

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But –Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2017 – 2018

Thèse N° _____/Med

TITRE

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA
PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT
DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le / / 2019
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

Mme. Sylvie Kadidia BALLO

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

JURY

Président :

Pr Samba DIOP

Membres :

Dr Youssouf COULIBALY

Dr Mohamed DIARRA

Co-directeur:

Dr. Zoumana DIARRA

Directeur de thèse :

Pr. Soukalo DAO

DÉDICACES

Je rends grâce au père tout puissant, au fils Jésus Christ et à l'Esprit Saint pour m'avoir donné la durée de vie, le courage et la mentalité nécessaire à la réalisation de ce travail. J'implore ton pardon Sainte Trinité pour toutes mes fautes commises et je formule ici les vœux d'avoir une longue vie et guide mes pas tout au long de cette vie. Amen !

Je dédie ce travail :

A ma tendre et adorable Maman Claudine Cissé

Ton amour inconditionnel et ton soutien permanent ont toujours été un grand secours. Ce travail est le fruit, le couronnement de toutes ces années de patience. Tu es l'exemple de douceur et d'amour incommensurable. Je prie Dieu de te donner toujours son amour et sa grâce. Maman je t'aime très fort et c'est plus que de simples mots.

À mon père : Feu Borya Victor Ballo,

Vous avez été rappelé auprès du seigneur tout puissant. Le fruit de mon travail est le vôtre et j'espère en être digne de votre confiance. J'aurais aimé que vous soyez là en ce moment mémorable qui voit l'aboutissement et la réalisation de tous les travaux consentis. Je prie le seigneur pour que la terre te soit légère.

À mes grands-parents,

Je sais que vous ne m'avez jamais abandonné, je vous porterais toujours avec fierté et honneur. Reposez en paix. Amen ! Je dédie particulièrement ce travail à ma grand-mère Kouya Diabaté.

À ma sœur Marie Clémentine Ballo,

Qu'il est bon de vivre en symbiose, mais je n'ai pas pu empêcher la mort de t'amener. Chère sœur, repose en paix

À mes frères et sœurs :

Cette affection que vous m'avez manifestée a été mon réconfort dans les situations difficiles. Merci pour votre soutien. Sachez que ce modeste travail est aussi le vôtre. Que l'éternel vous surabonde de ses grâces et qu'il nous garde toujours unis à l'exemple de la Sainte Famille de Nazareth.

À mes neveux et nièces :

Je souhaite que ce travail vous exhorte à mieux faire. Puisse Dieu vous bénir et vous combler de sa grâce.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

À la famille Coulibaly

Vous m'avez accueillie dans votre famille et ne cessez de me témoigner votre affection et vos encouragements. Profonde gratitude ! Que Dieu vous bénisse !

À tous mes promotionnaires de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Remerciements

Au Docteur Zoumana Diarra : Qui m'a encadré et aidé à réaliser ce travail. Que la prospérité et le bonheur familial vous accompagnent.

Au Docteur Oumou Diakité

Je suis parvenue à réaliser ce travail grâce à vos conseils, vos encouragements, et votre encadrement, puisse le bon Dieu vous le rendre.

Au Docteur Oumar Guindo

Pour votre disponibilité et votre aide précieuse apportée pour la réalisation de ce travail.

À tout le personnel du CSref de Kalaban-Coro

À tout le personnel du CSCOM de Kalaban-Coro

À tout le personnel du CESAC de Bamako

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

A notre maître et Président du jury

Professeur Samba DIOP

Directeur de recherche en anthropologie médicale et éthique en santé du

DER santé publique de la FMOS,

**Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales
et éthique de SEREFO/VIH/SIDA/FMOS,**

Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali.

Honorable maître,

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, votre esprit de vérité
font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maitre, tous nos remerciements et notre profonde
reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR :

Professeur Sounkalo DAO

Professeur titulaire des Maladies infectieuses à la FMOS

Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses à la FMOS

**Investigateur clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la
Tuberculose : SEREFO/FMOS/NIAD**

**Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale
(SOMAPIT)**

Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)

Membre de la Société Française de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SFPIT).

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples et importantes occupations. Votre disponibilité, vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques et intellectuelles font de vous un Maître apprécié de tous. Veuillez accepter cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

**A notre Maître et Co-directeur de thèse :
Docteur Zoumana DIARRA**

Médecin coordinateur du centre d'écoute de soins d'accompagnement et de conseil(CESAC) de Bamako

Ex Médecin coordinateur de l'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils (USAC) des personnes infectées par le VIH /SIDA au CSREF de la commune V du district de Bamako.

Cher Maître :

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves

Votre courage, Votre abord facile, votre sympathie, votre courtoisie, votre amitié profonde avec vos collaborateurs et élèves, la simplicité et l'estime qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Cher Maître soyez rassuré de notre profond respect. Que Le TOUT PUISSANT vous accorde une longue vie.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

A notre maître et Juge

Docteur Youssouf COULIBALY

Médecin directeur du CSCom de Kalaban-Coro

Cher Maître :

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Votre disponibilité, et votre engagement pour la formation des jeunes médecins font de vous un maître admiré de tous.

Recevez, notre gratitude.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

A notre maître et Juge

Docteur Mohamed DIARRA

Médecin Pédiatre

Praticien au CSRef de Kalaban-Coro.

Cher maître,

Vous nous avez inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail. Votre simplicité, votre rigueur, et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher.

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

ARV : Antirétroviral

AZT : Zidovudine

CSREF : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN: Consultation Périnatale

CDC: Center for Disease Control

CD4: Cluster of Differentiation 4

Cp : Comprimé

3 TC : Lamivudine

EFZ : Efavirenz

Ig : Immunoglobuline

INNT : Inhibiteurs non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse

NVP : Névirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PCR : Polymerase Chain Reaction

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

TME : Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Introduction	1
Objectifs.....	3
Généralités	4
Méthodologie.....	16
Résultats.....	20
Commentaires et discussion.....	32
Conclusion.....	34
Recommandations.....	35
Bibliographie.....	36
Annexes.....	

I. INTRODUCTION

Pathologie laissant perplexe le monde, l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) touche actuellement tous les pays du globe mais, revêt une grande particularité dans les pays en développement où elle bouleverse tous les systèmes d'organisation de la vie sociale et économique. Ainsi, elle ébranle les structures sanitaires déjà fragilisées par des problèmes de santé endémique [1].

Les femmes et les enfants constituent les cibles les plus vulnérables depuis le début de cette pandémie [2].

Selon le rapport annuel de l'Organisation des Nations Unies contre le Sida (ONUSIDA) en 2016, 36,7 millions de personnes [30,8 millions–42,9 millions] vivaient avec le VIH dans le monde. Parmi elles, les adultes représentent 34,5 millions dont 17,8 millions de femmes (15 ans et plus). De même, 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans avaient été infectés [3].

En Afrique de l'Ouest et du centre, 6,1 millions [4,9 millions–7,6millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2016. Les femmes représentaient 56% du nombre total des personnes vivant avec le VIH dans la région. La même année, on estimait à 6000 [35000-89000] le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans cette région [3].

