANCE ATTITUDE ET PRATIQUE DES
PRESTATAIRES DE SOINS SUR LA PREVENTION DE
LA TRANSMISSION MERE - ENFANT DU VIH DANS
LES SITES PTME DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT
DE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 23/01/2018 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par : M. DIABY ABDOURAHAMANE

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

JURY:

PRESIDENT : Pr Youssouf TRAORE
MEMBRE : Dr Seydou FOMBA
CO-DIRECTEUR : Dr Mamadou KEÏTA
DIRECTEUR : Pr Cheick Bougadari TRAORE

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

➤ **A DIEU**

Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux de m'avoir conduit dans la voie de la réussite et m'avoir préservé de tout mal.

A lui Seul la gloire, l'honneur et la louange pour l'éternité. Que Sa protection soit sur nous.

Amen!

➤ **Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui)**

Que le salut et la paix soient soit sur lui et sur toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier. Que la paix d'Allah soit sur lui ainsi que tous ceux qui le suivront jusqu'au jour dernier. Amen !

➤ **A ma mère: Bandio SAKILIBA**

Tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices. Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu fais pour moi. Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

➤ **A mon père: Chéikna DIABY**

Tu as été pour moi un exemple de courage de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu m'as appris le sens du respect, de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Mes études ont été plus que jamais au centre de tes préoccupations et tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. Les mots ne sauraient traduire ce que je ressens pour toi en ce moment solennel de ma vie. Ce travail est plus le tien que le mien. Merci tout simplement et que l'éternel Dieu te bénisse et te prête une longue vie!

➤ **A mon épouse: Nanténin CAMARA**

Que Dieu bénisse notre couple.

Amen !

➤ **A mes frères et sœurs :**

Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection.

Courage car le chemin de la réussite est dur et laborieux. J'implore Dieu pour que l'amour de la fraternité qui nous unit depuis la naissance règne toujours dans nos cœurs.

Que la grâce du tout Puissant nous accompagne.

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

REMERCIEMENTS :

A mes tontons:

Votre soutien moral et financier ont été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

A mes oncles:

Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

A mes tantes du côté paternel ainsi que maternel:

Recevez ici ma profonde gratitude.

A mes cousines et cousins:

Votre courtoisie ne m'a jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout cœur.

A mes amis: Je garde de vous un heureux souvenir. Particulièrement à CAMARA Adama mon beau frère, DIALLO Sidy Aboubacar qui m'ont toujours soutenu durant des périodes cruciales.

A mes beaux-parents : Merci pour votre soutien.

A mes beaux-frères et belles sœurs : Je n'ai jamais manqué de votre amour et considération. Merci pour l'encouragement et l'aide rendus.

Aux membres de l'AERK [Association des Etudiant(es) Ressortissants de Kayes] et la CRESKAS [Coordination Régionale des Etudiant(es) en Santé de Kayes et Sympathisant(es)] : Merci pour les conseils et encouragement.

Aux Internes du CSREF CVI: KAMATE Gninoussa, SANOGO Moulaye, KONE Assitan, DIALLO Rapha, SAMAKE Bakary, DICKO Oumar, DOUMBIA Brahim, KONE N'Tchi, DIARRA Salif, Diakité Bakary; merci pour votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Aux aînés du service: Dr DIALLO Moumine, Dr DIAKITE Oumar Noumory, Dr KAMISSOKO Mamadi, Dr TOGOLA Moussa, Dr DIAKITE Adama, Dr KANAMBAYE Aboubacar, Dr MARIKO Salif, Dr MALLE Souleymane, Dr SAMAKE Daouda, Dr SANGARE Salimata, Dr SANOGO Sekou, Dr TOGORA Moussa, Dr TRAORE Mohamed, Dr DOUMBIA Abdoulaye; ce travail est le fruit de votre soutien soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

A tous les personnels du CSREF CVI : Particulièrement

⇒ **A mes chers Maîtres : Dr SAMAKE Alou, Dr KEITA Mamadou,**

Dr HAIDARA Dramane, Dr DIASSANA Mama, Dr DIASSANA Boubacar

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

Dr KAYENTAO Abdoul Kassoum dit Baber qui est de cœur avec nous malgré la séparation prématurée.

Hommes de science, de principe, de rigueur et surtout de dignité, chers Maîtres vous avez transmis votre connaissance avec honnêteté. Merci pour l'encadrement et la formation que vous m'avez offerts. Soyez rassurés de notre profonde gratitude.

⇒ **Aux anesthésistes, sages-femmes, externes et élèves sages-femmes.**

Je garde de vous un heureux souvenir. Un grand merci à Kadidiatou DEMBELE pour tout ce qu'elle a fait pour les internes de la commune VI. C'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout mon cœur, bonne chance pour le reste.

A tous les personnels de la Clinique Médicale BANAN à Banankabougou, du Cabinet Médical NANI à Sirakoro Méguétana, du Cabinet Médical Kénéya-so à Kalaban coro hèrèmakono, du Cabinet Médical SILOE à kalaban coura ACI ; un grand merci pour votre soutien et le respect à mon égard.

A toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin.

A tous mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée:

Merci pour la qualité de votre formation.

Aux Professeurs de la FMOS:

Merci pour la qualité de l'encadrement.

A l'Etat malien

Pour tous les efforts consentis à ma formation.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu pour la réalisation de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À notre maitre et président du jury

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au Mali ;**
- **Titulaire de diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II ;**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Vice Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Enseignant-chercheur.**

Cher Maître,

C'est un grand plaisir et un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le faire malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité et votre modestie.

Votre amour pour le travail bien fait vos qualités scientifiques, pédagogiques, et humaines, font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Veillez agréer, honorable maître, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Dr SEYDOU FOMBA

- **MD, PhD en Management des Services de Santé et de Médecine Sociale ;**
- **Chargé de Recherche, Chargé de Cours au DER de Santé Publique ;**
- **Chef de Division Prévention et de Prise en Charge des Cas au Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP).**

Cher Maître,

En acceptant d'encadrer ce modeste travail, vous contribuez à son indispensable amélioration. votre grande disponibilité, votre simplicité, votre abord facile, votre assiduité dans le travail font de vous un encadreur exemplaire. Cher maître, permettez nous de vous adresser nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Dr KEITA Mamadou

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Praticien Hospitalier au CS Réf CVI**
- **Chef adjoint du service de Gynécologie et d'Obstétrique de la Commune 6.**

Cher Maître,

Votre générosité à transmettre vos connaissances, votre abord facile, votre honnêteté intellectuelle, ont satisfait notre admiration. C'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire. Veuillez trouver ici, solennellement cher maître notre profonde gratitude et notre sincère remerciement.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur titulaire en Anatomie et cytologie pathologiques à la FMOS.**
- **Chef de service d'Anatomie cytologie pathologiques du CHU Point G**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.**
 - **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali.**
 - **Collaborateur du registre national des cancers au Mali.**

Cher Maître,

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants. Vous êtes pour nous un exemple à suivre par la jeunesse. Nous vous prions d'accepter notre sentiment de sincère reconnaissance et de profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

ASAT : Aspartate alanine transférase

ALAT: Alanine Aminotranférase

AZT: Azidothymidine (Zidovudine)

CD4: Cluster of differentiation 4

CDC : Centre de Documentation

CMV : Cytomégalovirus

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CPN-R : Consultation Périnatale Recentrée

CMV : Cytomégalovirus

CIN : Cervical intra épithélial néoplasia

CV : Charge virale

DER-SP : Département d'Enseignement et Recherche en Santé Publique

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

EDS-M : Enquête Démographique de Santé Mali

ETME : Elimination de la Transmission Mère à l'Enfant

g : Gramme

HGT : Hopital Gabriel TOURE

Ig M : Immunoglobuline M

Ig G : Immunoglobuline G

INNTI : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

IP : inhibiteur de la protéase

INRSP : Institut national de recherche en santé publique

IMAARV: Initiative Malienne d'Accès aux Anti Rétroviraux

IRM : Imagerie par Rayonnance Magnétique

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LCR: Liquide Céphalorachidien

NVP : Névirapine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA

PCR: Polymérase Chain Réaction

PNP-SR: Programme national de prévention en santé de la reproduction

PTME: Prévention de la Transmission Mère et Enfant

PV/VIH : Personnes vivant avec le VIH

SA : Semaine d'aménorrhée

SIDA: Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence

TARV : Traitement antirétroviral

TDM : Tomodensitométrie

TME: Transmission de la Mère à l'Enfant

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAC : Unité de Soins d'accompagnement et conseil

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

3TC : Lamivudine

< : Inférieur

> : Supérieur

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	page 13
II. OBJECTIFS	page 16
1-Objectif général	
2-Objectifs Spécifiques	
III. GENERALITES	page 18
IV. METODOLOGIE	page 52
V. RESULTATS	page 57
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	Page 73
VII. CONCLUSION.....	Page 77
VIII. RECOMMANDATIONS.....	Page 79
IX. REFERENCES.....	page 81
X. ANNEXES.....	page 85

L'INTRODUCTION

L'infection à VIH est actuellement un problème de santé publique dans tous les pays du monde. Le virus de l'immunodéficience humaine est un virus à ARN dont deux types sont actuellement connus, ce sont le VIH 1 et le VIH 2. L'infection à VIH chez la femme enceinte a pour principale risque la contamination du nouveau-né .

Le nombre de femmes infectées est en constante augmentation. Le nombre total de personnes infectées par le VIH à travers le monde était de 35 millions selon l'ONU/SIDA en fin 2013 et de 36,7 millions en 2016 [1].

Les caractéristiques épidémiologiques changent d'un pays à l'autre. En effet , la prévalence du VIH dans la population générale est dramatiquement très élevée en Afrique au sud du Sahara .Dans le monde 95% des personnes vivant avec le VIH/SIDA vivaient dans les pays en voie de développement dont 70% en Afrique sub-saharienne avec une prévalence dépassant 25% chez les femmes jeunes dans la plus part des pays d'Afrique Australe. Le nombre de décès dû au SIDA dans le monde était de 1,5 million dont 1,1 million en Afrique sub-saharienne (fin 2013 ONU/SIDA) contre 2,4 millions en fin 2005 [2] .

En Afrique australe la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2014 avoisinait 25,2% à Gaborone (Botswana) ; 27,7% à Manzini (Swaziland) ; 10,0% à Blantyre (Malawi) ; 1,4% à Lusaka (Zambie) . Cette prévalence était en 2014 supérieure à 3,5% en Côte d'Ivoire, 3,2% au Nigeria soit 380 mille chez les enfants de 0 à 14 ans , elle était de 1,4% en 2014 contre 3,8% en 2004 soit 18 mille chez les enfants de 0 à 14 ans ; 0,5% au Sénégal soit 3 mille sept cent chez les enfants de 0 à 14 ans [3].

L'augmentation des cas d'infection néonatale par le VIH corollaire de la transmission verticale constitue un problème très préoccupant. En effet , le taux global de transmission mère enfant était de 20-30 % , celui du VIH1 était de 30% tandis que pour le VIH2 il était de 1-2% en 2013 [4]. Depuis le début de la pandémie, 4,7 millions d'enfants en sont morts , 2,7 millions des enfants de moins de 15 ans vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA [5].

Pour réduire la pandémie du VIH/SIDA, il faut quatre axes prioritaires :

- Prévention primaire de l'infection par le VIH ciblant les jeunes femmes non infectées.
- Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives.
- Élimination de la transmission du VIH de la femme infectée
- Traitement, soins et soutien de la femme infectée par le VIH et de sa famille.

Au Mali des progrès notables ont été réalisés dans le domaine de la lutte contre le VIH entre autre :

- ✓ La gratuité des ARV depuis juillet 2004 ;
- ✓ L'intégration du conseil dépistage aux soins ;
- ✓ L'installation de l'USAC dans les centres de santé de Référence.
- ✓ L'extension de la couverture PTME.

Depuis 2015 le Mali s'est engagé dans l'Élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH. Ceci nécessite l'extension de la couverture à toutes les structures de soins y compris privées et publiques. Et le prestataire joue un rôle capital dans la PTME du VIH.

En commune VI nous avons 16 sites PTME fonctionnels et beaucoup d'agents de santé ont été formés en PTME.

Vu l'augmentation constante des femmes infectées dans le monde avec une prévalence du VIH au Mali chez les femmes enceintes de 1,4 % en 2014 et la défaillance dans la qualité des soins des prestataires de la salle d'accouchement et vu qu'il y'a pas d'étude portée sur ce cas au Mali; nous avons initié cette étude en se fixant comme objectifs :

II. OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL

Evaluer le niveau de Connaissance, Attitude et Pratiques(CAP) des prestataires de la salle d'accouchement en rapport avec la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant dans la Commune VI du District de Bamako.

2-Objectifs Spécifiques

- Déterminer les caractéristiques socio démographiques des prestataires de soins au niveau du CSRéf., des structures privées et parapubliques de la commune VI .
- Déterminer les connaissances des prestataires sur la PTME du VIH/SIDA.
- Décrire les Attitudes et les pratiques des prestataires.

III-GENERALITES

1- DEFINITIONS :

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

De nos jours deux agents étiologiques ont été identifiés : le VIH1 et le VIH2 qui sont des rétrovirus comportant eux aussi des sous types . De par son expansion mondiale , sa mortalité élevée et l'absence de thérapeutique radicale , cette infection constitue un grave problème de santé publique et de développement . Les femmes et les enfants constituent les cibles les plus vulnérables depuis le début de cette pandémie.

Connaissances : Notion qu'on a de quelque chose ; niveau de connaissance et de compréhension d'un sujet donné par les prestataires ;

Attitudes : Manière de se comporter au moment des soins ; comment les prestataires se sentent par rapport à un sujet donné , et à toute idée préconçue qu'ils puissent avoir par rapport à celui-ci ;

Pratiques : Application des règles et des principes par opposition à la théorie. Comment les prestataires appliquent leurs connaissances et attitudes vis-à-vis d'un sujet donné, à travers leurs actions .

2- EPIDEMIOLOGIE :

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est aujourd'hui présent dans tous les pays du monde à des degrés divers . La pandémie touche particulièrement l'Afrique sub-saharienne qui concentre 70-80% des cas.

Elle a causé la mort à 3,1 millions d'individus en 2014 selon les estimations de l'ONU SIDA/OMS [7].

En 2013, le nombre de personnes infectées est de 35 millions dont 24,7 millions en Afrique sub-saharienne . La majorité des cas concerne les sujets jeunes de 15 à 49 ans , qui est la tranche d'âge active de la population . Cet état de fait à ainsi de lourdes conséquences socioéconomiques .L'infection à

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

VIH représente la première cause de morbidité en Afrique (environ 20%), devant le paludisme [6, 7].

Elle a été responsable de 1,5 millions de décès en 2013 dont 1,1 millions en Afrique subsaharienne [7].

En Afrique australe la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2014 avoisine 25,2% à Gaborone (Botswana) ; 27,7% à Manzini (Swaziland) ; 10,0% à Blantyre (Malawi) ; 1,4% à Lusaka (Zambie) . Cette prévalence était en 2014 supérieure à 3,5% en Côte d'Ivoire , 3,2% au Nigeria soit 380 mille chez les enfants de 0 à 14 ans , elle était de 3,8% au Mali en 2004 et de 1,4% en 2014 soit 18 mille chez les enfants de 0 à 14 ans ; 0,5% au Sénégal soit 3,700 chez les enfants de 0 à 14 ans [3].

Les femmes semblent être les plus touchées par cette pandémie avec une prévalence de 2% contre 1,3% [8].