L'ONUSIDA estimait que 16 00 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH au Mali en 2016 [4].

Les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé au Mali (EDSM V, 2012-2013), ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3% à 1,1%. Les femmes sont plus touchées que les hommes respectivement 1,3% et 0,8% [5].

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à des moments différents durant la grossesse. Elle se produit in utero dans les dernières semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas, au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas. L'exposition du nouveau-né à l'infection virale se poursuit au cours de l'allaitement maternel [6].

La mise en œuvre des méthodes connues de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH pourrait éviter la majorité des infections chez ces enfants.

En l'absence de prévention, le taux de transmission est de l'ordre de 15 à 45%. Des interventions efficaces permettent toutefois de ramener ces taux à des niveaux inférieurs à 5% [6].

En Afrique subsaharienne, la transmission mère-enfant du VIH est responsable de plus de 95 % de l'infection à VIH chez l'enfant [7].

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

La gravité du problème de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique subsaharienne résulte : du taux élevé de l'infection par le VIH parmi les femmes en âge de procréer avec un taux de natalité élevé, et du manque d'interventions efficaces de prévention de la transmission mère – enfant du VIH [8].

Cependant depuis la mise en œuvre de la PTME au CSCOM de Kalaban-Coro, aucune étude n'a été menée pour évaluer le programme.

Devant cet état de fait, il nous est apparu nécessaire de mener une étude afin d'évaluer l'offre des services PTME.

II. Objectifs

1. Objectif général

Évaluer l'offre des services PTME au CSCOM de Kalaban-Coro en 2015.

2. Objectifs spécifiques :

- 2.1.** Décrire les connaissances et attitudes du personnel de santé de la maternité sur la PTME,
- 2.2.** Déterminer la disponibilité des ressources humaines, des intrants,
- 2.3.** Déterminer la disponibilité des antirétroviraux,
- 2.4.** Déterminer le niveau de satisfaction des usagers PTME.

III. GENERALITES

1. Définition

Le SIDA par définition est le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise chez l'homme ; causé par un virus appelé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), appartenant à la famille des rétrovirus.

Un rétrovirus est un virus qui possède l'équipement enzymatique nécessaire pour assurer la transcription de son ARN (support de l'information génétique) en ADN. Cette transcription est réalisée par la transcriptase inverse. Il s'agit d'un lentivirus, sous famille des rétrovirus qui sont connus pour entraîner des maladies dégénératives lentes après de longue incubation [9].

2. Historique [10]

Depuis plusieurs décennies le virus du SIDA existe dans le monde. Les premiers sérums VIH positif reconnus ont été découverts à posteriori aux États-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 par la communauté scientifique.

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 Barre Sinoussi et al [11] de l'équipe du Professeur 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 et le type 2 du VIH a été isolé deux années plus tard (1986).

En 1993 la classification de la CDC est adoptée suivie en 1995 de l'introduction des bithérapies antirétrovirales et la possibilité de mesurer la charge virale.

Depuis 1996 c'est la trithérapie antirétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal.

3. Epidémiologie [3]

3.1. Situation dans le monde :

En 2016, 36,7 millions [30,8 millions - 42,9 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Parmi elles, les adultes représentaient 34,5 Millions dont 17,8millions de femmes et 2,1millions d'enfants âgés de moins de 15 ans.

On estime que 1 million de personnes sont décédées de suite de maladies liées au sida dans le monde en 2016.

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

Plus de 1,8 million de personnes nouvellement infectées par le VIH ont été enregistrées en 2016 dont 1,7 million d'adultes et 160000 enfants.

3.2. Situation en Afrique :

Afrique de l'Est et du Sud

En 2016, 19,4 millions [17,8 millions–21,1millions] de personnes vivaient avec le VIH en Afrique orientale et australe. Les femmes et les filles représentent plus de la moitié [59%] du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans cette même région.

La même année, on estimait à 790000 [710000-870000] le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique orientale et australe. Les nouvelles infections à VIH ont diminué de 29% entre 2010 et 2016.

L'Afrique orientale et australe représente 43% du total des nouvelles infections à VIH dans le monde. Entre 2010 et 2016, le nombre de décès liés au sida dans la région a diminué de 42%. La même année, il y a eu 77 000 [52 000–110 000] nouvelles infections à VIH parmi les enfants.

Afrique l'Ouest et du Centre

En 2016, 6,1 millions [4,9 millions–7,6millions] de personnes vivaient avec le VIH en Afrique de l'Ouest et centrale. Les femmes représentent 56% du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région.

La même année, on estimait à 60000 [35000-89000] le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants en Afrique occidentale et centrale. Depuis 2010, il y a eu une diminution de 33% des nouvelles infections par le VIH chez les enfants dans la région.

Entre 2010 et 2016, le nombre des décès liés au sida dans la région a diminué de 21%.

Moyen-Orient et Afrique du Nord

En 2016, 230000 [160000–380000] personnes vivaient avec le VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. En 2016, on estimait à 1400 [<1000-3300] le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. En 2016, il y avait environ 18 000 [11 000 - 39 000] nouvelles infections par le VIH dans la région. Les nouvelles infections à VIH ont diminué de 4 % entre 2010 et 2016.

3.3. Situation au Mali :

Les résultats préliminaires de l'enquête démographique et de santé (EDSM-V), ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3% à 1,1% faisant du Mali un pays à épidémie généralisée du VIH à prévalence basse avec tendance à la stabilisation.

La prévalence chez les femmes enceintes est de 2,9%.

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

L'EDSM V n'a pas été réalisée dans les régions touchées par la crise sociopolitique de Mars 2012 (Gao, Tombouctou, Kidal).

Toutefois, l'examen attentif de cette étude révèle des caractéristiques variables selon:

Les régions : le district de Bamako reste le plus touché (1,7%) ; suivie de Ségou 1,2% ; Kayes 1,0% ; Koulikoro 1,0% ; Sikasso 0,8% et Mopti 0,7%.

Par contre les régions de Kayes et Sikasso connaissent une légère augmentation par rapport à l'EDS IV. Pendant qu'on note une diminution de la séroprévalence dans la région de Mopti (1,4% en 2006 à 0,7% en 2012) [5].

4. Modes de transmission [12]

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

4.1. La transmission sexuelle :

La majorité de la transmission par le VIH soit 75 à 85 % s'effectuent par les rapports sexuels non protégés [13]. C'est le mode de contamination le plus fréquent en Afrique. Les facteurs augmentant le risque de transmission sexuelle sont les phases de primo-infection et de SIDA qui sont les phases où la virémie est élevée. D'autres facteurs de risque peuvent être cités entre autres un taux de CD4 <200/mm³, une antigénémie P24 positive, une charge virale élevée non contrôlée ou une multi résistance aux antirétroviraux. Le risque est aussi augmenté en cas d'infections génitales, de rapports sexuels pendant les règles, de violences sexuelles.