La surveillance épidémiologique du Mali repose en plus de la Notification des cas de SIDA sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, l'enquête sur la prévalence des IST/VIH et les comportements sexuels et l'enquête démographique et de santé (EDS) . Cette surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes Enceintes en 2014 donne un taux global de 1,4% contre 3,4% en 2006 [9].

Au Mali , le premier cas de SIDA a été décrit en 1985 à l'HGT. Et depuis l'infection augmente surtout dans les populations à risque, quoique toutes les couches soient concernées.

3-CONCEPTS :

PTME : La PTME vise à prévenir la transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant. C'est l'ensemble des interventions qui concourent à la réduction du risque de transmission du VIH de la mère à son bébé.

On parle de transmission de la mère à l'enfant, lorsqu'une mère séropositive transmet le VIH à son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou

l'allaitement. En l'absence d'interventions, les taux de transmission vont de 15 à 45%. Toutefois des interventions efficaces comme la prévention de la transmission mère-enfant du VIH permettent de ramener ces taux à des niveaux inférieurs à 5% [9].

ETME : Début 2010, les organismes internationaux ont promu l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) avant 2015, en proposant une nouvelle stratégie préventive basée sur l'utilisation extensive des antirétroviraux. Ce nouvel objectif mettait en cohérence ceux fixés par l'Assemblée des Nations unies pour le VIH de 2011 et les objectifs du millénaire pour le développement définis en 2000. L'objectif global est particulièrement ambitieux avec en moins de cinq ans une réduction de 90% du nombre des nouvelles infections chez les enfants, et une diminution de 50% des décès maternels liés au sida [35].

4- HISTORIQUE [10]

Cela fait plusieurs décennies aujourd'hui que le virus du SIDA existe dans le monde . Les premiers sérums VIH positif reconnus ont été découverts à posteriori aux Etats-Unis en 1977.

- ✓ En 1981 des cas de pneumonie à pneumocystis carinii ont été découverts chez les homosexuels américains, de même que des cas de sarcome de kaposi.
- ✓ En 1982 la première définition du SIDA est acceptée.
- ✓ L'identification du VIH type 1 a été faite en 1983 et deux ans plus tard une technique de mise en évidence des anticorps pour le diagnostic est mise au point.
- ✓ C'est en 1983 que Françoise BARRE SINOUSI et l'équipe du Professeur Luc MONTAGNIER isolent le premier virus responsable du SIDA, le VIH-1.

- ✓ Les premiers cas du SIDA ont été décelés en Afrique Centrale , au Zaïre en 1984.
- ✓ Le type 2 du VIH a été isolé en 1986.
- ✓ En 1993 la classification de la CDC est adoptée.
- ✓ En 1995 c'est l'introduction des bithérapies anti rétrovirales et la possibilité de mesurer la charge virale.
- ✓ Depuis 1996 c'est la trithérapie antirétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal .

5- VIROLOGIE ET STRUCTURE DU VIH

5-1- Rappels sur les Rétrovirus [11]

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus caractérisée par la présence d'une activité transcriptase inverse. Ceux-ci se définissent par leur structure de 10 nm de diamètre possédant un génome fait de deux molécules d'ARN , simple brin se répliquant par bourgeonnement dans les cellules d'où elles sortent enveloppées . Les rétrovirus sont beaucoup plus caractérisés par leur mode de réplication : grâce à la transcriptase inverse , une enzyme qu'ils contiennent , leur génome à ARN est retranscrit en ADN simple brin puis double brin qui s'intègre à la cellule hôte.

Les rétrovirus sont subdivisés en 3 sous familles selon leur pathogénicité :

- Les lentivirus [VISNA (mouton), FIV (félidés), SIV (singes)] ont une évolution lente , ne sont pas transformant mais sont cyto-pathogènes . Seuls VIH-1 et VIH-2 sont pathogènes chez l'homme.
- Les Oncovirus sont capables de transformer certaines cellules normales en cellules cancéreuses . Chez l'homme il a été identifié en 1980 les humains T leukemia lymphoma virus (HTLV 1 et HTLV 2) .
- Les spumavirus ne sont observés que chez les animaux et n'ont pas de pathogénicité reconnue.

5-2- Structure du VIH

En microscopie électronique, les virus de l'immunodéficience humaine présentent les caractéristiques des lentivirus avec un coré central excentré, tronculaire et une enveloppe avec des spicules.

5-2-1- Le coré central :

Il est formé de deux molécules d'ARN et de 3 protéines :

La protéine la plus interne associée à l'ARN a un poids moléculaire de 15 000 Dalton (P 15) et est souvent dissociée en 2 sous unités (P7 et P9) par ailleurs le coré viral contient des molécules de transcriptase inverse (RT) et d'intégrase.

La protéine la plus externe de poids moléculaire de 1800(P18) est encore appelée protéine de membrane ou de malux et à la quelle est associée une troisième enzyme virale la protéase.

5-2-2- l'enveloppe virale :

Elle est formée d'une double couche lipidique d'origine cellulaire et de 2 glycoprotéines (gP) virales. La glycoprotéine transmembranaire d'un poids moléculaire de 41 000 Dalton (gP 41) traverse la double couche lipidique. Elle est attachée, par des liaisons faibles, non covalentes à la glycoprotéine d'enveloppe externe faisant saillie à la surface du virus sous forme de spicules. Cette glycoprotéine d'enveloppe externe a un poids moléculaire de 120 000 Dalton (gP 20).

5-3-Organisation du Génome Viral [12]

Le génome des rétrovirus est constitué d'au moins 3 gènes gag, pol et env codant respectivement pour les protéines internes de la nucléocapside, pour les enzymes (RT, intégrase, protéase), et pour les protéines de surface. En plus de ces 3 gènes classiques, le VIH possède d'autres gènes situés entre les gènes pol et env. A la suite du gène env se trouvent au moins 6 gènes nommés tat, rev, vif, upu et nef, qui sont pour la plupart impliqués dans des phénomènes de régulation de l'expulsion des protéines virales, donc de la

multiplication du virus . Le gène vpu du VIH-1 est remplacé par vpx chez le VIH-2.

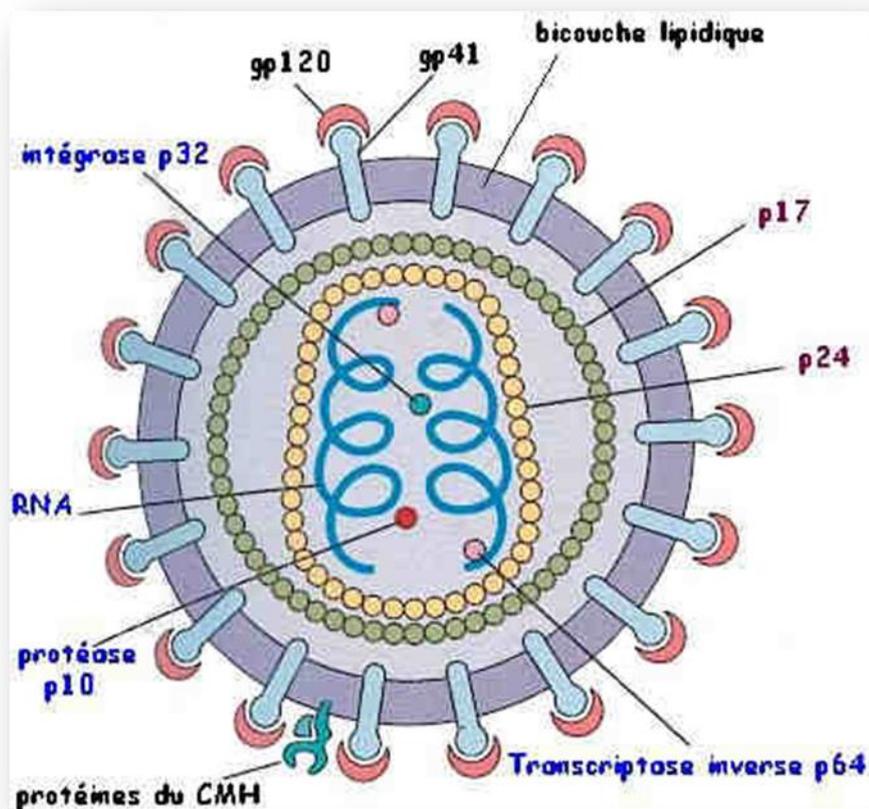


Figure 1: Structure du VIH-1. In Brun V. [11]

6- PATHOGENIE

6-1-Cycle de réplication du VIH [11]

Le cycle de réplication comprend deux étapes :

La première étape s'effectue par les enzymes virales. Elle se termine par l'intégration du virus dans le génome cellulaire .

La deuxième étape comprend la synthèse de nouveau virion.

6-1-1- L'entrée du virus dans la cellule.

Le virus s'attache à son récepteur spécifique , la molécule CD4 , par l'intermédiaire de la glycoprotéine gp120 . Puis cette glycoprotéine subit un changement conformationnel permettant la reconnaissance d'une région

particulière de cette protéine, le domaine V3, par les récepteurs à la surface de la cellule. Parmi ces co-récepteurs, on peut citer la molécule CXCR4 (ou fusine) et la molécule CCR5 [11].

D'autres mécanismes d'entrée du virus dans la cellule hôte ont été décrits. Par exemple, la pénétration par l'intermédiaire du récepteur Fc des immunoglobulines ou du récepteur pour le complément sous la forme d'un complexe virus anticorps, ou encore par l'intermédiaire de Glycolipides, notamment le galacto-céramide [12].

6-1-2- Rétro transcriptions et intégration [11]:

L'ARN viral, encore associé à des protéines de capsid est rétro-transcrit en ADN complémentaire par la transcriptase inverse. Puis cet ADN monocaténaire est copié par la RT (transcriptase inverse) en ADN bicaténaire celui-ci entre dans le noyau de la cellule et s'intègre à l'ADN chromosomique grâce à l'intégrase virale.

6-1-3- Transcription et synthèse des protéines virales [11] : après l'intégration de l'ADN pro viral en l'ADN cellulaire, la transcription du génome viral en ARN messager s'effectue par l'ARN polymérase II de l'hôte.

Ces ARN vont coder pour des gènes régulateurs et les protéines virales, suivent l'encapsulation et la dimérisation de l'ARN viral. Ceci conduit à la maturation des protéines virales qui bourgeonnent à la surface de la cellule puis sont libérées dans le milieu extracellulaire [12].

6-2- Population Cible :

Le VIH a un tropisme pour les cellules qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des co-récepteurs. Il s'agit des lymphocytes T CD4 + Helper, mais aussi des monocytes et macrophages, les cellules dendritiques du sang et les homologues, les cellules de Langerhans, les cellules microgliales du système nerveux central [11]. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer; c'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

6-3-Propriétés Cytopathogènes:

L'effet est surtout marqué sur les CD4+. Plusieurs mécanismes sont décrits : Fusion des cellules en agrégats géants avec de multiples noyaux et ballonnement de la membrane cellulaire. Ce phénomène est médié par la gp 41 qui joue un rôle majeur dans la destruction des lymphocytes CD4 +.

Autres mécanismes :

C'est la toxicité directe du virus et ses protéines sur la cellule. Il y a apoptose par fragmentation de l'ADN chromosomique cellulaire déclenché par des cytokines , par la liaison de la glycoprotéine gp 120 à la molécule CD4 et voire par des super antigènes (mycoplasme).

Destruction des cellules infectées par les cellules CD8 cytotoxiques.

7- TRANSMISSION [13]

Depuis le début de cette pandémie, trois principaux modes de transmission ont été observés : la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission verticale.

7-1- La Transmission Sexuelle :

La majorité de la transmission par le VIH soit 75 à 85% s'effectue par Les rapports sexuels non protégés [14].

C'est le mode de contamination le plus fréquent en Afrique. Les facteurs augmentant le risque de transmission sexuelle sont les stades de primo-infection et le SIDA qui sont les stades où la virémie est élevée.

D'autres facteurs de risque peuvent être cités : un taux de CD4 < 200/mm³, une anti-génémie P24 positive, une charge virale élevée non contrôlée ou multi-résistance aux antirétroviraux . Le risque est aussi augmenté en cas d'infections génitales, de rapports sexuels pendant les règles, de violences sexuelles.

7-2- La Transmission Sanguine :

Elle est observée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse , lors de transfusion sanguine, de transfusion d'extrait de sang à risque. Les contaminations professionnelles au cours de piqûres ou de blessures accidentelles avec du matériel contaminé ou projection de sang sur les

muqueuses. Le risque est diminué par le dépistage systématique chez les donneurs de sang.

7-3- La Transmission Verticale : (de la mère à l'enfant).

Dans les pays en développement le risque de transmission du virus d'une mère infectée à son enfant varie entre 25% et 45% [15]. Cette transmission est beaucoup plus marquée :

- en fin de grossesse,
- pendant le travail ou à l'accouchement,
- et au cours de l'allaitement maternel

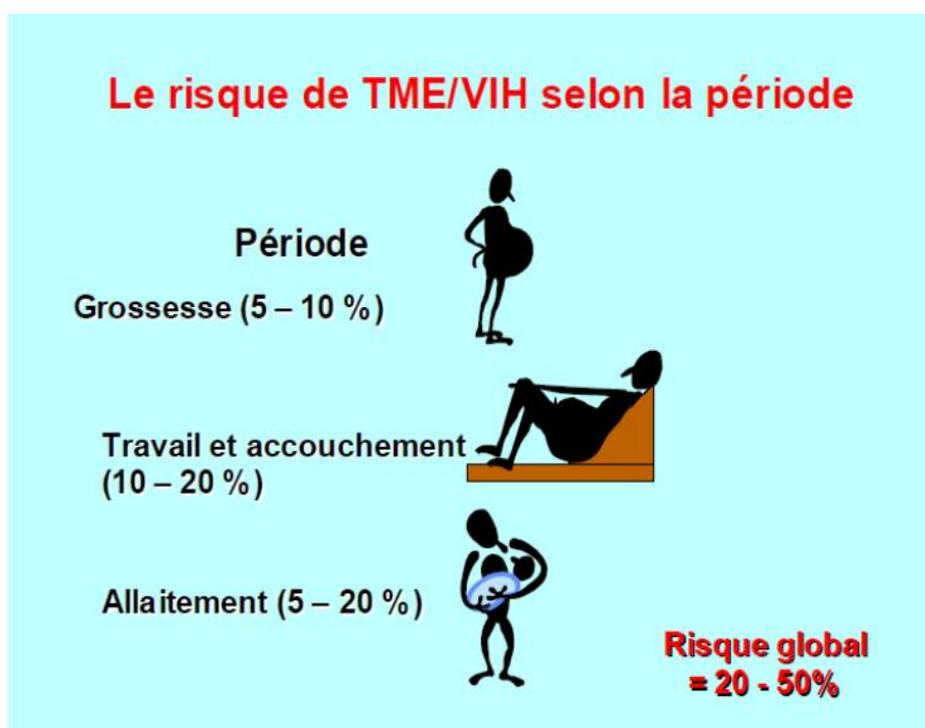


Figure 2 : Risque de transmission de la mère à l'enfant [36]

❖ *Les facteurs de risque de la TME*

✚ **Le type de virus** : le type de virus est un facteur majeur. En effet le VIH1 est plus facilement transmis d'une mère à son enfant que ne le soit le VIH-2. Le sous type C à été lié au risque accru de transmission mère enfant. Le VIH-2 étant transmis à l'enfant seulement entre 0 et 3% des cas.

✚ **Les facteurs maternels** :

- Une charge virale élevée.