4.2. 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.

4.3. La transmission verticale : (de la mère à l'enfant)

Elle peut se faire in utero dans les semaines précédant l'accouchement dans 1/3 des cas et en intra- partum c'est-à-dire au moment de l'accouchement dans 2/3 des cas.

La période de l'allaitement représente également un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5-20 % [14].

Le mécanisme de transmission verticale peut se faire de plusieurs manières. Le passage transplacentaire au cours de la grossesse dont les modalités sont imprécises, peut s'effectuer

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

par phagocytose des virions par le syncytiotrophoblaste ou par franchissement par les complexes virus IgG.

Au cours de l'accouchement, la transmission peut se faire par le biais de micro transfusions materno-fœtales à la faveur de contractions utérines. L'atteinte fœtale peut ainsi se produire à cette période par propagation du virus par voie ascendante au contact direct et s'explique par la présence du VIH dans les sécrétions cervicale et vaginale.

Le risque de contamination par voie ascendante est plus marqué pour une rupture des membranes de plus de 4 heures et ceci est d'autant plus important que la rupture est prolongée [10,15].

L'atteinte par contact direct lors du passage dans les voies génitales maternelles intervient par la pénétration du virus à travers les muqueuses (digestives ou respiratoires) ou à la faveur de micro lésions cutanées. Ces deux mécanismes sont corroborés par des taux de contamination en cas d'accouchement gémellaire par voie basse plus élevée pour le premier jumeau. La contamination dans la période postnatale par le biais de l'allaitement maternel, est certaine et explique le taux élevé de transmission mère-enfant (TME) et l'ampleur de l'épidémie pédiatrique en Afrique. L'atteinte de l'enfant s'explique par la présence dans le lait maternel de virions à l'état libre ou contenus dans les lymphocytes infectés.

Le taux de contamination est influencé par :

Des facteurs virologiques : le type de virus est un facteur majeur, en effet le VIH 1 est plus facilement transmis d'une mère à son enfant que le VIH-2. Le sous-type C a été lié au risque accru de transmission mère-enfant.

Des facteurs maternels qui sont : le stade clinique avancé de l'infection, le taux de lymphocytes CD4 <200 mm³, une antigénémie P24 positive et une charge virale élevée.

Des facteurs obstétricaux : gestes invasifs au cours de la grossesse (cerclage du col, amniocentèse, amnioscopie), la prématurité, la rupture prématurée des membranes, la chorioamniotite, les infections cervico-vaginales et l'hémorragie.

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 [16].

5. Moyens de prévention de la transmission mère -enfant [17]

Ces moyens reposent sur les quatre éléments de l'approche globale pour la prévention et la réduction du risque de l'infection par le VIH chez la femme, la mère, le nouveau-né et le nourrisson qui sont les suivants :

5.1. La prévention primaire de l'infection par le VIH

Elle consiste à prévenir l'infection chez la femme en âge de procréer. C'est le moyen le plus efficace de diminuer la TME. Le VIH ne sera pas transmis à l'enfant si les futurs parents ne sont pas infectés. Cette approche est connue sous l'appellation « ABC » (en anglais).

A = Abstinence : s'abstenir de tout rapport sexuel

B = Fidélité (Be faithful) à un partenaire non infecté par le VIH

C = Préservatif (Condom) : utilisation correcte et systématique des préservatifs.

5.2. Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH

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

Un conseil pour une contraception sûre et efficace et des services de santé de la reproduction de qualité contribuent à éclairer les décisions en matière de grossesse.

5.3. Prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant

On entend habituellement par PTME des programmes spécifiques conçus pour identifier les femmes enceintes infectées par le VIH et mise à leur disposition d'outils efficaces visant à réduire la TME.

Les interventions clés en matière de PTME sont :

Le conseil et le dépistage en matière de VIH,

Le traitement et prophylaxie antirétrovirale,

Des pratiques d'accouchement à moindre risque,

Des pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque.

Elles sont efficaces par :

L'identification des femmes infectées par le VIH,

La réduction de la charge virale chez la mère,

La réduction du risque d'infection de l'enfant par le VIH pendant l'accouchement,

La réduction du risque d'infection de l'enfant par le VIH grâce à des options d'alimentation à moindre risque.

5.3.1. Le conseil et le dépistage en matière de VIH :

a. Définition :

Le conseil dépistage volontaire du VIH est un test sérologique offert aux femmes enceintes dans un environnement confidentiel, avec un service de counseling de qualité dispensé avant et après le test. Ces conseils débutent par des séances de causeries débats. C'est aussi le lieu d'éduquer et de conseiller à propos du VIH et de la grossesse. Le conseil doit faire ressortir

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

l'impact du VIH sur la grossesse et/ou l'inverse, sans oublier les principaux modes de transmission du virus surtout la transmission périnatale.

C'est le lieu aussi de parler des opportunités d'accès aux traitements d'antirétroviraux et autres médicaments lors de la grossesse. La femme devrait librement choisir de se faire dépister à l'issue du conseil.

Le résultat du test VIH doit toujours être communiqué à l'intéressé et il faut lui offrir en même temps, selon les résultats les services appropriés d'information, de conseil et de référence. Les personnes qui ont un résultat positif doivent être conseillées afin qu'elles puissent bénéficier de soins, d'un soutien et d'un traitement [18].

b. Les conditions du counseling

Le counseling dans le cadre de la transmission mère – enfant doit exiger :

Un espace tranquille et rassurant : comprenant au moins une salle d'attente, une salle de conseil, et un laboratoire ;

Des matériels et équipements des salles de conseil et d'attente ;

Un personnel minimal qualifié.

Elles doivent assurer la confidentialité, le confort, l'aération, les supports nécessaires à la compréhension de l'information.

c. Avantage du counseling

Le counseling permet à la gestante non seulement d'accepter le test mais aussi de se préparer pour le résultat. Du coup, il facilite à l'agent de santé l'annonce.

De nombreux effets secondaires néfastes pour la santé mentale sont associés à l'infection au VIH, notamment des problèmes psychologiques, des désordres psychiatriques et neuropsychologiques, ainsi que des ruptures sociales, domestiques et professionnelles. On considère généralement que l'infection au VIH exerce des effets plus nombreux et plus néfastes que d'autres maladies sur la santé mentale.

On l'explique par le fait que cette infection est associée à un ensemble singulier de facteurs de stress psychosocial, facteurs à la fois multiples et puissants provenant de trois sources : les tensions associées aux maladies chroniques et mortelles en général et celles reliées à la maladie sidaïque en particulier [19].

d. Algorithme du test de dépistage du VIH [20]

Les algorithmes adoptés par type de structure sont les suivants :

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Niveau 1 :

Pour les centres de Conseil et de dépistage volontaire :

Premier test à utiliser : Alere HIV Combo,

Deuxième test à utiliser en cas de positivité au premier : SDBioline 1/2,

Troisième test à utiliser en cas de discordance entre les 2 premiers tests : First Response.

Pour les sites PTME :

Premier test à utiliser : Alere HIV Combo,

Deuxième test à utiliser en cas de positivité au premier :SD Bioline 1/2,

Troisième test à utiliser en cas de discordance entre les 2 premiers tests : First Response.

Niveau 2 :

Pour les laboratoires des centres de santé de référence, des sites disposant d'un laboratoire équipé :

Cas des clients naïfs :

Test 1 : Alere HIV Combo,

Test 2: SD Bioline 1/2,

Test 3: First Response.

Cas des patients référés par les sites PTME ou CDV :

Test 1: SD Bioline 1/2

Test 2: First Response.

Niveau 3 :

Pour les hôpitaux nationaux, instituts de recherche :

Test 1: Alere HIV Combo,

Test 2: SD Bioline 1/2,

Test 3 : First Response.

5.3.2. Mesures obstétricales de prévention de la transmission mère enfant du VIH :

Il faut :

Dépister et traiter toutes les infections du tractus génital et les IST.

Dépister et traiter les menaces d'accouchement prématuré et les chorioamniotites en cas de rupture des membranes.

Éviter les amnioscopies, les versions par manœuvres externes, le cerclage du col, lorsque l'indication est indiscutable doit être précédé par une prophylaxie antirétrovirale au moins 15 jours avant le geste.

Éviter autant que faire les gestes invasifs tels que les amniocentèses ou les entourer d'une asepsie et de précaution technique rigoureuses après une prophylaxie antirétrovirale.

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

a. La césarienne programmée :

L'effet protecteur d'une césarienne programmée à membranes intactes et avant le début du travail est désormais établi par plusieurs études de cohortes, et par essai thérapeutique randomisé Européen. Le taux de transmission était de 0,8 % en cas de césarienne programmée chez les femmes enceintes traitées par AZT. En revanche le taux de transmission n'est pas diminué en cas de césarienne en cours de travail ou membranes rompues [21].

La césarienne programmée à 38 SA reste recommandée lorsque la charge virale maternelle n'est pas contrôlée et la membrane intacte. Les experts maintiennent la recommandation d'une césarienne en cas d'ARN VIH1 plasmatique > 400 Copies/ml [22]. Elle est également conseillée en cas de prise en charge tardive au 8-9^{ème} mois. Aucun bénéfice de la césarienne n'a été démontré une fois que le travail a débuté ou après rupture des membranes.

5.3.3. Pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque

L'allaitement artificiel 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 % [23].

L'allaitement maternel sera déconseillé sauf dans un environnement économique extrêmement défavorable. Le sevrage sera précoce (12 mois) et le traitement ARV sera poursuivi durant toute la période de l'allaitement.

Le nouveau-né ne sera pas isolé de sa mère. Il subira la démarche destinée à établir précocement une éventuelle contamination (recherche Ag p24 et PCR) dans les trois premiers mois de vie.

5.3.4. Traitement, soins et soutien pour la femme infectée par le VIH, son enfant et sa famille :

Lorsqu'une femme a toutes les raisons de croire qu'elle bénéficiera d'un traitement et des soins appropriés pour elle-même, ses enfants et son partenaire, il est plus probable qu'elle accepte de se faire dépister et conseiller. Ainsi, en cas de positivité du test il est plus probable qu'elle accepte des interventions visant à réduire la TME.

5.3.5. Prophylaxie antirétrovirale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) [24]

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.

La PTME doit être intégrée au paquet minimum d'activités dans les structures de santé.

CHEZ LA MERE

Le traitement antirétroviral 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 poursuivie à vie.

a. Cas du VIH 1

- **Traitement antirétroviral chez la femme enceinte séropositive pendant la grossesse**

Situation 1 : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV

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

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

Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé.

Le schéma préférentiel recommandé est :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3 TC) + Efavirenz (EFV) 600

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3 TC) + Névirapine (NVP)

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 600

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

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

Situation 1 : Femme séropositive sous traitement ARV

Continuer le TARV

Situation 2: Femme séropositive non suivie et non traitée qui est en travail :

Il faut initier une trithérapie suivant l'un des schémas suivants :

Le schéma préférentiel recommandé est :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3 TC) + Efavirenz (EFV) 600

Les schémas optionnels recommandés sont :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3 TC) + Névirapine (NVP)

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 600

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

Comment initier un traitement contenant de la Névirapine (NVP) :

Pendant les 14 premiers jours, donnez 200 mg de NVP une fois par jour.

Exemple : Associations fixes (3 TC + AZT + NVP) et (3 TC + AZT),

Il faut donner Matin : Combinaison fixe de (3 TC + AZT + NVP) : 1 comprimé

Soir : Combinaison fixe de (3 TC + AZT) : 1 comprimé

Si la NVP est bien supportée, donner la dose complète à partir du 15ème jour.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Exemple : Association fixe (3 TC + AZT + NVP) : 1 comprimé, 2 fois/jours

Remarque :

Les prises du matin et du soir doivent être espacées de 12 heures.

Tout arrêt non cadré de plus de 7 jours nécessite une réinitialisation de la NVP

a. Cas du VIH-2

La transmission du VIH-2 de la mère à l'enfant est faible et les INNTI ne sont pas efficaces contre le VIH-2.

- **Femme enceinte séropositive pendant la grossesse**

Situation 1 : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :

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

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

Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé.

Le schéma préférentiel recommandé sera :

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

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

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

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

Femme enceinte séropositive pendant l'accouchement

Situation 1 : Femme séropositive sous traitement ARV : Continuer le traitement ARV

Situation 2 : Femme séropositive non traitée qui est en travail, il faut initier l'un des schémas suivants :

Le schéma préférentiel recommandé sera :

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

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

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

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

b. CAS DU VIH 1+2

Traiter comme le cas du VIH2

Suivi et traitements associés chez la mère pendant la grossesse et en post-partum

La consultation prénatale (CPN) sera faite tous les mois ;

L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ;

La supplémentation systématique en fer + acide folique jusqu'à 3 mois après l'accouchement ;

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme par la SP à partir du 4ème mois (16 semaines) : une dose à 1 mois d'intervalle jusqu'à l'accouchement. Si la femme est sous Cotrimoxazole, l'arrêter et le substituer par la SP ;

La vaccination anti tétanique est recommandée ;

La recherche d'AgHBS est systématique ;

Vitamine A en post-partum ;

La charge virale sera faite si possible vers la 34ème semaine de grossesse ;

La patiente sera référée après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

CHEZ LE NOUVEAU-NE DE MERE SEROPOSITIVE

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

a. CAS DU VIH-1

• **Cas de Nouveau-né à risque élevé**

Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

-Si la CV de la mère est supérieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement,

-Si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines d'ARV avant l'accouchement,

-Si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en postpartum.