- Le taux de lymphocytes CD4 < 200 ml,
- Le stade clinique avancé de l'infection,
- Une antigénémie P24 positive,
- Carences nutritionnelles (anémie, avitaminose A)
- Autres infections : IST, le paludisme, l'infection à virus d'Epstein Barr (responsable de la mononucléose infectieuse) et les chorioamniotites bactériennes ;
- L'usage de drogues, tabac, alcool et les rapports sexuels non protégés. Ces derniers pourraient affecter la TME par une concentration accrue du VIH, par une diversité des souches virales ou par l'effet d'inflammation ou d'abrasions cervicales ou vaginales [16, 17,19].

Les Facteurs obstétricaux :

- Gestes invasifs au cours de la grossesse (cerclage du col, amniocentèse, amnioscopie)
- Type d'accouchement (Prématuré= +++, à terme= ++, césarienne= +)
- Contacts provoqués entre le sang de la mère et celui de l'enfant (ciseaux, épisiotomie...)
- La chorioamniotite bactérienne et les infections cervico-vaginales
- Infection des annexes.
- Durée du travail (>10h)
- La rupture prolongée des membranes
- Le décollement placentaire
- Liquide amniotique méconial ou sanglant
- Le badigeonnage à la chlorexidine du vagin au cours du travail ne semble pas avoir un effet bénéfique sauf en cas de rupture prématurée des membranes [17].

Les pratiques d'allaitement :

Concernant les pratiques de l'allaitement maternel, le risque de TME chez les enfants exclusivement nourris au sein semble significativement moindre par

rapport aux enfants sous allaitement mixte. Cette différence est biologiquement plausible puisque l'allaitement exclusif apporte une protection maximale des muqueuses de l'enfant par les anticorps maternels contenus dans le lait, protection réduite par l'introduction d'aliments autres que le lait maternel [19]. Quant au risque de transmission chez les enfants sous allaitement artificiel, il est quasiment nul.

✚ Les altérations des barrières des protections cutanées

Les altérations des barrières des protections cutanées ou muqueuses pouvant augmenter le risque de TME au cours de l'allaitement maternel sont :

- Chez l'enfant, le muguet buccal et/ou des ulcérations buccales et l'achlorhydrie ;
- Chez la mère, les fissures, les crevasses, les mastites et les abcès mammaires [19].

❖ Pathogenèse de la TME

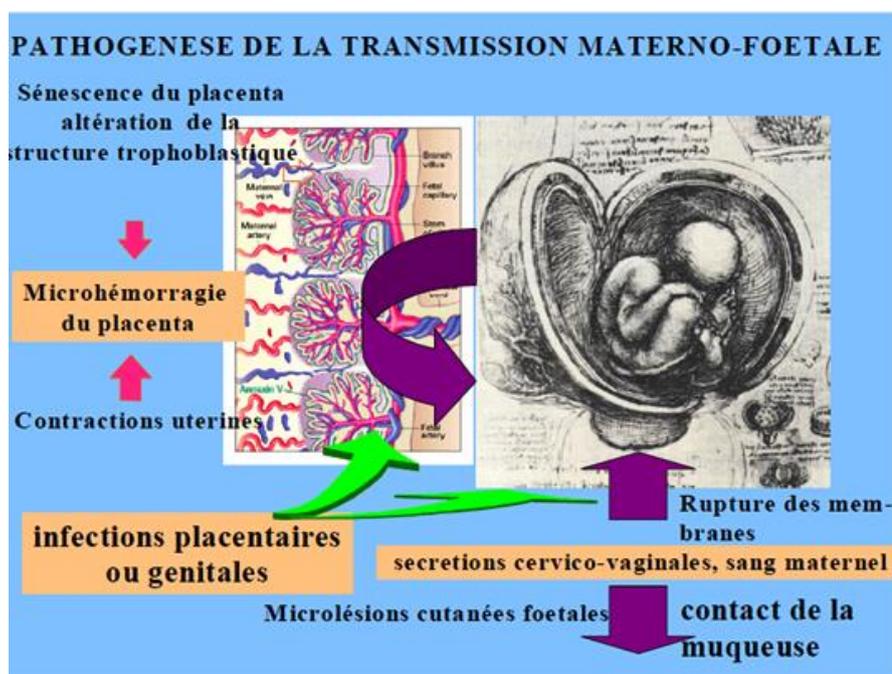


Figure 3 : Pathogenèse de la transmission materno-fœtale [36]

- ✚ Le VIH peut infecter le placenta à tout moment ; mais le risque de TME est plus faible dans les premiers mois de la grossesse. En effet, le mécanisme le plus probable de la TME au cours de la grossesse est un

transfert de cellules infectées lors des échanges sanguins entre la mère et le fœtus, plus importants en fin de grossesse. Le décollement placentaire accroît le risque de TME.

✚ Le risque de TME devient très élevé pendant le travail (durée >10h) et l'accouchement. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a un contact direct du fœtus avec le sang maternel et les sécrétions génitales. Par ailleurs, au cours du travail, les contractions utérines peuvent entraîner des micros transfusions de sang maternel vers le sang fœtal.

✚ Le VIH existe dans le lait des mères infectées sous forme de particules virales libres ou associé aux macrophages et lymphocytes CD4. Le risque de TME est plus élevé au cours des premiers mois d'allaitement [19].

Ceci s'expliquerait d'une part par la forte concentration de cellules dans le colostrum et dans le lait de transition et, d'autre part, par l'immaturation du tube digestif du nouveau-né. Cependant, le risque de TME reste présent jusqu'à la fin de l'allaitement maternel. Le risque global après 18-24 mois de l'allaitement maternel est de 30 à 45% [19].

Parmi les facteurs liés à l'accouchement, la césarienne diminue le risque de TME. Par contre, le risque de TME augmente en cas d'accouchement prématuré ou de rupture prolongée des membranes (> 4h) [20].

D'autres actes obstétricaux pouvant augmenter le risque de TME et qui doivent être limités aux cas indiqués sont l'épisiotomie et l'induction de l'accouchement. D'autres actes, tels que les manœuvres par version externe ou interne et l'utilisation du forceps ou de la ventouse sont à proscrire.

8- CLINIQUE

L'évolution clinique de l'infection à VIH s'effectue en plusieurs phases :

8-1- Primo infection VIH [18] :

3 à 6 semaines après la contamination par le VIH, les anticorps deviennent détectables dans le sérum des malades infectés. Cette phase peut être accompagnée de manifestations cliniques.

Les premiers symptômes surviennent le plus souvent 10 à 15 jours après la contamination chez environ 20% des sujets. Il s'agit d'un syndrome d'allure grippale associant fièvre, sueurs, frissons, malaise général. On peut avoir une angine rouge, une éruption cutanée morbilliforme ou urticarienne, des troubles digestifs. Quelques fois on retrouve des manifestations neurologiques isolées telles la méningite lymphocytaire, l'encéphalite et la poly neuropathie [21].

A l'examen physique on peut retrouver des adénopathies et parfois une splénomégalie.

Biologiquement on peut retrouver un syndrome mononucléosique.

Tous ces signes s'amendent en une dizaine de jours et le patient entre dans une phase asymptomatique dont la durée est plus ou moins longue.

8-2- Phase Asymptomatique :

Il s'agit d'une phase cliniquement latente mais biologiquement active.

La réplication virale est constante avec une destruction progressive du système immunitaire. Ceci va déterminer l'apparition des manifestations cliniques de la phase symptomatique. Selon les études, l'évolutivité de la maladie semble faire intervenir divers facteurs dont les facteurs viraux, les facteurs environnementaux, génétiques et immunologiques.

- ✓ Les facteurs génétiques : la présence de l'antigène HLA-DR5.
- ✓ Co-infection : avec Herpès virus, la réexposition au VIH, CMV.
- ✓ La malnutrition : elle semble être un facteur favorisant l'évolution de la maladie particulièrement en Afrique [22].

Pendant cette phase, la régression du taux de lymphocyte T CD4+ se fait progressivement en quelques années de 500 à 350/mm³. Puis elle suit une phase dite de progression ou la chute de CD4 s'accélère pour passer en quelques mois en dessous de 200/mm³. Ceci est un facteur pronostic d'évolution vers le SIDA où la charge virale est maximale [23].

8-3- Phase Symptomatique [22]:

Au cours de cette phase surviennent des infections dites opportunistes dont les plus fréquentes sont les suivantes :

8-3-1- Pneumocystose: infection à *Pneumocystis carinii*

- C'est l'une des infections opportunistes les plus fréquentes. La principale manifestation est la pneumopathie avec une toux tenace, une dyspnée progressive, une fièvre à 38° - 40° C, plus rarement une douleur thoracique. Le mode d'installation est souvent progressif ou parfois plus aigu. L'auscultation pulmonaire est souvent normale. L'aspect radiologique le plus évocateur est celui d'une pneumopathie interstitielle diffuse bilatérale. Le diagnostic est fait par la mise en évidence du parasite à l'examen direct dans le produit de lavage broncho alvéolaire.
- L'évolution sans traitement aboutit à l'insuffisance respiratoire aiguë pouvant conduire au décès.

8-3-2-Toxoplasmose: infection à *Toxoplasma gondii*

- La principale localisation est le système nerveux central. L'encéphalite toxoplasmique se manifeste par une fièvre, un trouble de la conscience de degré variable, des céphalées, des signes neurologiques focaux.
- Le diagnostic est posé à la TDM ou à l'IRM cérébrale devant des images caractéristiques. Au scanner cérébral, on retrouve une prise de contraste annulaire ou modulaire au sein d'une hypodensité, multiple dans deux tiers des cas. Une sérologie toxoplasmique positive (en IgM) et la non prise de prophylaxie secondaire par le Cotrimoxazole sont des éléments en faveur.
- Les autres localisations sont rares : encéphalite diffuse, chorioretinite, pneumopathie.

8-3-3-Candidoses:

- Elles sont observées chez 80 à 90% des patients infectés par le VIH. La principale localisation est oropharyngée. Elle est décrite par une langue noirâtre, surtout des dépôts blanchâtres au niveau de la face interne des joues, entraînant une sensation désagréable dans la cavité buccale.
- L'atteinte œsophagienne se traduit le plus souvent par des brûlures rétro-sternales et épigastriques mais elle peut être asymptomatique. Le diagnostic

est posé par la fibroscopie qui permet de faire des biopsies permettant la mise en évidence des levures par la culture sur milieu de Sabouraud.

- Les autres localisations (oculaire, osseuse, septicémie) sont exceptionnelles.

8-3-4-Infections à Mycobactéries:

8-3-4-1-Infection à Mycobacterium Tuberculosis:

_ Elle survient parfois chez des patients ayant plus de 200 CD4/mm³. Les populations vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables sont particulièrement exposées.

_ Les manifestations cliniques diffèrent peu de celles de la tuberculose chez des immunocompétents. A un stade avancé de l'immunodépression, elle peut prendre une forme atypique. L'aspect cavitaire radiologique d'atteinte pulmonaire est plus rare.

_ L'anergie tuberculinique est fréquente du fait de l'immunodépression. Les atteintes extra pulmonaires sont fréquentes, isolées ou associées à l'atteinte pulmonaire : ganglionnaire thoracique, abdominale ou superficielle, hépatique, splénique, méningée.

_ Elle est la première cause de fièvre au long cours inexplicée.

Le diagnostic est posé par la mise en évidence du bacille de Koch à l'examen direct du tubage gastrique ou autres prélèvements.

8-3-4-2-Infection aux Mycobactéries Atypiques:

_ Elles apparaissent en général lorsque le taux de CD4 est inférieur ou égal à 50/mm³. L'infection peut être localisée au niveau pulmonaire, des ganglions superficiels, digestif (entérite ou cholangite).

_ Le tableau le plus caractéristique est la forme disséminée : fièvre prolongée, sueurs, altération marquée de l'état général, hépato splénomégalie, anémie, voire diarrhée.

_ Le diagnostic est posé devant la positivité des hémocultures, plus rarement par la myéloculture.

_ Le pronostic est grave mais amélioré par le traitement dont les modalités ne sont pas encore clairement définies.

8-3-5- Infection à Cytomégalovirus:

- Elle est le plus souvent le fait d'une réactivation de CMV latent dans l'organisme. Elle survient chez les patients séropositifs pour le CMV. La localisation principale est la rétinite dans 70 à 80% des cas.
- Le diagnostic est fait au fond d'œil de façon fortuite ou plus rarement devant des troubles de la vue, une baisse de l'acuité visuelle unilatérale au début, pouvant devenir bilatérale.
- La deuxième localisation est le côlon dans 15 à 20%. Les autres localisations sont l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, l'appendice, le pancréas.

8-3-6-Cryptococcose

- L'infection à *Cryptococcus neoformans* est rare en France et plutôt fréquente en Afrique. Elle réalise le plus souvent une méningo-encéphalite. La méningite à cryptocoque se traduit par un syndrome méningé fébrile. Ses manifestations peuvent être discrètes voire absentes.

On peut retrouver des signes neurologiques focaux déficitaires, des troubles visuels ou de la conscience, des signes d'hypertension intracrânienne.

- Le diagnostic se fait à l'examen direct par la coloration à l'encre de chine et la culture du LCR sur milieu de Sabouraud.
- A la TDM ou l'IRM, on retrouve des signes d'hypertension intracrânienne ou un cryptococcome (image ronde prenant le contraste en périphérie).
- Autres localisations : pulmonaire, hépatique, digestive, médullaire, cutanée, prostatique.

8-3-7- Coccidioses intestinales: cryptosporidiose microsporidiose:

- Elles sont responsables de diarrhée aqueuse chronique évoluant par poussée avec des périodes de rémission spontanée sans fièvre ni signe extra digestif. Elles peuvent aller jusqu'à 10 selles/jour responsable de dénutrition et de déshydratation.
- Le diagnostic est fait par la mise en évidence du parasite dans les selles

3-8- Autres complications infectieuses:

Les infections bactériennes récidivantes sont de localisations principalement pulmonaires, sinusiennes, prostatiques.

- Les infections virales à virus herpès simple, virus zona varicelle sont récidivantes, fréquentes et extensives.
- L'Ebstein Barr virus est incriminé dans la leucoplasie chevelue de la langue. Il semble jouer aussi un rôle dans les lymphomes cérébraux.
- Les neurosyphilis, les salmonelloses récidivantes, infection à papulomavirus, la leucoencéphalite multifocale progressive, et les dysplasies du col utérin.

8-3-9- Complications dues au VIH:

- L'encéphalite à VIH : survient dans 15 à 20% des cas, se traduisant par des troubles des fonctions supérieures de la mémoire et l'installation progressive d'un syndrome démentiel, et à un stade évolué des déficits neurologiques.
- Le VIH peut aussi être responsable de myélite et de neuropathie périphérique, de glomérulonéphrite avec hyalinose segmentaire et focale entraînant une protéinurie voire un syndrome néphrotique pouvant évoluer vers l'insuffisance rénale.
- Atteintes hématologiques dont la plus connue est la thrombopénie.
- La pneumopathie interstitielle lymphoïde est une pneumopathie d'évolution chronique due à une infiltration du parenchyme par les lymphocytes CD8 favorisant la surinfection bactérienne récidivante.

Cette infiltration peut s'observer au niveau des nerfs périphériques, des organes hématopoïétiques, des reins, etc....

- Le syndrome cachectique lié au VIH : il s'agit d'une altération de l'état général avec un amaigrissement majeur dû à l'augmentation des dépenses énergétiques induites par le virus et la diminution des apports caloriques .

8-3-10- Principales Néoplasies Secondaires :

8-3-10-1- Maladie de Kaposi :

- C'est l'affection néoplasique la plus fréquente chez les personnes vivants avec le VIH, 20 à 40% des cas . Il s'agit d'une néoplasie endothélial d'origine

lymphatique ou vasculaire avec une prolifération des structures vasculaires . Le virus HHV8, du groupe herpès, serait incriminé dans sa pathogénie. Les localisations peuvent être cutanéomuqueuses (la plus fréquente) sous forme de nodules indolores de couleur violacée de taille variable. Tous les viscères peuvent être atteints : poumons, ORL, appareil digestif.