Dans ces cas, il faut donner une **BITHERAPIE** :

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau : Névirapine (NVP) sirop + Zidovudine (AZT) sirop

Nouveau-nés à risque élevée	Durée prophylaxie	Bithérapie	Posologies
Avec allaitement	12 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines. A partir de la septième semaine, ajuster la posologie en fonction du poids en une prise par jour jusqu'à la douzième semaine.
		AZT sirop 10mg/ml	4mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines. A partir de la septième semaine, ajuster la posologie en fonction du poids en deux prises par jour jusqu'à la douzième semaine.
Sans allaitement	6 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines.
		AZT sirop 10mg/ml	4mg/kg par prise en deux prises par jour 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 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 un nouveau-né à risque élevé en tenant compte du mode d'alimentation.

- **Cas de Nouveau-né à risque faible**

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

- Si la CV de la mère est inférieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement,

Dans ces cas, il faut donner une **MONOTHERAPIE** :

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau : Névirapine (NVP) sirop ou Zidovudine (AZT) sirop

Nouveau-nés à risque faible	Durée prophylaxie	Monothérapie	Posologies
Avec allaitement	6 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines.
Sans allaitement	6 semaines	AZT sirop 10mg/ml	4mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines.

b. CAS DE 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

c. Mode de calcul de la posologie des molécules ARV

Le mode de calcul en ml est le suivant :

- Névirapine (NVP) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,2ml en une dose journalière
- Zidovudine (AZT) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,4ml matin et soir

d. Alimentation du nourrisson

Le conseil en alimentation 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 suivantes sont réunies : alimentation acceptable, faisable, abordable financièrement, durable dans le temps et sûre (AFADS).

NB :

L'alimentation mixte est proscrite

L'aide à l'observance doit être renforcée chez la mère optant pour l'allaitement maternel.

e. Suivi et traitements associés Chez le nouveau-né

• Soins néonataux

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 le traitement ;

Sectionner le cordon après l'accouchement sans le traire ;

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

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 ;

Administer 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.

NB : 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 (voir en annexe).

- **Vaccination**

La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive ;

Le calendrier PEV doit être respecté ;

En cas d'immunodépression sévère ($CD4 < 15\%$), les vaccins à virus vivants atténués (Rougeole, Fièvre jaune...) ne doivent pas être utilisés.

IV. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé communautaire de Kalaban-Coro.

Présentation du centre

Le centre de santé communautaire de Kalaban-Coro est situé dans la commune de Kalaban-Coro derrière la gendarmerie de Kalaban-Coro à la rue 292, en face de l'école fondamentale Mamadou KOUNTA de Kalaban-Coro.

Le centre comprend deux bâtiments principaux :

1^{er} bâtiment : c'est le dispensaire où sont effectuées les consultations de médecine générale par un médecin, il comprend :

Une unité de soins infirmiers comprenant une salle de soins infirmiers dirigée par un infirmier diplômé d'état

Deux salles d'observation comprenant chacune 3 lits,

Une salle de garde

Un guichet

Un laboratoire

Deux salles de consultations pour respectivement le médecin et le major,

Une toilette interne avec douche

Une salle de vente et de dépôts de médicaments

Un hangar d'attente à la consultation

Un hangar pour l'unité PEV dans la cour

2^{ème} bâtiment : c'est la maternité dirigée par une sage-femme où sont effectués les consultations prénatales, les accouchements, les consultations postnatales, les consultations de planification familiale. Elle comprend :

Une salle de consultation prénatale

Deux salles d'observations (suites de couches) comprenant chacune respectivement 4 lits

Une salle d'attente avec une toilette reliée à la salle d'accouchement

Une salle d'accouchement

Une salle de planification familiale

Une salle de garde

Une salle de vaccination et de dépôt de médicaments

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Les autres unités : une unité de lutte contre la tuberculose dirigée par le major, le laboratoire d'analyse biomédicale dirigé par une technicienne supérieure de laboratoire et une unité de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dirigée par une sage-femme

2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive allant du 01 janvier au 31 décembre 2015 soit 12 mois.

3. Population d'Etude

Notre étude a concerné tout le personnel de santé de la maternité et les femmes enceintes vues en CPN lors de l'enquête au niveau du CSCOM de Kalaban-Coro.

4. Echantillonnage

4.1. Critères d'inclusion : ont été inclus dans cette étude le personnel de santé de la maternité, les femmes enceintes vues en CPN ayant acceptés de participer à l'enquête.

4.2. Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus de cette étude le personnel de santé de la maternité, les femmes enceintes non consentants.

5. Technique et outils de collecte des données :

Les techniques utilisées sont: l'analyse documentaire, les entretiens individuels, et les observations :

Les outils utilisés pour la collecte des données ont été:

Un guide d'entretien individuel pour chaque personnel de santé de la maternité,

Un guide d'entretien individuel pour chaque femme enceinte vue en CPN.

Ces fiches d'enquête ont été remplies en faisant des entretiens individuels auprès du personnel de santé de la maternité et les femmes enceintes vues en CPN.

Les fiches de stock des réactifs, des médicaments au niveau du CSCOM,

Les registres de CPN et de PTME,

Une grille d'observation.

6. Variables étudiées

Plusieurs variables ont été étudiées :

Variables quantitatives

Nombre d'agents de santé formés à la PTME,

Nombre d'agents de santé connaissant le protocole PTME,

Nombre de femmes ayant bénéficié d'un conseil pré test,

Nombre de femmes venues pour la CPN ayant accepté le test,

Nombre de femmes dépistées HIV+,

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Nombre de femmes ayant reçu le traitement prophylactique ARV.

Variables qualitatives

Disponibilité des ressources humaines et des intrants,

Satisfaction des femmes enceintes

7. Analyse des données:

Le traitement des données a consisté à un traitement informatique de celles-ci en suivant les étapes de codification, saisie, analyse et exploitation.

Par la suite, les questionnaires ont été saisis sur un ordinateur à l'aide de masques de saisie élaborés à cet effet sur EPI INFO version 3.5.3 dans sa version anglaise.

8. Aspects Ethiques

La participation à la présente enquête a été strictement volontaire. Un consentement éclairé et verbal a été obtenu pour chaque participante. La confidentialité de la participation a été observée. Seul un Numéro est mentionné sur la fiche d'enquête.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

9. Diagramme de GANTT

Date Activités	Octobre 2017	Novembre 2017 A Mars 2018	Mars 2018	Avril 2018	Mai 2018 à Novembre 2018	Décembre 2018
Recherche bibliographique du protocole						
Elaboration du protocole et corrections par le co-directeur						
Collecte et analyse des données						
Rédaction de la thèse						
Correction						
Soutenance						

V. Résultats

Cette étude nous a permis d'obtenir des informations sur l'offre des services de la PTME au CSCOM de Kalaban-Coro auprès de 100 femmes enceintes vues en CPN et 11 personnels de santé de la maternité. Sur ces 11 agents de santé, 2 étaient disponibles lors de l'administration du questionnaire sur le protocole thérapeutique en PTME. Ils affirment tous avoir eu connaissance du protocole thérapeutique en vigueur au Mali. En outre, les jours de dépistage VIH étaient connus par les 11 agents travaillant sur le site.

Tableau I : Répartition du personnel de santé selon la qualification

Qualification de l'agent de santé	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	3	27,3
Infirmière obstétricienne	5	45,5
Aide-soignante	1	9,1
Matrone	2	18,2
Total	11	100

La majorité du personnel interrogé était des infirmières obstétriciennes 45,5 %.

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

Formation PTME

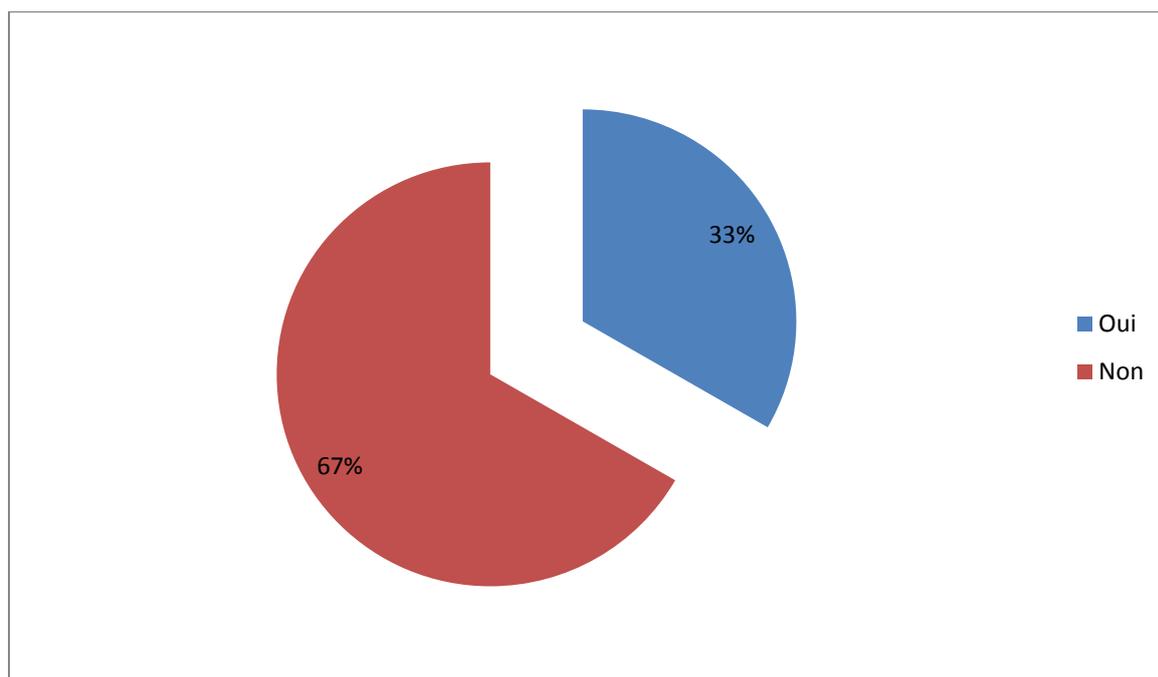


FIGURE 1 : Répartition du personnel de santé selon la formation reçue ou pas en PTME.

Période d'initiation du traitement ARV dans le cadre de la PTME

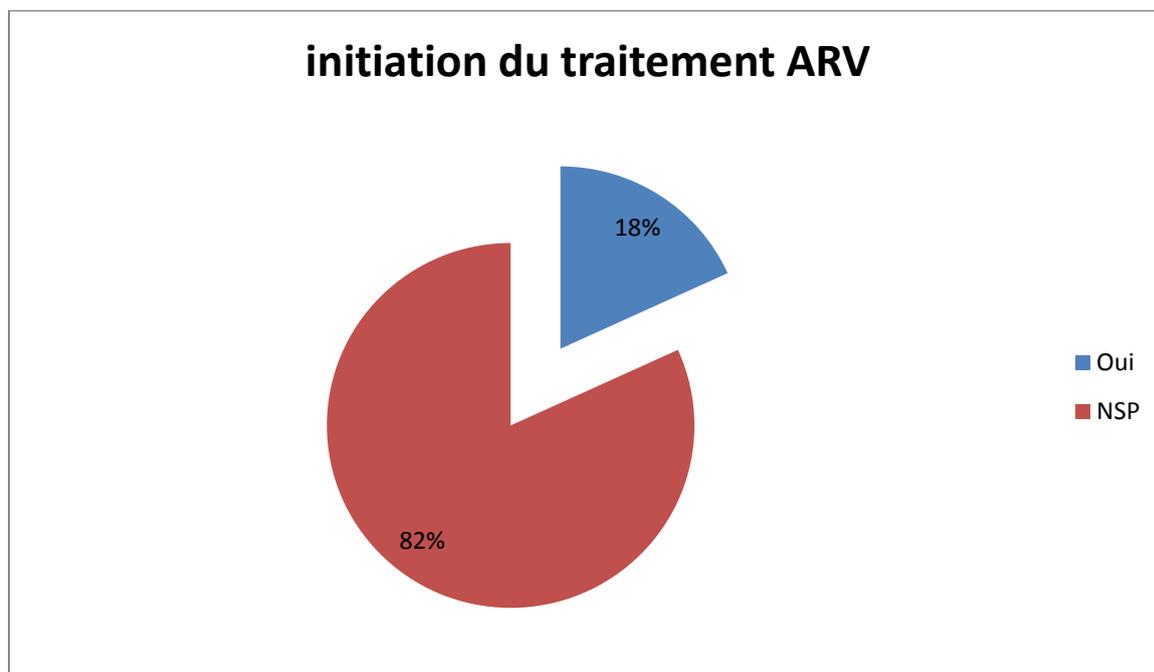


Figure 2 : Répartition du personnel selon leur connaissance sur la période d'initiation d'ARV dans le cadre de la PTME.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau II: Répartition du personnel de santé selon leur connaissance sur le rythme de suivi des gestantes séropositives

Suivi de la femme enceinte séropositive	Effectif	Pourcentage
Tous les mois	10	90,9
Ne sait pas	1	9,1
Total	11	100

Ce tableau montre que 90,9% du personnel pensaient que le suivi des gestantes se faisait tous les mois.

Tableau III: Répartition du personnel selon la pratique des visites à domicile

Visites à domicile	Effectif	Pourcentage
Non	11	100
Total	11	100

Ce tableau montre que la visite à domicile n'était pas effectuée dans 100 % des cas.

Tableau IV: Activité CPN et de dépistage

Année	Nombre de femmes vues en CPN1	Nombre de femmes conseillés	Nombre de test réalisés
2015(janvier-décembre)	2166	1946	1430

Ce tableau montre que toutes les femmes vues en CPN1 n'ont pas fait le test du VIH.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau V: Nombre de femme enceinte ayant reçu le traitement

Année	Nombre de femmes séropositives	Nombre de femmes ayant reçu ARV prophylactique	Nombre de femmes séropositives perdu de vu
2015(janvier-décembre)	27	27	12

Ce tableau montre que toutes les femmes ont reçu le traitement prophylactique.