8-3-10-2- Lymphomes:

- La majorité est de type B immunoblastique (25-30%), à petites cellules non clivées type Burkitt (36-40%) ou à grandes cellules centroblastiques (10-30%).
- Hodgkin : sa fréquence est la même que dans la population générale , mais le stade IV survient plus fréquemment d'emblée.

8-3-10-3- Dysplasie du col utérin et carcinome in situ :

Il existe chez les patientes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une augmentation du risque d'infection à papilloma virus humain (HPV) [23].

Le type HPV est le même chez les patientes infectées ou non par le VIH , Mais il existe un taux plus important de persistance de ces infections chez les patientes VIH positives surtout dans le cas d'un sous type viral oncogène. La persistance du virus est associée au développement des lésions dysplasiques et il existe donc une incidence supérieure des CIN et des cancers du col chez des patientes VIH positives . Depuis 1993 le carcinome cervical infiltrant fait partie des critères d'entrée dans la maladie SIDA [26].

Le taux de récurrence après un traitement conservateur est plus élevé , c'est pourquoi certains auteurs suggèrent un traitement médical associé à un traitement chirurgical . Les formes invasives du cancer du col ont un pronostic plus sombre que chez les femmes VIH positives, du fait de l'agressivité particulière , des carcinomes du col utérin chez les femmes séropositives .

Le traitement standard comporte fonction du stade, l'âge, le désir ultérieur de grossesse, une chirurgie, ou une cryothérapie associée ou non à un taux de CD4 et de la gravité du SIDA. Le traitement ARV pourrait être renforcé, de même que la prophylaxie infectieuse.

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

La surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

9- CLASSIFICATION

Tableau I : Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 CDC 1993. In OMS [7]. Nombre de lymphocytes CD4 +

Catégories Cliniques			
Nombre de lymphocytes CD4+	A Asymptomatique ou primo-infection ou lymphadénopathie persistantes généralisées	B Patient symptomatique sous critère de non C	C SIDA
>500ml ou >29%	A1	B1	C1
200 à 499/ml ou 14 à 28%	A2	B2	C2
<200ml ou <14%	A3	B3	C3

CRITERES DE LA CATEGORIE B	CRITERES DE LA CATEGORIE C
<ul style="list-style-type: none"> • Angiomatose bacillaire • Candidose oropharyngée • Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement • Dysplasie du col carcinome in situ • Syndrome constitutionnel Fièvre >38,5 °C ou diarrhée >1mois • Leucoplasie chevelue de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire • Candidose œsophagienne • Cancer invasif du col utérin • Coccidioidomycose intra pulmonaire • Infection à CMV autre que foie, rate et ganglions • Rétinite à CMV avec perte de la vision

<p>langue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome • Purpura thrombocytopénique idiopathique • Salpingite en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens • Neuropathie périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Encéphalopathie au VIH • Infection herpétique :ulcères chroniques> 1mois ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne • Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire • Isosporose intestinale chronique>1mois • Sarcome de kaposi • Lymphome de Burkitt • Lymphome immunoblastique • Lymphome cérébral primaire • Infection à Mycobactérium avium ou M.Kansasii disséminée ou extra-pulmonaire • Infection à Mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra-pulmonaire • Infection à Mycobactérium tuberculosis quelque soit le site • Pneumopathie bactérienne récurrente • Toxoplasmose cérébrale • Syndrome cachectique du au VIH
--	---

Tableau II : Classification de BANGUI , 1985 (Définition clinique du SIDA de l'adulte en Afrique). In OMS [7]

La présence d'au moins deux signes majeurs associés à au moins un signe mineur , en l'absence d'autre cause d'immunodépression cellulaire.

SIGNES MAJEURS	SIGNES MINEURS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amaigrissements >10% ▪ Diarrhée chronique depuis plus d'un mois ▪ Fièvre (continue ou intermittente) \geq 1mois 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toux persistante depuis plus d'un mois ▪ Dermatite prurigineuse généralisée ▪ Zona récidivant ▪ Candidose oro-pharyngée ▪ Infections à herpès chronique ou disséminées ▪ Lymphadénopathie généralisée

10- ANOMALIES BIOLOGIQUES [22]:

- On retrouve des anomalies hématologiques isolées ou diversement associées :
- L'anémie chez 70% des patients, de type inflammatoire ou par myélodysplasie
- La thrombopénie dans 10 à 15% des cas par atteinte central ou périphérique
- La leucopénie avec neutropénie dans 50% des cas et une lymphopénie qui est presque constante
- On peut aussi trouver des troubles de l'hémostase dus à la présence d'anticorps anti phospholipide avec un temps de céphaline kaolin allongé
- Les anomalies de la fonction rénale sont l'hyponatrémies, l'insuffisance rénale par glomérulosclérose ou par toxicité des médicaments et l'insuffisance rénale aiguë par choc hypovolémique ou toxinique .

11- MOYENS DIAGNOSTIQUES:

11-1. Diagnostic Virologique:

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte est dans la grande majorité des cas basé sur la détection des anticorps.

11-1-1. Dépistage des Anticorps:

Il doit se faire par deux tests différents :

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

- ❖ Soit deux tests Elisa (Enzyme linked immunosorbent assay) mixtes détectant à la fois les anticorps anti VIH-1 et anticorps anti VIH-2.
- ❖ Soit un test Elisa mixte associé à un test Elisa VIH-1 mono spécifique;
- ❖ Soit un test Elisa mixte associé à un test rapide.

11-1-2. Confirmation:

Lorsque le test de dépistage est positif, un test de confirmation s'impose. Les tests de confirmation sont le Western blot (WB) et l'immunoblot .

Chez l'enfant né de mère séropositive, un diagnostic précoce et précis s'impose pour une prise en charge rapide. Les anticorps maternels pouvant persister jusqu'à l'âge de 15 mois chez l'enfant, le diagnostic sérologique ne peut se faire. D'autres techniques sont utilisées :l'isolement du virus à partir des lymphocytes de l'enfant, ou la mise en évidence de l'ADN viral dans les lymphocytes périphériques par méthode d'amplification génique (PCR).

11-2. Suivi Sérologique:

Pour le suivi sérologique des patients infectés, il est possible de mesurer l'ARN VIH1. Ce qui est encore appelé la charge virale. Cet examen est nécessaire avant l'instauration du traitement anti rétroviral ainsi que pour suivre son efficacité, mais non indispensable. La mesure de la charge virale et la mesure du taux de lymphocytes CD4+ dans le sang périphérique sont les meilleurs marqueurs prédictifs de l'évolution de l'infection.

12-PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE INFECTEE PAR LE VIH

12-1-Interrogatoire:

Il précise la date de la contamination ou le moment de sa découverte, le type du virus (VIH1 ou VIH2), les signes fonctionnels et généraux :

- ✓ Douleurs
- ✓ Fièvre
- ✓ Diarrhée
- ✓ Sueurs nocturnes.

12-2-Examen Physique:

12-2-1. Examen général:

L'examen général se fera appareil par appareil en prenant soins de noter toute modification par rapport à la normale.

Les mesures du poids, de la température, du pouls et de la tension artérielle seront effectuées.

Au terme de cet examen clinique qui se doit d'être méthodique et rigoureux des examens complémentaires seront pratiqués pour apprécier l'incidence de la grossesse sur l'infection et celui de l'infection sur la grossesse et seront complétés par les examens habituels de la surveillance de la grossesse (selon les normes et protocoles en vigueur).

12-2-2. Examen obstétrical:

Il s'attachera à évaluer l'évolution de la grossesse en précisant son caractère normal ou pathologique. On recherchera :

- ◆ L'activité cardiaque fœtale dont la présence signera une grossesse évolutive et l'absence la suspicion d'une mort fœtale ;
- ◆ Une hypotrophie par la mesure de la hauteur utérine ;
- ◆ Une menace d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré (contractions utérines douloureuses, modifications du col, écoulement du liquide amniotique, métrorragies) ;
- ◆ Une infection génital basse (vulvo-vaginite, cervicite, condylome).

12-3-Les Examens Complémentaires:

12-3-1. Le Dosage des CD4: Cet examen est essentiel dans la prescription ou non à la mère des antirétroviraux. Ainsi selon les protocoles de l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti rétroviraux (IMAARV) la tri thérapie ne sera administrée à la mère que pour un compte de CD4 < 350 cell/ml

12-3-2- La Charge Virale:

Elle détermine par des techniques de biologie moléculaire la quantité de particules virales libres dans le sang (ARN plasmatique) exprimée en nombre de copies par ml. La charge virale permet de suivre la progression de l'infection et d'évaluer son efficacité.

12-3-3. La Numération Formule Sanguine:

Elle permettra de découvrir une anémie éventuelle qui pourrait contre indiquer l'administration des ARV.

12-3-4. Le Dosage des Transaminases:

Il évalue la fonction hépatique. L'augmentation des transaminases supérieure à 2,5 fois la normale constitue une contre-indication à l'administration des ARV.

12-3-5. La Créatininémie :

Elle apprécie la fonction rénale. Une insuffisance rénale est une contre indication à l'administration des ARV.

12-3-6. L'Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU):

Il permet de mettre en évidence une infection urinaire , la nature du ou des germes (par la culture) et l'antibiogramme précisera les antibiotiques à administrer.

12-3-7. Les Prélèvements Vaginaux:

Ils seront effectués devant une infection génitale basse afin de déterminer le ou les germes en cause pour leur éradication.

13-MOYENS DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION

MERE ENFANT DU VIH:

Comme moyens de prévention de la transmission mère enfant, nous disposons de:

13-1. Prophylaxie anti rétrovirale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant:

Cette prophylaxie a pour objectif de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et en postpartum.

Le protocole thérapeutique chez la femme séropositive doit prendre en compte plusieurs facteurs :

- L'état clinique et immunologique de la mère
- Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement
- Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral

(disponibilité des ARV, disponibilité des prescripteurs, accessibilité de la structure de référence)

- L'option d'alimentation.

Trois groupes d'ARV sont utilisés:

- *Les inhibiteurs nucléotidique/nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)* sont les premiers ARV dont l'efficacité a été démontrée ; deux associations fixes d'INTI sont recommandées préférentiellement en raison de leur efficacité, leur tolérance et leur simplicité d'emploi (un comprimé par jour) : Ténofovir disoproxil fumarate (TDF)/Lamivudine (3TC), cette association est plus efficace tant sur le plan virologique qu'immunologique et mieux tolérée que l'association Zidovudine (AZT)/Lamivudine (3TC) en association avec Efavirenz. [38]

- *Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)* ont une activité anti rétrovirale modeste, exposant à une sélection rapide de mutants ; et ne sont pas actifs sur la transcriptase inverse du VIH2 ; il s'agit essentiellement de la rilpivirine, la névirapine (NVP) et l'Éfavirenz . [27]

- *Les inhibiteurs de protéase (IP)* : Cette classe d'antirétroviraux, combinée aux INTI a permis de révolutionner la thérapeutique antirétrovirale. En effet, la puissance intrinsèque des molécules de cette classe est grande et ne comporte pas de résistance croisée avec les inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI ou INNTI) . Les IP agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une enzyme clé, la protéase virale.

L'inhibition de cette étape clé de la réplication conduit à la production de virions défectifs incapables d'infecter de nouvelles cellules. Les IP sont actifs sur le VIH-1 et le VIH-2.

Les IP actuellement disponibles sont : atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, fosamprenavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir, saquinavir/ritonavir, tipranavir/ritonavir, raltégravir, dolutégravir, enfuviride, maraviroc.

Actuellement il est recommandé d'utiliser de prescrire tout IP (en dehors du neffinavir), en association avec le ritonavir à faible dose (100 mg) une fois par jour, à visée de renforcement pharmacologique (<<boosting>>), du fait des propriétés suivantes:

- le ritonavir est un puissant inhibiteur enzymatique du cytochrome P450. A faible dose il entraîne une augmentation importante des concentrations de l'IP qui lui est associé, permettant une diminution du nombre de prise et un espacement des doses ;
- il est bien toléré à faibles doses;
- il rend possible les associations d'IP aux INNTI en annulant leurs interactions néfastes.

De nombreux essais thérapeutiques et cliniques sont effectués dans le monde pour évaluer l'efficacité des ARV dans la réduction de la TME de l'infection. Cependant, les enjeux varient selon les continents et selon le niveau socio économique des pays.

Dès 1994, on a démontré qu'une administration longue de Zidovudine (AZT) dès la 14^{ème} semaine de grossesse puis au cours du travail par voie IV réduisait le risque de transmission de deux tiers, de 26% à 8% [32, 33].

Des schémas plus simples et pouvant être appliqués à un stade tardif de la grossesse, ont été testés en Asie du Sud-Est (Thaïlande) et en Afrique (Côte-d'Ivoire et Burkina Faso) ; ils ont confirmé l'efficacité de l'AZT en prophylaxie sur des durées d'administration variables, celle-ci étant supérieure en cas d'allaitement artificiel [32].

Le faible coût de ce traitement (environ 2 dollars-US) en fait un protocole de choix dans les pays en voie de développement et/ou à revenu très faible. Selon les nouvelles recommandations de 2013, l'OMS préconise le traitement antirétroviral (TARV) à vie pour toute femme enceinte et allaitante infectée par le VIH quel qu'en soit le stade clinique ou le nombre de CD4. [37]

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

La prophylaxie médicamenteuse a pour objectif de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Au Mali cette prophylaxie antirétrovirale doit s'intégrer dans un programme global qui comprend :

- La prévention primaire de l'infection par le VIH.
- La prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH
- La prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant.
- Le traitement, soins et soutien [nutritionnel et psychosocial] pour la femme infectée par le VIH, son enfant et sa famille.

Dans le protocole thérapeutique malien ; le TARV doit être initié chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH sans considérer les stades cliniques de l'OMS ni les CD4 et être poursuivi à vie. Ce traitement tient compte des situations suivantes:

13-1-1. Traitement prophylactique chez la mère séropositive au VIH :

A. Cas du VIH-1

a-Traitement antirétroviral de la femme enceinte séropositive

❖ Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :

Continuer le TRAV déjà initié s'il est efficace et bien toléré ;

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

Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé

Le schéma préférentiel recommandé est:

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

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

- Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP) ;
- Zidovudine 5azt° + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) ;

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP).

b- Traitement antirétroviral de la femme séropositive pendant l'accouchement

- ❖ Femme séropositive sous traitement ARV : Continuer le TARV

- ❖ Femme séropositive non suivie et non traitée qui est travail : il faut initier une trithérapie suivant l'un des schémas suivants :

Le schéma préférentiel recommandé est :

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

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

- Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP) ;
- Zidovudine 5azt° + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) ;
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP). [38]

B. Cas du VIH-2 OU VIH 1+2 :

La transmission du VIH-2 de la mère à l'enfant est faible. L'Efavirenz (EFV) et la Névirapine (NVP) ne sont pas efficaces contre le VIH-2.

a-Femmes séropositive pendant la grossesse :

- ❖ **Femme ayant débuté sa grossesse sous TARV :**

Continuer le TRAV déjà initié s'il est efficace et bien toléré ;

- ❖ **Femme débutant sa grossesse en l'absence de TARV :**

Débuter le traitement ARV dès que le diagnostic VIH est confirmé.

Le schéma préférentiel recommandé sera :

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r).

b-femme séropositive pendant l'accouchement

- ❖ **Femme séropositive sous TARV :** Continuer le traitement ARV

- ❖ **Femme séropositive non traitée qui est en travail,** il faut initier l'un des schémas suivants :

- ❖ Le schéma préférentiel recommandé sera :

- ❖ Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

- ❖ Les schémas optionnels suivants sont possibles :

- ❖ Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

- ❖ Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r).