Tableau VI: Nombre de jours de rupture des réactifs et des médicaments

Année	Réactifs	ARV FEMME	ARV ENFANT
2015	111	21	79

Ce tableau montre qu'il y'avait des ruptures de réactifs et d'ARV au niveau du CSCOM.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau VII: Grille d'observation

Banc dans la salle CPN	Oui	
Bancs suffisants	Oui	
Salle d'attente propre		Non
Salle d'attente aérée	Oui	
Salle CPN propre		Non
Salle CPN aérée	Oui	
L'offre de siège à la gestante	Oui	
Dépistage fait uniquement en présence des agents de santé		Non
Salle permettant une discrétion audio-visuelle		Non
Fermeture de la porte lors du processus de dépistage		Non
Armoire à clé pour garder les informations confidentielles	Oui	
Conseil de groupe tenu régulièrement sur le VIH		Non
Conseil individuel tenu régulièrement		Non

Ce tableau montre que toutes les conditions n'étaient pas réunies pour la mise en place de la PTME.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15-19	26	26
20-24	38	38
25-29	28	28
30-34	5	5
35-39	3	3
Total	100	100

La tranche d'âge de 20-24 était la plus représentée avec une fréquence de 38%.

Tableau IX: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	55	55
Alphabétisé	4	4
Primaire	24	24
Secondaire	4	4
Supérieur	1	1
Medersa	12	12
Total	100	100

Nous avons noté que 55% de nos gestantes n'étaient pas scolarisées.

Tableau X: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	7	7
Monogame	73	73
Polygame	20	20
Total	100	100

La majorité de nos gestantes était mariée et 73% vivaient dans un régime monogamique.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau XI: Répartition des gestantes selon leur niveau de satisfaction sur l'accueil en salle de CPN

Appréciation accueil	Effectif	Pourcentage
Très bon	4	4
Bon	95	95
Mauvais	1	1
Total	100	100

Une proportion de gestantes 95% trouvait que l'accueil était bon. Par contre une femme trouvait que l'accueil était mauvais car les locaux n'étaient pas propres et ne garantissaient pas la confidentialité.

Tableau XII: Répartition des gestantes selon le temps d'attente

Temps d'attente	Effectif	Pourcentage
Court	48	48
Long	19	19
Moyen	33	33
Total	100	100

Parmi nos gestantes, 48% trouvaient que le temps d'attente était court.

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur l'existence du VIH

Existence du VIH	Effectif	Pourcentage
Oui	100	100
Non	0	0
Total	100	100

La totalité de nos gestantes 100% avait entendu parler du VIH/SIDA.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur les modes de transmission du VIH

Modes de transmission	Effectif N=100	Pourcentage
Rapports sexuels non protégés	71	71
Contact sanguin	58	58
Transmission -mère enfant	25	25
Ne sait pas	15	15

Les rapports sexuels non protégés avec une personne dont le statut sérologique n'est pas connu, étaient le mode de transmission le plus évoqué avec 71%.

Tableau XV: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant

Transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant	Effectif	Pourcentage
Oui	74	74
Non	9	9
Ne sait pas	17	17
Total	100	100

Parmi nos gestantes, 74% affirmaient que la mère séropositive pouvait transmettre le VIH à son enfant.

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur les modes de transmission du VIH de la mère à son enfant

Modes de transmission du VIH de la mère à son enfant	Effectif N=74	Pourcentage
Pendant la grossesse	46	46
Au cours de l'accouchement	29	29
Au cours de l'allaitement	27	27
Ne sait pas	5	5

Parmi nos gestantes, 46% pensaient que la transmission du VIH de la mère à son enfant s'effectuait au cours de la grossesse.

Proposition du test

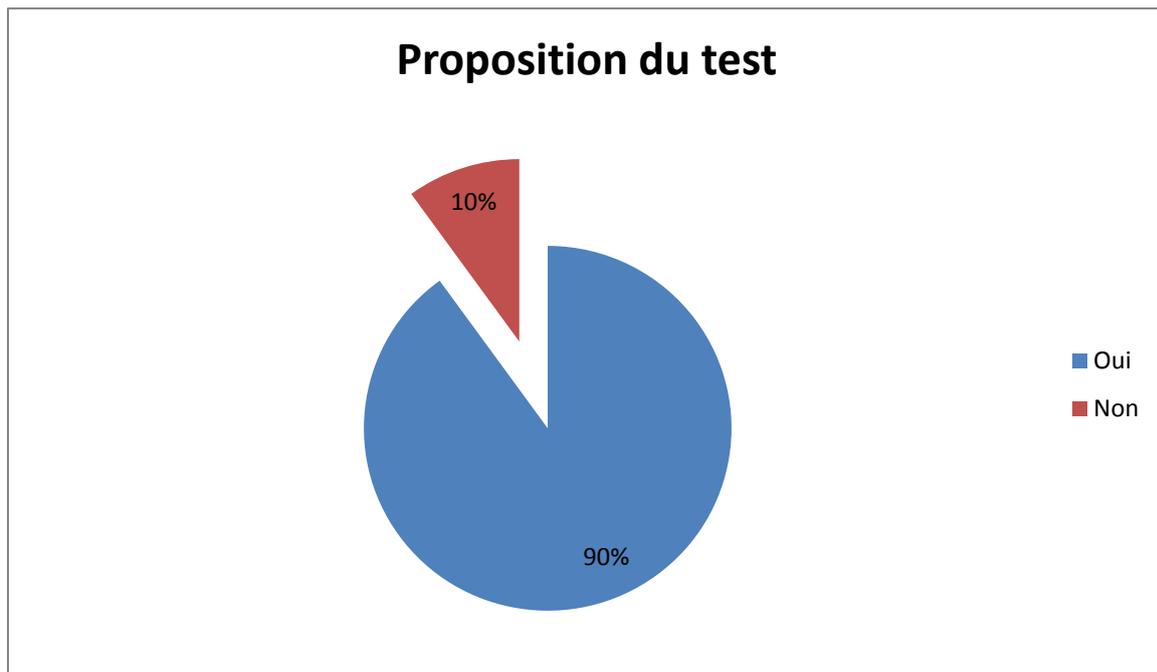


Figure 3 : Répartition des gestantes selon la proposition du test.

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon l'acceptation du test

Acceptation du test	Effectif	Pourcentage
Oui	83	92,2
Non	7	7,8
Total	90	100

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Ce tableau montre que 92,2% de nos gestantes avaient fait le test du VIH.

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon le counseling pré-test

Counseling pré-test	Effectif	Pourcentage
Oui	43	51
Non	40	49
Total	83	100

Ce tableau montre que 51% de nos gestantes avaient reçu le counseling pré-test sur le VIH.

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon le respect de la confidentialité au cours du counseling

Counseling fait en présence d'autres femmes	Effectif	Pourcentage
Oui	22	51,2
Non	21	48,8
Total	43	100

Ce tableau montre que 51,2% de nos gestantes avaient reçu leur counseling en présence d'autres femmes.