13-1-2. Traitement prophylactique chez le nouveau-né d'une mère VIH+ :

La prophylaxie chez le nouveau-né de mère séropositive est fonction du type de VIH de la mère, du risque et le mode d'alimentation du nouveau-né.

A. Cas du VIH-1 :

a. Cas de nouveau-né à risque élevé :

Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

- Si la CV de la mère est supérieure à 1000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en post-partum.

Dans ces cas, il faut donner :

Une BITHÉRAPIE (Névirapine (NVP) sirop + Zidovudine (AZT) sirop)

chez le nouveau-né allaité aux seins pendant 12 semaines, en réajustant la posologie en fonction du poids après 6 semaines. Chez le nouveau-né sous alimentation de remplacement donner une bithérapie pendant 6 semaines.

Pour tout nouveau-né de mère séropositive au VIH à risque élevé, il faut faire un prélèvement pour la PCR ADN :

- Si le résultat revient positif, référer l'enfant pour une **Trithérapie** ;
- Si le résultat est négatif, continuer la prophylaxie (**Bithérapie**).

Tout nouveau-né de mère séropositive au VIH reçu, en dehors des 72 heures requises pour la prophylaxie de la transmission de la mère à l'enfant du VIH, traiter comme nouveau-né à risque élevé en tenant compte du mode d'alimentation.

b. Cas de nouveau-né à risque faible :

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

- Si la CV de la mère est inférieure à 1000 copies/ml 4 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement,

Dans ces cas donner une **MONOTHERAPIE** :

- Cas de nouveau-né allaité : il faut donner ;
 - **NVP sirop : 2 mg/kg/j** à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
 - En cas de toxicité ou de non disponibilité de la Névirapine utiliser de préférence :
 - **3TC sirop : 2 mg/kg/j** à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
- Cas de nouveau-né sous alimentation de remplacement : il faut donner ;
 - **AZT sirop : 2 mg/kg/j** à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
 - Si la mère n'a pas reçu les ARV pendant la grossesse, la prophylaxie chez le nouveau-né continuera jusqu'à 12 semaines. Réajuster à partir de 6 semaines la dose à administrer en fonction du poids.

Le mode de calcul en ml est le suivant :

- Névirapine(10mg/ml) : poids de naissance x 0,2ml en une dose journalière
- 3TC (10mg/ml) : poids de naissance x 0,2ml matin et soir
- AZT (5mg/ml) : poids de naissance x 0,4ml matin et soir

B. Cas du VIH-2 OU VIH 1+2 :

- ❖ Si la mère est bien traitée donner AZT pendant 6 semaines
- ❖ Si dépistage tardif de la mère donner AZT+3TC pendant 12 semaines.

NB : Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2.

13-2. Autres Médicaments

⇒ Vis à vis de la grossesse : il s'agit de médicaments permettant l'induction ou la direction du travail :

- Prostaglandines E2 ou F2 sous forme d'ovules ou de gel
- Dérivés de l'ocytocine

⇒ Vis à vis des complications de l'infection à VIH: on utilise les antimycosiques tels que l'Econazole, le Miconazole ou le Fluconazole sous forme d'ovules ou de gélules.

13-3- Méthodes et mesures obstétricales de prévention de la transmission mère enfant du VIH : ce sont essentiellement:

- L'aspiration intra-utérine manuelle ou électrique,
- La césarienne.

13-3-1. Indications:

La prise en charge de cette association est délicate et doit tenir compte d'un ensemble de facteurs, notamment :

- L'intérêt de la femme ou du couple pour la grossesse
- L'âge gestationnel
- Le stade évolutif de l'infection

Ces facteurs doivent être analysés en tenant compte du contexte social , culturel et législatif.

13-3-2. Préalables

La femme doit être informée de son statut. Cette annonce est difficile, particulièrement lors d'un dépistage systématique au cours de la grossesse. Il est souhaitable que celui-ci ait lieu dans le cadre d'un programme global de prévention de la TME du VIH. Le personnel doit faire preuve d'écoute, de patience, et d'empathie.

Les informations nécessaires (transmission périnatale, allaitement, prévention médicamenteuse, possibilité de contamination de la descendance et du partenaire) doivent être données de façon claire et compréhensible , dans un cadre collaboratif et en toute confidentialité. Une implication du partenaire facilitera le suivi médical et la prise en charge psychosociale.

13-3-3. Conduite à tenir :

La prise en charge est multidisciplinaire, associant obstétricien, infectiologue, pédiatre, virologue, assistante sociale ou psychologue.

Une décision sera prise en toute connaissance avec le couple, sur la poursuite de la grossesse. Devant un tableau de SIDA, une interruption médicale de grossesse (IMG) peut être demandée par la patiente ou son médecin. Durant la

phase asymptomatique, l'on optera pour la poursuite de la grossesse , où seule la mise en jeu du pronostic vital maternel justifie l'IMG.

13-3-3-1. Au cours de la grossesse:

✚ Au plan obstétrical:

L'IMG, si indiquée, sera réalisée dès le premier trimestre par une aspiration intra-utérine (électrique ou manuelle). Au delà, la préférence ira aux méthodes médicamenteuses (anti progestérones et anti prostaglandines).

En cas de poursuite de la grossesse qui sera alors considérée comme à risque, les consultations seront rapprochées (mensuelles).

Le suivi obstétrical sera orienté vers la recherche d'infections génitales.

Le bilan biologique comprendra une numération formule sanguine avec numération des lymphocytes CD4, un dosage de la créatininémie, celui des transaminases hépatiques (ASAT et ALAT) et la recherche AgHbs si disponible, une mesure de la charge virale plasmatique.

La réalisation d'un frottis cervical ou de la colposcopie permettra de vérifier l'absence d'anomalie de dysplasie ou de processus néoplasique.

Une surveillance échographique permettra d'effectuer une datation précise, et de dépister un éventuel retard de croissance.

La question de l'allaitement sera abordée suffisamment tôt.

Les mesures de prévention de la transmission mère enfant (TME) sont en rapport avec les facteurs de risque suivants favorisant la TME :

- Dépister et traiter énergiquement toutes les infections du tractus génital et les IST
- Dépister et traiter les menaces d'accouchement prématuré (MAP) et les chorioamniotites en cas de rupture des membranes.
- Eviter les amnioscopies, les versions par manœuvre externe (VME) , le cerclage du col, lorsque l'indication est indiscutable doit être précédé par une prophylaxie antirétrovirale au moins 15 jours avant le geste. [34]
- Eviter autant que faire se peut les gestes invasifs tels que les amniocentèses ou les entourer d'une asepsie et de précautions techniques rigoureuses après une prophylaxie antirétrovirale.

- Prévoir une césarienne élective à partir de 38 SA si la femme est mal suivie ou si traitement ARV institué tardivement ou si charge virale élevée. Seront contre-indiqués, le cerclage, le diagnostic anténatal par les méthodes invasives (amniocentèse), les manœuvres obstétricales telles que les versions et celles instrumentales (amnioscopie, etc).

Au troisième trimestre, la pratique de prélèvements pour examen bactériologique permettra le dépistage d'infections génitales basses à traiter impérativement.

Le choix de la voie d'accouchement ne dépendra que de critères obstétricaux, la pratique d'une césarienne pour l'indication infectieuse n'ayant pas d'intérêt en cas de trithérapie efficace.

Au plan infectiologique et biologique :

Le traitement ARV institué sera une trithérapie associant 2INTI et un INNRT ou 2INTI et un IP en l'absence de contre-indications : taux d'hémoglobine < 8 g/dl, neutropénie $< 750/\text{mm}^3$ (AZT), ASAT $> 2,5$ fois la normale, et créatininémie $> 130\mu\text{mol/l}$ (IP). Les effets secondaires à type de nausées, rash cutané, d'anémie de neutropénie et de neuropathie doivent être connus. Si la gestante est vue tardivement, au-delà de 36 SA, l'on optera pour 2 INTI associés à un IP boosté.

Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme par la Sulfadoxine pyriméthamine (SP) à commencer à partir du 4^{ème} mois (16 semaines) en raison d'une dose à 1 mois d'intervalle jusqu'à l'accouchement. Si la femme était sous cotrimoxazole avant la grossesse, l'arrêter et le substituer par la SP.

Si le taux des lymphocytes TCD4 est supérieur à $350/\text{mm}^3$ et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue.

La chimio prophylaxie à l'isoniazide 5mg/kg/j pendant 6 mois chez les femmes enceintes séropositives indemnes d'une tuberculose active.

Les infections sexuellement transmissibles notamment la syphilis sera recherchée et traitée.

13-3-3-2. A l'accouchement:

◆ L'accouchement doit adopter les précautions habituelles de protection devant tout sujet séropositif : port de lunettes, de masque, de blouse, double paires de gants.

◆ En cas de rupture prématurée des membranes, les indications de césarienne seront élargies afin de limiter le risque de contamination fœtale par voie ascendante qui sera significativement majoré au-delà de 4 heures.

◆ Au cours du travail, l'anesthésie péridurale garde ses indications habituelles. Il n'existe pas d'anomalie dynamique à rattacher à l'infection. Le tractus génital sera désinfecté par une application vaginale systématique de dakin ou de chlorexidine. Les gestes invasifs entraînant des microlésions cutanées fœtales sont à proscrire, et les extractions instrumentales seront prudentes.

◆ A l'expulsion, il faudra être sobre d'épisiotomie.

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

- Respecter les règles de la prévention des infections pendant les soins et traitement.
- Sectionner le cordon après accouchement sans le traire.
- Manipuler le nouveau-né avec prudence.
- Aspirer uniquement en cas de liquide méconial.
- Laver immédiatement le nouveau-né dans un bain antiseptique.
- Assécher le nouveau-né avec une serviette.
- S'assurer du choix d'alimentation du nouveau-né.
- Administrer la vitamine K, pommade à la tétracycline, ou collyre antibiotique pour les yeux.
- Si l'AgHBS est positive chez la mère, il est recommandé de vacciner l'enfant à la naissance. [38]

13-3-3-3. Après Accouchement:

L'allaitement artificielle est le mode d'alimentation le plus efficace dans la prévention de la transmission mère enfant du VIH car il réduit le taux de transmission de 10% [28].

La prophylaxie chez le nouveau-né de mère séropositive est fonction du type de VIH de la mère, du risque et le mode d'alimentation du nouveau-né.

13-3-3-3-1. Cas du VIH-1 :

c. Cas de nouveau-né à risque élevé :

Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

- Si la CV de la mère est supérieure à 1000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en post-partum.

Dans ces cas, il faut donner :

Une BITHÉRAPIE (Névirapine (NVP) sirop + Zidovudine (AZT) sirop)

chez le nouveau-né allaité aux seins pendant 12 semaines, en réajustant la posologie en fonction du poids après 6 semaines. Chez le nouveau-né sous alimentation de remplacement donner une bithérapie pendant 6 semaines.

Pour tout nouveau-né de mère séropositive au VIH à risque élevé, il faut faire un prélèvement pour la PCR ADN :

- Si le résultat revient positif, référer l'enfant pour une **Trithérapie** ;
- Si le résultat est négatif, continuer la prophylaxie (**Bithérapie**).

Tout nouveau-né de mère séropositive au VIH reçu, en dehors des 72 heures requises pour la prophylaxie de la transmission de la mère à l'enfant du VIH, traiter comme nouveau-né à risque élevé en tenant compte du mode d'alimentation.

d. Cas de nouveau-né à risque faible :

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

- Si la CV de la mère est inférieure à 1000 copies/ml 4 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement,

Dans ces cas donner une **MONOTHÉRAPIE** :

- Cas de nouveau-né allaité : il faut donner ;
 - **NVP sirop : 2 mg/kg/j** à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
 - En cas de toxicité ou de non disponibilité de la Névirapine utiliser de préférence :
 - **3TC sirop : 2 mg/kg/j** à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
- Cas de nouveau-né sous alimentation de remplacement : il faut donner ;
 - **AZT sirop : 2 mg/kg/j** à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
 - Si la mère n'a pas reçu les ARV pendant la grossesse, la prophylaxie chez le nouveau-né continuera jusqu'à 12 semaines. Réajuster à partir de 6 semaines la dose à administrer en fonction du poids.

Le mode de calcul en ml est le suivant :

- Névirapine(10mg/ml) : poids de naissance x 0,2ml en une dose journalière
- 3TC (10mg/ml) : poids de naissance x 0,2ml matin et soir
- AZT (5mg/ml) : poids de naissance x 0,4ml matin et soir

13-3-3-2. Cas du VIH-2 OU VIH 1+2 :

- ❖ Si la mère est bien traitée donner AZT pendant 6 semaines
- ❖ Si dépistage tardif de la mère donner AZT+3TC pendant 12 semaines.

NB : Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2.

Le conseil en alimentation du nourrisson doit se faire à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement).

Le choix du mode d'alimentation doit être éclairé et se fera entre :

- ✚ Un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage à 12 mois.
- ✚ Une alimentation artificielle si les conditions suivants sont réunies :
alimentation acceptable, faisable, abordable financièrement, durable dans le temps et sûres. (AFADS)

NB : L'alimentation mixte est proscrite.

Le suivi de l'enfant exposé au VIH doit se faire à un rythme mensuel, les paramètres de croissance doivent être surveillés à chaque visite.

Dans les suites de couches: on recherchera la survenue d'endométrite chez la mère, de pneumopathie ou d'infection urinaire . La prise en charge psychologique doit être renforcée.

A distance : il faut assurer une contraception efficace avec deux impératifs: éviter la survenue d'une grossesse inappropriée , et la surinfection du partenaire. Ces deux contraintes peuvent être assurées dans le cadre de la planification familiale associant la prise de la pilule et l'utilisation systématique du préservatif. Le diagnostic définitif de séropositivité ou de séronégativité ne se fera qu'à 18 mois de vie à partir d'une sérologie VIH ; période à partir de laquelle tous les anticorps maternels disparaissent chez l'enfant .

IV-METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans les 16 sites PTME de la commune VI du district de Bamako. Parmi les sites il y'a 11 CSCOM (ASACOMA, ASACONIA, ANIASCO, ASACOBFAFA, ASACOSE, ASACOSO, ASACOFA, ASACOFYR, ASACOSODIA, ASACOMIS, ASACOCY), 3 Structures parapubliques (MIPROMA, DEMBA NYUMA, CENI), une Clinique privée et le CSRéf C.VI .

4.1.1. LOGISTIQUE

Tableau V : Situation de la logistique au niveau du CSRéf (janvier 2016)

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	4
Médecin généraliste	7
Médecin chirurgien	3
Pharmacien	1
Médecin santé publique	1
Etudiants thésards	14
Radiologue	1
Médecin anesthésiste réanimateur	1
Chirurgien dentiste	1
Assistants médicaux	21
Administrateur de l'Action sociale	1
Ingénieur Sanitaire	3
Gestionnaire	1
Infirmier diplômé d'Etat	8
Technicien Supérieur de laboratoire	2
Technicien Supérieur d'hygiène Assainissement	4
Sages-femmes	34
Technicien de laboratoire	2
Infirmiers Santé Publique	12
Infirmières Obstétriciennes	12
Techniciens sanitaires	9
Secrétaire	7
Comptable	4

Qualification	Nombre
Aide Comptable	4
Aides-soignantes	12
Matrones	3
Documentaliste	1
Maintenance	1
Planton	1
Chauffeurs	4
Chauffeurs mécaniciens	1
Gardiens	3
Manœuvres	11
Lingères	2
Total	285

4.1.2. Fonctionnement du service :

Un staff médical et administratif se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques les Lundis, Mardis, Mercredis et les Vendredis. Le dépistage du cancer du col de l'utérus du lundi au vendredi.