Tableau XX: Utilisation des supports de sensibilisation pendant le counseling pré-test

Utilisation des supports de sensibilisation pendant le counseling pré-test	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0
Non	43	100
Total	43	100

Les supports nécessaires à la compréhension de l'information n'étaient pas disponibles dans 100% des cas.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon la communication du résultat du test

Communication du résultat	Effectif	Pourcentage
Oui	71	85,5
Non	12	14,5
Total	83	100

Parmi nos gestantes, 85,5% avaient reçu le résultat de leur test.

Tableau XXII : Répartition des gestantes selon la communication du résultat en présence d'autres personnes

Communication du résultat en présence d'autres personnes	Effectif	Pourcentage
Oui	34	47,9
Non	37	52,1
Total	71	100

Près de la moitié 47,9% de nos gestantes avaient reçu le résultat de leur test en présence d'autres personnes.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Les limites de l'étude :

- La réticence des femmes au sujet VIH.
- La non disponibilité des prestataires n'a pas facilitée la collecte des données.
- Les fiches de stocks des réactifs et des médicaments étaient mal remplies et non à jour.
- Registres mal remplis ou introuvables au moment de la collecte des données.

6.2. Connaissances et Attitude du personnel de santé sur la PTME

Au cours de notre étude, les sages-femmes représentaient 27,3%, les infirmières obstétriciennes 45,5%, les aides-soignantes 9,1% et les matrones 18,2%.

Plus de la moitié (66,7 %) du personnel de santé n'avaient pas reçu de formation sur la PTME. S.Koné dans son étude trouvait que 58,3 du personnel n'avaient pas bénéficié de formation en counseling sur le VIH.

Au cours de notre étude, 81,8 % du personnel ne connaissaient pas le protocole thérapeutique retenu pour la PTME, 81% du personnel ne savaient pas quand débiter le traitement ARV chez la femme enceinte séropositive, 9,1% du personnel ne connaissaient pas le rythme de suivi de la femme enceinte séropositive. Cela pourrait s'expliquer par le fait que plus de la moitié des prestataires n'avait pas reçu de formation sur la PTME.

Tout le personnel de santé effectuait le conseil sur le dépistage du VIH soit 100%.

Toutes les personnes interrogées pensaient que la salle pour le counseling n'était pas bien adaptée pour les activités de la PTME. S.Koné dans son étude avait fait le même constat.

6.3. Disponibilité des intrants, des ressources humaines

Le personnel n'était pas disponible à tout moment. Les ruptures fréquentes des réactifs posaient d'énormes problèmes pour la bonne marche des activités de la PTME. Nous avons noté 111 jours soit 30,41% de rupture de réactif. Cela pourrait s'expliquer par le non-respect des délais de livraison des réactifs dans les sites.

6.4. Disponibilité des antirétroviraux

Nous avons noté 21 jours soit 5,75% de rupture d'ARV prophylactique pour les femmes enceintes et 79 jours soit 21,64% de rupture d'ARV pour les enfants.

Sur un total de 2166 gestantes vues en CPN1 1946 ont été sensibilisé soit un taux de 89,84%. TK. Traoré dans son étude avait trouvé un taux de 34,79 % [25]. Nous avons noté un taux d'adhérence au dépistage de 66%. Ladner et al en 1992-1993 à Kigali (Rwanda) ont obtenu 90% de taux d'acceptation [26].

MegniGbeto-Obey et al en 2002 au Bénin ont obtenu 74,8% de taux d'acceptation [27].

EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015

Le Professeur François David et al en Aout-Octobre 1997 ont obtenu :

- Au Burkina Faso 76% de taux d'acceptation
- En Côte d'Ivoire (I) et (II) 46% et 49%
- Au Kenya 69%
- Malawi (I) et (II) 36% et 61%
- South Africa 95%
- Tanzanie 75%
- Zambie 85%
- Zimbabwe 33%
- Thaïlande 68% [28].

TK. Traoré dans son étude avait trouvé un taux de 21,34 %. 31

L'étude montre un taux de séropositivité au VIH en CPN1 de 1,8%. KONE K en 2001, DAFPE B en 2002 et T Lamine en 2007 [29] à Bamako, avaient trouvé des taux respectifs de 9,1%, 7,19% et 9,26 %. Cette baisse de la prévalence pourrait s'expliquer d'une part par la baisse de la prévalence dans la population générale et d'autre part du fait que notre étude s'est déroulée dans le seul centre de Kalaban-Coro.

Au cours de notre étude toutes les femmes ont reçu le traitement prophylactique soit 100%.

TK. Traoré dans son étude avait trouvé un taux de 93,75%.

6.5. Satisfaction des usagers PTME

Il ressort de cette étude que les femmes sont globalement satisfaites des prestations offertes par le personnel de santé. Plus de la majorité des gestantes étaient satisfaites de l'accueil (95%).

Les aspects qui ne recueillent pas un niveau de satisfaction à 100% sont surtout le temps d'attente (19%).

VII. CONCLUSION

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA constitue une occasion pour la femme enceinte de connaître son statut sérologique et d'assurer la prévention ou la prise en charge en fonction du statut sérologique.

C'est ainsi qu'au Mali depuis plus d'une décennie, la prévention de la transmission mère enfant du VIH fait partie des paquets de services des structures de santé de sorte que toute femme enceinte vue en CPN dans une structure de santé reçoit le counseling PTME.

Notre étude qui visait à évaluer l'offre des services PTME a été réalisée au CSCOM de Kalaban-Coro auprès du personnel de santé de la maternité et 100 femmes enceintes vues en CPN. Elle a abouti aux constats suivants :

- les ruptures fréquentes de réactifs pour le dépistage,
- la non pratique du counseling chez toutes les femmes enceintes,
- les ruptures des médicaments antirétroviraux,
- la non-disponibilité d'une salle adéquate pour le counseling.

La non-formation de tout le personnel sur la PTME.

Par ailleurs, plusieurs points forts existent quant à l'offre de la PTME entre autres :

- la bonne qualité de l'accueil,
- la proposition du test à un grand nombre de gestantes,
- la gratuité du test.

VIII. RECOMMANDATIONS

Nous recommandons

➤ **Aux autorités Politiques et sanitaires**

Prévenir l'infection à VIH chez les femmes surtout en âge de procréer

Assurer la prise en charge gratuite des pathologies associées chez les enfants et leurs mères.

Assurer la formation continue du personnel sanitaire pour une meilleure prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Pouvoir la scolarisation des filles

Former et recycler le Personnel pour la PTME.

Assurer la disponibilité en permanence des réactifs et des médicaments pour la PTME.

➤ **Aux agents de santé**

Ecouter, sensibiliser et assister les mères séropositives pour une meilleure prévention de la transmission mère enfant du VIH.

Eviter la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les structures sanitaires.

Faire le counseling à toutes les femmes enceintes au cours des CPN.

Utiliser les supports de sensibilisations pendant le counseling pré et post-test.

Tenir à jour et remplir correctement les fiches de stocks des réactifs et des médicaments.

Faire des visites à domicile.

➤ **A la population**

Accepter