Une séance d'échographie par semaine.

Un programme opératoire réservé aux Mercredis et jeudis.

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé.

Une équipe de garde assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées.

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi.

4.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données.

4.3 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur les 16 sites PTME de la commune VI, couverte la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2017.

4.4. Population d'étude :

Notre étude a concerné tous les prestataires des sites PTME de la commune VI du District de Bamako.

4.5. Echantillonnage :

➤ **Critères d'inclusion:** Ont été retenus dans notre étude

- ❖ Les prestataires présents les jours de l'enquête ayant donné leur consentement.
- ❖ Les prestataires ayant au moins 1 an de service à la maternité.

➤ **Critères de non inclusion :**

Tous les prestataires ne répondant pas à un de nos critères d'inclusion étaient exclus dans notre étude.

4.6. Variables

a. Caractéristiques sociodémographiques des prestataires : âge, profession, structure du prestataire ;

b. Connaissance des prestataires sur la PTME :

L'appréciation des connaissances a porté sur les éléments suivants

- Voies de transmission mère enfant du VIH ;
- Moment de faire le test VIH à la femme enceinte ;
- Moment de TME du VIH ;
- Moyens de prévention de la TME du VIH,
- Pratiques à haut risque de TME du VIH ;
- Mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ ;
- Mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ ;
- Mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ en travail;
- Moyens de prévention du paludisme chez une séropositive ;
- Schéma d'ARV en vigueur au Mali ;
- Moyens de prévention de la tuberculose chez une séropositive ;
- Moment de faire le test VIH chez le nouveau né ;
- Mesures non médicamenteuses de la prise en charge du nouveau né de mère VIH+ ;

- Mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau né de mère VIH+ ;
- Mode d'allaitement du nouveau né de mère séropositive.

c. Attitudes et pratiques des prestataires :

- Respect des bonnes pratiques obstétricales en matière de PTME du VIH ;
- Proposition systématique d'une consultation postnatale aux mères séropositives ;
- Orientation des femmes VIH+ vers les autres services de la santé de reproduction.

4.7. Techniques et outils de collecte des données :

L'entretien individuel a été la technique utilisée.

Cet entretien a été fait avec les prestataires des soins présents dans les maternités des structures concernées ; en prenant deux à trois jours pour le CSRéf et les CSCOMS, un à deux jours pour les structures para-cliniques, un jour pour la Clinique ; suivant le programme d'activité du service. Il a été fait avec les prestataires qui ont été interrogés avec un questionnaire semi structuré.

4.8. Déroulement de l'étude :

Les autorités administratives et sanitaires ont été informées de la réalisation de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données signée par le Médecin Chef du CSRéf de la commune 6 du District de Bamako.

La collecte des données a été effectuée par le candidat appuyée par un médecin.

4.9. Saisie et analyse informatique des données:

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Excel version 2007 et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0. Nous avons utilisé le test de khi-2 pour le test statistique. $P = 0,601$.

4.10. Aspect éthique

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectés. Un consentement éclairé a été obtenu aux enquêtés avant le démarrage des entretiens. Elles étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien. Les résultats obtenus feront l'objet d'une large diffusion auprès des instances de décisions en matière de santé de la reproduction dans notre pays et dans la sous-région.

V-RESULTATS

5-1-Fréquence :

Au cours de notre étude 110 prestataires étaient interrogés ; parmi ces prestataires 50% sont des Sage Femmes, 30,90% des Infirmières Obstétriciennes, 10,90% sont des Etudiants en Thèse et 8,18% des Médecins généralistes.

5-2-Caractéristiques sociodémographiques :

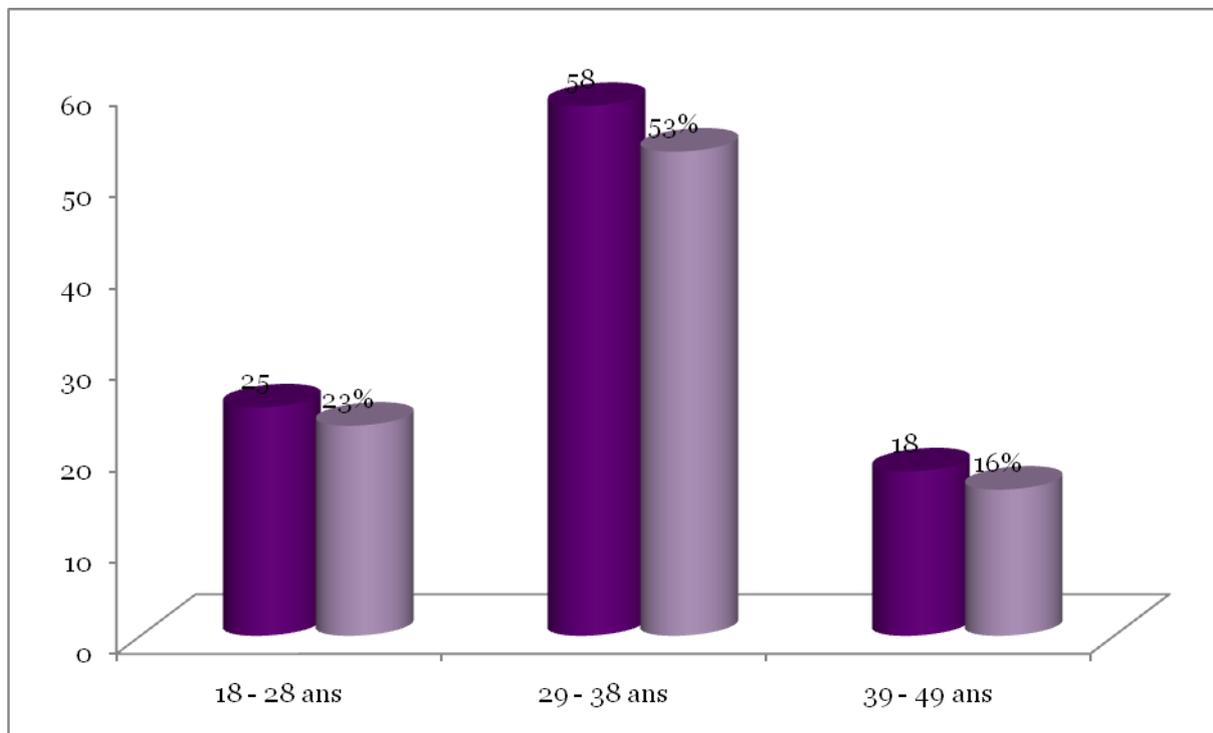


Figure IV : Répartition des prestataires selon l'âge (année)

Parmi les prestataires 53% avaient un âge compris entre 29 à 38 ans avec un âge médian de 34 ans.

Tableau VII : Répartition des prestataires selon les structures sanitaires

Structure	Effectif	(%)
CSRéf	25	22,73
Clinique privée	3	2,73
CSCom	62	56,36
Centre para clinique	20	18,18
Total	110	100

56,36% des prestataires étaient dans les CSCOM.

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

Tableau VIII : Répartition des prestataires selon leur profession

Profession	Effectif	(%)
Infirmière Obstétricienne	34	30,90
Sage-femme	55	50,0
Etudiant en thèse	12	10,90
Médecin généraliste	9	8,18
Total	110	100

Parmi les prestataires 50,0% étaient des sages-femmes, suivies des infirmières obstétricales avec 30,90%.

Tableau IX : Répartition des prestataires selon la formation reçue en PTME

Formation reçue en PTME	Effectif	(%)
Oui	32	29,09
Non	78	70,91
Total	110	100

Nous avons 70,91% des prestataires qui n'ont pas reçu de formation en PTME. Parmi cet effectif 32 % sont dans les CSCOM, 21 % dans le CSRéf, 15,70 % au niveau des structures para-cliniques et 2,21% dans la clinique médicale.

5-3-CONNAISSANCE DES PRESTATAIRES :

Tableau X: Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les voies de TME du VIH

Voies de TME du VIH	Effectif	(%)
A travers la barrière placentaire	24	29,63
Au moment de l'accouchement à travers le cordon ombilical	4	4,94
Au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et l'allaitement	53	65,43
Total	81	100

Au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et l'allaitement ont été cités par 65,43% des prestataires comme voies de TME du VIH.

Tableau XI : Répartition des prestataires selon leurs avis sur la connaissance du moment de faire le test VIH à la femme enceinte

Moment de faire le test VIH à la femme enceinte	Effectif	(%)
Dès le 1 ^{er} contact	65	59,10
Au cours de la grossesse	25	22,73
Sensibiliser et faire la causerie	5	4,55
Quand la grossesse est confirmée	5	4,55
Aucune réponse	10	9,10
Total	110	100

Dès le 1^{er} contact a été cité par plus de la moitié des prestataires comme moment de faire le test VIH à la femme enceinte soit 59,10%

Tableau XII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les moments de TME du VIH

Moments de TME du VIH	Effectif	(%)
Au cours de la grossesse, pendant le travail d'accouchement, l'accouchement et l'allaitement	55	58,51
Accouchement et allaitement	13	13,83
Accouchement, grossesse et allaitement	15	15,96
Pendant le 3 ^e trimestre	2	2,13
Rapport sexuel non protégé et accouchement	2	2,13
Allaitement	2	2,13
Rapport sexuel non protégé et ne pas interrompre le traitement des ARV	1	1,06
Charge virale élevée, taux de CD4 bas, rupture précoce des membranes, épisiotomie	4	4,26
Total	94	100

Plus de la moitié des prestataires (58,51%) ont cité au cours de la grossesse pendant l'accouchement et l'allaitement comme moment de TME du VIH.

Tableau XIII : Relation entre la profession et la connaissance du moment de faire le test VIH à la femme enceinte

Moment de faire le test VIH à la femme enceinte	Profession				Total
	Infirmière obstétricienne	Sage femme	Médecin généraliste	Thésard	
Dès le 1 ^{er} contact	34	31	0	0	65
Au cours de la grossesse	0	24	1	0	25
Sensibiliser et faire la causerie	0	0	5	0	5
Quand la grossesse est confirmée	0	0	3	2	5
Aucune réponse	0	0	0	10	10
Total	34	55	9	12	110

Le khi-deux=0,124 ; la P=0,601 .Il y'a pas de relation statistiquement significative entre la profession et la connaissance du moment de faire le test VIH à la femme enceinte.

Tableau XIV : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les moyens de prévention de la TME du VIH

Moyens de prévention de la TME	Effectif	(%)
Abstinence, fidélité, éviter les objets tranchants	7	7,37
Abstinence, préservatif	6	6,32
Par la prise d'ARV pendant la grossesse et au cours du travail, clampage du cordon immédiatement après l'accouchement, bain antiseptique du nouveau-né,	23	24,21
Dépistage du SIDA des femmes enceintes	28	29,48
Dépistage et fidélité	2	2,11
Dépistage précoce, bain antiseptique du nouveau-né	15	15,79
Dépistage précoce et la mise précoce sous ARV	10	10,53
Prise d'ARV si mère séropositive, se protéger, rendre les matériels stériles au moment de l'accouchement	1	1,05
Stérilisation, décontamination, désinfection	1	1,05
Suivi prénatal régulier, prise régulière des médicaments	2	2,11
Total	95	100

Le dépistage précoce des femmes enceintes a été cité par le plus grand effectif des prestataires soit 29,48% comme moyen de prévenir la TME du VIH.

Tableau XV : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les bonnes pratiques obstétricales à moindre risque en matière PTME

Pratiques obstétricales à moindre risque	Effectif	(%)
Accouchement dans les conditions d'asepsie	9	10,23
Utilisation d'alèze et d'antiseptique au moment du travail d'accouchement	11	12,50
Se protéger au cours des CPN et au cours de l'accouchement	12	13,64
Eviter les touchers intempestifs et l'amiotomie avant 10cm de dilatation du col	12	13,64
Lavage des mains, évacuation des déchets souillés, désinfection, stérilisation et décontamination des matériels	9	10,23
Utilisation d'antiseptique au cours du travail, amiotomie à dilatation complète	16	18,18
Mesure d'asepsie au cours de l'accouchement, prévention de l'infection	10	11,36
Se protéger, port de gants stériles, alèze, bavette, blouse, tablier, utilisation d'eau de javel	9	10,23
Total	88	100

Utilisation d'antiseptique au cours du travail, amiotomie à dilatation complète ont été les plus cités soit 18,18% des cas comme la bonne pratique obstétricale à moindre risque.

Tableau XVI : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+

Mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+	Effectif	(%)
Counseling et dépistage	38	48,10
Contrôle nutritionnel, counseling	8	10,13
Suivi régulier des CPN+MII	11	13,92
Se protéger au cours du rapport sexuel	8	10,13
Préparation psychologique, soutien moral	8	10,13
Port de préservatif	6	7,59
Total	79	100

Le counseling et dépistage ont été les plus cités (48,10%) comme mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+.

Tableau XVII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+

Mesures médicamenteuses de la prise en charge en charge de la femme enceinte VIH+	Effectif	(%)
Prise des ARV + SP	24	27,91
Trithérapie	10	11,63
Prophylaxie ARV	36	41,86
ARV et traitement des infections opportunistes et autres pathologies	16	18,60
Total	86	100

Le plus grand effectif des prestataires soit 41,86% ont cité la prise des ARV comme mesure médicamenteuse de la prise en charge de la femme enceinte VIH+.

Tableau XVIII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ en travail

Mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH + en travail	Effectif	(%)
ARV	29	53,70
Prise de la Névirapine comprimé au cours du travail d'accouchement et les ARV	25	46,30
Total	54	100

Moins de la moitié des prestataires (46,30%) cite la prise de la Névirapine au cours du travail d'accouchement et les ARV comme mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ en travail.

Tableau XIX : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les moyens de prévention du paludisme chez une séropositive

Moyens de prévention	Effectif	(%)
ARV+MII+SP+Cotrimoxazole cp	34	47,22
Utilisation MII, prise de SP	33	45,83
TDR si positif donné antipaludéen	5	6,94
Total	72	100

Dormir sous moustiquaire imprégné d'insecticide, prise des ARV, de la SP du Cotrimoxazole comprimé ont été les plus cités comme moyens de prévenir le paludisme chez une séropositive soit 47,22% .

Tableau XX : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur le schéma d'ARV en vigueur au Mali (Cas du VIH-1)

Schémas d'ARV en vigueur au Mali	Effectif	(%)
d4T+3TC+NVP	9	8,18
AZT+3TC+NVP	20	18,18
TDF+3TC+NVP, AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP	16	14,54
Trithérapie	8	7,27
TDF+3TC+LPV/r, AZT+3TC+LPV/r	12	10,91
TDF+3TC+AZT	8	7,27
TDF+3TC+EFV	17	15,45
TDF+3TC+EFV, TDF+3TC+NVP, AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP	11	10,00
Schéma préférentiel, schéma optionnel	9	8,18
Total	110	100

AZT+3TC+NVP sont les plus cités par les prestataires (18,18%) comme schéma d'ARV en vigueur au Mali.

Tableau XXI : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les moyens de prévention de la tuberculose chez une séropositive

Moyen de prévenir	Effectif	(%)
Traitement ARV et l'observance	19	43,18
Traitement avec ISONIAZID	3	6,82
Dépistage précoce	7	15,91
Dépistage puis la bonne observance dans le traitement	3	6,82
96% des personnes VIH+ sont toujours tuberculeux	3	6,82
Maintenir un taux de CD4 bas par la prise d'ARV	6	13,64
Isoler la malade, se protéger contre les instruments infectés	3	6,82
Total	44	100

Le traitement ARV et l'observance ont été le plus cité par les prestataires (43,18%) comme moyens de prévenir la tuberculose chez une séropositive.

Tableau XXII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur le diagnostic précoce des nouveau-nés de mères séropositives

Diagnostic précoce	Effectif	(%)
Dépistage précoce	20	34,48
Détermine (Test HIV)	13	22,41
PCR	15	25,86
Test rapide	10	17,24
Total	58	100

Le dépistage précoce a été le plus cité par les prestataires (34,48%) comme diagnostic précoce

Tableau XXIII: Répartition des prestataires selon leurs avis sur la conduite à tenir lorsque PCR 1 est positif

Lorsque PCR1 est positif	Effectif	(%)
PCR 2 à 18 mois	14	12,73
Faire le PCR2 un mois après	14	12,73
Immédiatement PCR2	49	44,55
Maitre sous ARV	18	16,36
Cotrimoxazole comprimé	15	13,64
Total	110	100

Faire immédiatement PCR2 a été cité par 44,55% des prestataires comme mesure à prendre lorsque PCR1 est positif.

Tableau XXIV : Répartition des prestataires selon leurs avis sur la conduite à tenir lorsque PCR 2 est positif

Lorsque PCR2 est positif	Effectif	(%)
A 6 mois après accouchement	17	15,45
Prise des ARV et le suivi régulier à l'USAC	34	30,91
Référer l'enfant vers une structure de soins et de traitement respecté du calendrier de vaccination	22	20,0
Faire PCR 3	21	19,10
Référer l'enfant à l'USAC	16	14,55
Total	110	100

Prise des ARV et le suivi régulier à l'USAC ont été cités par 30,91% des prestataires comme mesure à prendre lorsque PCR2 est positif.

Tableau XXV : Répartition des prestataires selon leur connaissance du moment de faire le test VIH chez le nouveau-né

Moment de faire le test VIH chez le nouveau-né	Effectif	(%)
A 18 mois après accouchement	31	28,18
Avant 2 mois de naissance	18	16,36
1 ^{er} jour de la naissance	18	16,36
Immédiatement après accouchement	13	11,82
6 mois après accouchement	16	14,55
Après un suivi prénatal de 6 mois	14	12,73
Total	110	100

Parmi les prestataires, le plus grand effectif soit 28,18% ont cité [18 mois du postnatal] comme période pour faire le test VIH chez le nouveau-né.

Tableau XXVI : Répartition des prestataires selon leur avis sur les conseils d'hygiène à donner aux femmes séropositives ayant accouchées à la maternité

Conseils d'hygiène aux femmes VIH+ ayant accouchées à la maternité	Effectif	(%)
Allaitement maternel et planning familial	6	8,45
Toilette intime	7	9,86
Bain antiseptique du nouveau-né, éviction de l'allaitement maternel du nouveau-né	5	7,04
Lavage des garnitures, pansement ombilical	5	7,04
Hygiène corporelle	9	12,68
Eviter l'allaitement mixte, port des garnitures stériles, prise des ARV	6	8,45
Port de garnitures stériles, les échanger 2 fois par jour et bain antiseptique du nouveau-né	28	39,44
Changer la garniture au moins 3 fois par jour, rincer les seins avant l'allaitement	5	7,04
Total	71	100

Port de garnitures stériles et le bain antiseptique du nouveau-né ont été les plus cités (39,44%) comme conseils d'hygiène à donner aux femmes séropositives ayant accouchées avant leur sortie de la maternité.

Tableau XXVII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les mesures non médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+

Mesures non médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+	Effectif	(%)
Alimentation de remplacement	4	6,90
Allaitement maternel exclusif et alimentation de remplacement	9	15,52
Bain antiseptique du nouveau-né	7	12,07
Mesures hygiéniques et nutritionnelles	6	10,34
Counseling et méthode d'allaitement	4	6,90
Clampage et section rapide du cordon après expulsion du fœtus, bain antiseptique du nouveau-né	21	36,21
Aucune réponse	7	12,07
Total	58	100

Clampage et section rapide du cordon après expulsion du fœtus associé au bain antiseptique du nouveau-né ont été les plus cités (36,21%) comme mesures non médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+.

Tableau XXVIII : Répartition des prestataires selon leur connaissance sur les mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+

Mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+	Effectif	(%)
Névirapine au nouveau-né de mère allaitante par le lait artificiel	13	16,46
Névirapine + AZT	13	16,46
Prise des ARV par la mère et le nouveau-né	11	13,92
AZT sirop + NVP sirop+3TC sirop	14	17,72
Névirapine dès la naissance au nouveau-né de mère allaitante aux seins	28	35,44
Total	79	100

Donner la Névirapine sirop aux nouveau-nés dès la naissance a été la plus citée soit 35,44% comme mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+ qui souhaite faire l'allaitement aux seins.

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

Tableau XXIX : Répartition des prestataires selon leur connaissance du mode d'allaitement du nouveau-né de mère séropositive

Mode d'allaitement du nouveau-né de mère VIH+	Effectif	(%)
Allaitement maternel exclusif, allaitement artificiel	36	49,32
Allaitement artificiel et allaitement mixte	14	19,18
Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	23	31,51
Total	73	100

Allaitement maternel exclusif, allaitement artificiel ont été les plus cités (49,32%) comme mode d'allaitement du nouveau-né de mère VIH+.

5-4- ATTITUDES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES

Tableau XXX : Répartition des prestataires selon leur avis sur les pratiques à haut risque de TME du VIH

Pratiques à haut risque de TME du VIH	Effectif	(%)
Accouchement à domicile	12	15,18
Utilisation des matériels non stérilisés	6	7,59
Allaitement maternel prolongé	10	12,66
Allaitement maternel exclusif	11	13,92
Non utilisation des gants au moment de l'accouchement	7	8,86
Décontamination et stérilisation des matériels non faits	8	10,13
Rupture des membranes avant la dilatation complète, touchers intempestifs, n'avoir pas fait le soin antiseptique du nouveau-né, n'avoir pas donné l'ARV au nouveau-né à la naissance	15	18,99
Soins médicaux, l'excision	4	5,06
Non protection de l'agent au cours de la prise en charge de la grossesse	6	7,59
Total	79	100

L'amiotomie avant la dilatation complète, les touchers intempestifs, le bain antiseptique du nouveau-né non fait, n'avoir pas donné l'ARV au nouveau-né à la naissance ont été les plus cités soit 18,99%.

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

Tableau XXXI: Répartition des prestataires selon le respect des bonnes pratiques obstétricales en matière de PTME du VIH

Respect des bonnes pratiques obstétricales	Effectif	(%)
Oui	81	73,64
Non	29	26,36
Total	110	100

Plus de la moitié des prestataires soit 73,64% respecte les bonnes pratiques obstétricales en matière de PTME du VIH.

Tableau XXXII: Répartition des prestataires selon la proposition systématique d'une consultation postnatale aux femmes ayant accouchés à la maternité

Proposition systématique d'une consultation postnatale	Effectif	(%)
Oui	78	70,91
Non	32	29,10
Total	110	100

Parmi les prestataires plus de la moitié (70,91%) font la proposition systématique d'une consultation postnatale aux femmes ayant accouchées à la maternité.

Tableau XXXIII : Répartition des prestataires selon la connaissance de l'orientation de femme VIH+ vers les autres services de SR entre autre dépistage du cancer du col et PF

Orientation de femme VIH+ vers les services de PF et de dépistage du cancer du col	Effectif	(%)
Oui	75	68,18
Non	35	31,82
Total	110	100

Le plus grand effectif des prestataires (68,18%) font l'orientation de femme VIH+ vers les autres services de SR.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques

➤ **Age :**

Dans notre étude, la tranche d'âge de 29 – 38 ans a été la plus représentée avec un taux de 53% avec un âge médian de 34 ans. Ce taux est proche de celui d'Albert Mbembo de Lumumbashi qui a trouvé un âge médian de 38 ans [28].

➤ **Structure :**

La majorité des prestataires soit 56,36% étaient dans les CSCOM ; suivi du CSRéf avec 22,73% . Cela pourrait s'expliquer par le fait que parmi les sites PTME de la commune 6 les CSCOM représentent la majorité soit 69% .

➤ **Profession :**

Les Sages femmes ont été les plus nombreuses soit 50,0% des cas ; suivi des Infirmières-Obstétriciennes avec 30,90% des cas . Cela pourrait s'expliquer par leur effectif plus élevé parmi les prestataires à la maternité .

➤ **Formation reçue en PTME :**

Parmi les prestataires seulement 29,09% avaient reçu la formation en PTME. Ce taux est supérieur à celui d'Albert Mwembo qui a trouvé un taux de 24,8% et inférieur à celui de Fouedjio et al à Yaoundé qui ont trouvé un taux de 37% [27].

Connaissance des prestataires

➤ **Selon l'énumération des voies de TME du VIH :**

Dans la majorité des cas 65,43% des prestataires ont donné la bonne réponse concernant les voies de TME du VIH à travers leurs réponses au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et l'allaitement .

➤ **Connaissance du moment de faire le test VIH à la femme enceinte :**

Le moment de faire le test VIH à la femme enceinte est au 1^{er} contact a été cité par plus de la majorité des prestataires soit 59,10% .Ce résultat est conforme au protocole national en vigueur .

➤ **Selon l'énumération des moments de TME du VIH :**

Plus de la moitié (58,51%) des prestataires ont cité que les moments de TME du VIH sont au cours de la grossesse pendant le travail d'accouchement, l'accouchement et l'allaitement. Ce résultat est inférieur à celui de Fouedjio et al qui ont trouvé un taux de 63% [27].

➤ **Selon l'énumération des moyens de préventions de la TME du VIH :**

La prise des ARV pendant la grossesse et au cours du travail d'accouchement, le clampage section rapide du cordon après accouchement et le bain antiseptique du nouveau-né ont été cité par 24,21% des prestataires comme moyens de prévenir la TME du VIH. Ces paramètres font parti du protocole national associé à la section du cordon sans le traire, assèchement du nouveau né avec une serviette après le bain antiseptique, l'instauration du TARV selon le choix d'alimentation du nouveau-né. Ce résultat est comparable a celui de Fouedjio et al qui ont trouvé un taux de 24,7% [27].

➤ **Selon l'énumération des mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ :**

Concernant les mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte séropositive la bonne réponse a été donnée par seulement 27,91% des prestataires interrogés à travers leur réponse la prise des ARV et la SP.

➤ **Selon l'énumération des mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ en travail :**

Parmi les prestataires interviewés 53,70% ont trouvé la bonne réponse concernant les mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte séropositive en travail qui consiste à prendre les ARV tant qu'ils sont efficaces et bien tolérés .

➤ **Connaissance des moyens de prévention du paludisme en cas de VIH+ chez une femme enceinte :**

Dormir sous MII, prise des ARV, de la SP et du Cotrimoxazole comprimé ont été les plus cités par les prestataires soit 47,22% comme moyens de prévention du paludisme chez une femme enceinte séropositive. Parmi ces moyens de prévention du paludisme chez une femme enceinte séropositive la prise des ARV et du Cotrimoxazole ne font pas parti du protocole national en vigueur .Par contre 45,83% des prestataires ont donné la bonne réponse concernant cette même question.

➤ **Connaissance du schéma d'ARV en vigueur au Mali (Cas du VIH 1):**

L'association Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) qui représente le schéma préférentiel d'ARV recommandé au Mali a été cité par 25,45% des prestataires, les schémas optionnels ont été cités par 24,54% des prestataires qui sont (TDF+3TC+NVP, AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP).

➤ **Connaissance des moyens de prévention de la tuberculose chez une femme enceinte séropositive :**

Le plus grand effectif des prestataires soit 43,18% ont énuméré comme moyens de prévenir la tuberculose chez une femme enceinte séropositive le traitement ARV et l'observance. La prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez une patiente symptomatique (stade II, III et IV) ou patiente ayant un taux de lymphocyte TCD4 \leq 350/mm³. Si taux des LTCD4 est supérieur à 350/mm³ et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue. La chimio prophylaxie à l'isoniazide 5 mg/kg/j pendant 6 mois chez la femme enceinte séropositive indemnes d'une tuberculose active.

➤ **Selon l'énumération du diagnostic précoce chez le nouveau-né de mère séropositive :**

Parmi les prestataires interviewés seulement 25,86% ont trouvé la bonne réponse concernant le diagnostic précoce chez un nouveau-né de mère séropositive qui consiste à utiliser la méthode d'amplification génique ou le PCR.

➤ **Selon l'avis des prestataires sur la conduite à tenir lorsque PCR1 est positif :**

44,55% des prestataires ont donné la bonne réponse à travers leurs avis faire immédiatement PCR 2 lorsque PCR 1 est positif.

➤ **Selon l'avis des prestataires sur la conduite à tenir lorsque PCR2 est positif :**

La prise des ARV et le suivi régulier à l'USAC ont été les plus énumérés par 30,91% des prestataires interviewés selon leurs avis sur la conduite à tenir lorsque PCR2 est positif. Ce résultat est conforme au protocole national en vigueur.

➤ **Selon l'avis des prestataires sur le moment de faire le test VIH chez le nouveau-né de mère séropositive :**

Le 18^{ième} mois du postnatal a été cité par le plus grand effectif (28,18%) des prestataires selon leurs avis sur le moment de faire le test VIH chez le nouveau né de mère séropositive. Ce résultat est conforme au protocole national en vigueur.

➤ **Selon l'énumération des conseils d'hygiène à donner aux femmes séropositives ayant accouchées à la maternité :**

Port de garnitures stériles et le bain antiseptique du nouveau-né ont été les plus cités (39,44%) comme conseils d'hygiène à donner aux femmes séropositives ayant accouché avant leur sortie de la maternité. Ce résultat est conforme protocole national.

➤ **Selon l'énumération des mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère VIH+ :**

Concernant les mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau-né de mère séropositive 35,44% ont trouvé la bonne réponse qui consiste à mettre le nouveau-né sur Névirapine sirop. Par contre la Zidovudine sirop serait donné aux nouveau-nés nourris par l'alimentation de remplacement.

➤ **Selon l'énumération du mode d'allaitement du nouveau-né de mère séropositive :**

Alimentation de remplacement et allaitement maternel exclusif, ont été les plus cités avec 49,32% des cas comme mode d'allaitement du nouveau-né de mère séropositive . Ce résultat est conforme au protocole en vigueur au Mali .

Attitudes et pratiques des prestataires

➤ **Selon l'énumération des pratiques à haut risque de TME du VIH :**

La rupture de la poche des eaux avant la dilatation complète , les touchers intempestifs , le bain antiseptique du nouveau-né non fait et n'avoir pas donner l'ARV au nouveau-né après la naissance ont été les plus cités (18,99%) comme pratiques à haut risque de TME du VIH. Ce taux est inférieur à celui de Fouedjio et al qui ont trouvé un résultat de 29,6% [27] .

➤ **Selon la connaissance et le respect des bonnes pratiques obstétricales en matière de PTME du VIH :**

Des 110 prestataires interrogés 73,64% ont déclaré avoir connaissance et respecte les bonnes pratiques obstétricales en matière de PTME . Ce résultat est comparable à celui de Fouedjio et al qui ont trouvé un taux de 88,9% [27].

➤ **Proposition systématique d'une consultation post natale à l'accouchée :**

Plus de la moitié des prestataires soit 70,91% font la proposition systématique d'une consultation post natale à l'accouchée . Ce taux est

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

supérieur a celui d'Albert Mwembo qui a trouvé un taux de 64,4% et inférieur à celui de Fouedjio et al qui ont trouvé un taux de 97,5% [27,28].

➤ **Selon l'orientation en post-partum de femme VIH+ vers les autres services de SR comme PF ou dépistage du cancer du col :**

Plus de la moitié des prestataires soit 68,18% font l'orientation des femmes séropositives ayant accouché dans la maternité vers les services de PF ou de dépistage du cancer du col. Ce résultat est inférieur à celui de Fouedjio et al qui ont trouvé un taux de 76,5% des prestataires qui ont déclaré avoir fait la proposition systématique de PF [28].

VII-CONCLUSION

Au terme de notre étude sur les 110 prestataires interviewés sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de la PTME du VIH ; nous avons relevé des aspects positifs sur les prestataires par rapport : aux voies de transmission Mère-Enfant du VIH avec 65,43% , au moment de faire le test VIH chez une femme enceinte soit 59,10% , à la connaissance du moment de TME du VIH avec 58,51% ;

Cependant nous avons constaté que les prestataires interviewés ont des défaillances : sur la connaissance des moyens de prévenir la TME du VIH avec seulement 24,21% , sur les mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte séropositive avec 27,91%, sur le schéma préférentiel utilisé au Mali soit 25,45% , sur le diagnostic précoce chez le nouveau-né de mère séropositive soit 25,86% ; et une mauvaise attitude et pratique avec seulement 39% des prestataires qui ont pu donner au moins une mesure d'hygiène aux dames ayant accouchées à la maternité .

Suite donc à ceci, nous pouvons conclure que les prestataires ont des connaissances et des pratiques qui sont insuffisantes en matière de la prévention de la TME du VIH/SIDA, il devient ainsi indispensable de mener une action générale par la formation continue des prestataires . Pour y parvenir, nous avons formulé quelques suggestions.

VIII. RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude, nous proposons des recommandations suivantes :

Aux agents sanitaires

- Renforcer les campagnes de sensibilisation de la population pour le test de dépistage du VIH en particulier les femmes enceintes ;
- Elaborer des messages d'éducation pour la santé, axés sur l'importance de la précocité de la première CPN ;
- Assurer la formation continue et la mise à niveau régulier du personnel responsable de la formation des prestataires sur la PTME du VIH .
- Renforcer et intensifier des campagnes de prévention de l'infection du VIH .
- Faire la proposition systématique du test VIH au cours de la première consultation prénatale ;
- Respecter les bonnes pratiques obstétricales en matière de PTME du VIH;
- Eviter les pratiques à haut risque de TME du VIH ;
- Adresser les enfants nés de mères séropositives à un service spécialisé pour leur suivi jusqu'au moins 18 mois .
- Inclure la PTME dans les curricula des écoles de santé, de la FMOS et FPH.

Aux autorités sanitaires du pays

- Informer et sensibiliser les femmes sur l'importance de la consultation prénatales, des examens et bilans prénatals ;
- Informer et sensibiliser les populations sur les risques liés à la non réalisation de la CPN ;
- Appliquer les recommandations du Mali pour la prophylaxie ARV des nouveau-nés de mères séropositives .
- Renforcer la communication interpersonnelle sur la prévention du VIH;
- Respecter les normes et procédures en santé de reproduction au Mali.

A la population

- Faire le dépistage systématique du VIH afin de connaître son statut sérologique lors des visites prénuptiales ;
- Faire les CPN dès le début de la grossesse et de façon régulière ;
- Accoucher en milieu médicalisé.
- Respecter les calendriers de suivi des enfants nés de mères séropositives ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

IX. REFERENCES

1. ONUSIDA Décembre 2015 : www.unaids.org :

Prévalence du VIH dans le monde chez les femmes enceintes décembre 2015 ; 14p

2. ONUSIDA Décembre 2013 : www.unaids.org :

Prévalence du VIH en Afrique Sub-saharienne chez les femmes enceintes décembre 2013 ; 14p

3. Rapport ONUSIDA 2014

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Afrique ; p14 et 19

4. ONUSIDA Décembre 2013

Prévalence du VIH dans le monde chez les femmes enceintes sur les nouvelles infections;p14

5. Rapport ONU/SIDA Décembre 2013 : www.unaids.org

La prévalence du VIH dans le monde en rapport au nombre de Décès chez les femmes enceintes. Page 14

6. ONUSIDA Décembre 2005

Le point sur l'épidémie du SIDA. Décembre 2005.P19-20

7. ONUSIDA/OMS Décembre 2014

Nouvelle infection du VIH . Page 19 et 20.

8. EDS-M III : Séroprévalence de l'infection à VIH au Mali 2003.

9. Modibo K. CAMARA Mali 2009 : www.keneya.net

Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes. Page : 19.

10. OMS : hiv-aids@who.int ; <http://www.who.int/hiv/fr>

Centre des medias. Aide mémoire. Grossesse et VIH/SIDA. 2010. P29-50.

11. BRUN-VEZINET F, DAMOND F, DESCEMPS D et SIMON F

Virus de l'immunodéficience humaine. Maladie infectieuse Paris 2000. P : 20, 23, 24.

12. BARRE SINOUSI F, et al . Science. 1983.

Connaissance Attitude et Pratique (CAP) des prestataire des soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la Commune VI du District de Bamako.

Isolation of a T lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Pages : 22, 24.

13. LAPORTE A., Lot F

Epidémiologie: situation actuelle et tendance. Doin Edit 2001: Pages : 14-15 ; 19-20 .

14. SANGARE K.A., COULIBY AL I.M., Ehouman A :

<https://www.cairn.info/revu-geographique>

Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans dix régions de côte d'Ivoire. Santé 2002 Page 25

15. Mc INTYRE J.

Prevention of mother-to-child transmission of HIV 2005: Treatment options. Expert Rev Anti Repugnant Ther 3:971-980.

16. Revue du Programme National de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Burkina Faso. Juillet 2004

17. DABIS F., BEQUET L., EKOUEVI DK et Al

Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission AIDS. 2005 Feb 18; 19(3):309-18.

18. LEPORT C., LONGUET P., LACASSIN F., VILDE J.L.

Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Maladies infectieuses, Paris 1996, P29-38 ; 46-50.

19. UNICEF, ONUSIDA, OMS.

Suivi et évaluation de la prévention intégrée de la Transmission mère-enfant du VIH dans les pays à faibles revenus.

20. Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la Famille,

Programme National de PTME du VIH, 2006-2010 Rapport mars 2001. 77p.

21. PASCAL H., BARRE SINOUSSE F., DEBRE P.

Infection à VIH et pathologies opportunistes. Médecine thérapeutique 1996 ; 11 :32-8

22. SISSOKO S.

Les lésions dysplasiques du col de l'utérus dans quatre centres de santé de Bamako. Thèse Médecine 2005 ; 145 :82.

23. MANDELBROT L.

Grossesse et VIH .Rév Prat 1990 ; 49 :1757-62 .

24. Cellule de coordination de la comite sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA. Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA. Bamako Janvier 2006 ; P63.

25. DELFRAISY J.F. et al.

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2004 ; P186-7.

26. Fouedjio et al .

Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Yaoundé. Médecine d'Afrique Noire.2013, vol 17. Pages 83, 85.

27. Philipe MORLAT : Conseil national du sida et des hépatites virales :

<http://cns.santé.fr> . Octobre 2017.

28. N.MWEMB, KALENGA, P.DONNEN, F.CHENG, P.HUMBLET, M.DRAMAIX, P.BUEKENS. Available from : <http://www.hsd-fmsb.org>

Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Lumumbashi. Médecine d'Afrique Noire. 2012. 83-85 .

29. BULTERYS M, LANDESMAN S, BURNS DN et al.

Sexual behaviour and injection drug use during pregnancy and vertical transmission of HIV-1. J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviral 1997; 15:76-82.

30. BLANCHE S., MAYAUX M J., FRANGE P : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4646444>. L'infection à VIH de la mère et l'enfant, taux de transmission et facteurs de risque, Août 2015. Paragraphe 6.

31. PATHAKIS P.C., ROLLINS N.C.

Are WHO/UNAIDS/UNICEF-recommended replacement milks for infants of HIV-infected mothers appropriate in the South African context? Bulletin of WHO, 2004; 82-3:164-71.

32. CASSUTO J.P., PESCE A., QUARANTA J.F.

Sida et infection par le VIH , Paris.1996 ;183 :46-52.

33. Taha T.E., Hoover D.R.,Dallabeta G. A.,Kumwenda N.I.,Mtima L.A.,Yang L.P. et Collaborateurs.

Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of VIH.AIDS 1998;12-13:1699-1706.

34. ILIF P.J., PIWOSE E., TAVEGWA C.D., MARINDA E.T., NATHOO K. J. et al. : Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV free survival.AIDS 2005 Apr 29; 19(7):699-708

35. Médecine et Santé Tropicales, vol. 22, N°3-juillet-août-septembre 2012.

36. Halima TOUGRI : Efficacité de la PTME du VIH par les ARV au Burkina-Faso. Thèse Méd. 2008. Pages : 13 et 15. Fig 2 et 3.

37. OMS consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 20 juillet 2013. [PubMed]

38. OMS, politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du Sida au Mali. Novembre 2013 , page 53.

FICHE D'ENQUETE :

Q1: Date :.... /.... /2016

Q2:Age: /___/ 1=18-28 ans, 2=29-38 ans, 3=39-49 ans, 4=50 ans et plus

Q3 : Sexe:/___/ (1=Masculin, 2=Féminin)

Q4: Structure:/.../

1=CSRéf, 2=Clinique privée, 3=CSCCom, 4= Centre para clinique

Q5: Profession:/.../ 1=Infirmière, 2= Sage-femme, 3=Médecin Généraliste

4=Médecin spécialiste, 5=Thésards

Q6:Expérience Professionnelle, nombre d'année:/...../

1=1an, 2=2ans, 3=3ans, 4=4ans, 5=5ans et plus

Q7: Formation reçue en PTME : /___/ (1=oui, 2=non) ;

Q8: Autre formation reçue : /___/

(1=PNP-SR, 2=SONU, 3=CPN-R, 4=Toutes les formations ,5=Aucune, 6=1et 2 ,7=1et 3,8=2 et 3)

Q9-1:Connaissance des voies de TME : /___/ (1=oui, 2=non)

Q9-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q10: Quand propose t-on le test HIV à une femme enceinte ?

.....
.....

Q11: Quand propose t-on le 2^{ième} test HIV à la femme enceinte ?

.....
.....

Q12-1:Connaissance des moments de TME du VIH : /___/ (1=oui, 2=non)

Q12-2 : Si oui lesquels :

.....
.....

Q13-1: Si test positif est ce qu'il faut dépister le mari : /___/ (1=oui, 2=non)

Q13-2 : Si oui pourquoi :

.....
.....

Q14-1:Connaissance des moyens de prévention de la TME : /___/(1=oui,2=non)

Q14-2 : Si oui lesquels :

.....
.....

Q15-1:Connaissance des infections opportunistes :/___/(1=oui, 2=non).

Q15-2 : Si oui citer **a-** 2 infections opportunistes et donner **b-** 2 moyens de prévention de ces infections :

.....
.....

Q16-1 :Connaissance des mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ :/___/(1=oui,2=non).

Q16-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q17-1: Connaissance des mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ :/___/(1=oui,2=non).

Q17-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q18-1: Connaissance des mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ en travail :/___/(1=oui,2=non) .

Q18-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q19-1: Connaissance des mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte en travail:/___/(1=oui,2=non) .

Q19-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q20-1 : Connaissance des mesures médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ en travail:/___/(1=oui,2=non) .

Q20-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q21: Citer les schémas d'ARV en vigueur au Mali (Cas du VIH-1) :

.....
.....

Q22-1: Connaissance de l'association VIH-Tuberculose:/___/(1=oui ,2=non)

Q22-2 : Si oui les moyens de prévenir :

.....
.....

Q23-1: Connaissance de l'association VIH-Paludisme:/___/(1=oui, 2=non)

Q23-2 : Enumérer les moyens de prévention :

.....
.....

Q24-1: Connaissance de la prophylaxie au Cotrimoxazole:/___/(1=oui, 2=non)

Q24-2 : Si oui **a**-pourquoi et **b**-quand donner ?

.....
.....

Q25-1 : Connaissance du Diagnostic Précoce :/___/(1=oui, 2=non)

Q25-2 : Si oui lequel ?

.....
.....

Q26-1: Connaissance du PCR :/___/ (1=oui, 2=non)

Q26-2 : Si oui : a- A quand faire ? b- Combien de PCR faut-il demander ?

.....
.....

Q27: Lors que PCR1 est positif ; que faire ?

.....
.....

Q38: Lors que PCR2 est positif ; que faire ?

.....
.....

Q29: Quand faire le test VIH chez le nouveau né de mère séropositive ?

.....
.....

Q30-1: Connaissance des conseils d'hygiènes à donner aux femmes séropositives ayant accouchées à la maternité : /___/ (1=oui,2=non)

Q30-2 : Si oui lesquels :

.....
.....

Q31-1 :Connaissance des mesures non médicamenteuses de la prise en charge du nouveau né de mère VIH +:/___/(1=oui,2=non) .

Q31-2 : Si oui lesquelles :

.....
.....

Q32-1: Connaissance de mesure médicamenteuse de la prise en charge du nouveau né de mère VIH+:/___/(1=oui,2=non) .

Q32-2 : Si oui expliquer :

.....
.....

Q33-1: Connaissance du mode d'allaitement du nouveau-né de mère séropositive : /___/ (1=oui, 2=non)

Q33-2 : Si oui comment :

.....
.....

Q34-1:Connaissance des pratiques à haut risque de TME :/___/(1=oui, 2=non)

Q34-2: Si oui lesquelles :

.....
.....

Q35: Respect des bonnes pratiques Obstétricales en matière de PTME :/___/ (1=oui, 2=non).

Q36: Respect des bonnes pratiques Obstétricales :/___/(1=oui, 2=non)

Q37: Proposition systématique d'une Consultation Post Natale:/___/(1=oui, 2=non)

Q38: Connaissance en postpartum de l'orientation de femmes VIH+ vers les autres services de SR entre autre Dépistage du cancer du col et PF:/___/ (1=oui,2=non)

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIABY

Prénom : Abdourahamane

Téléphone : 76 23 22 29/64 98 99 24

E-mail : diabyabdra64@gmail.com

Titre : Connaissance, Attitude et Pratique des prestataires de soins sur la prévention de la transmission mère et enfant du VIH dans les sites PTME de la commune VI du District de Bamako.

Année de soutenance : 2018

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité : Malienne

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique, Santé Publique.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali (FMOS).

Résumé :

Objectifs : Evaluer le niveau de connaissance, attitude et pratiques (CAP) des prestataires de soins sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les sites PTME de la commune VI du District de Bamako.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données des prestataires de soins dans les 16 sites PTME de la commune VI du District de Bamako allant du 1^{er} janvier au 31 mars 2017. Durant cette période, 110 prestataires ont été interrogés. L'âge moyen des prestataires était de 34 ans. Il ressort de cette étude que :

- ⇒ Parmi les prestataires 65,43% connaissent les voies de TME du VIH.
- ⇒ Il y'a 59,10% des prestataires qui connaissent le moment de faire le test VIH à la femme enceinte.
- ⇒ La grande majorité des prestataires soit 58,51% ont la connaissance du moment de TME du VIH.
- ⇒ Dans l'effectif des prestataires seulement 24,21% connaissent les moyens de prévenir la TME du VIH.
- ⇒ Seulement 35,44% des prestataires connaissent les mesures médicamenteuses de la prise en charge du nouveau né de mère VIH+.
- ⇒ Parmi les prestataires seulement 18,99% ont la connaissance de la pratique à haut risque de TME du VIH.

Mots clés : connaissance, attitude, pratique, prestataires, soins, PTME, VIH, sites, commune VI, Bamako, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRAT

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure.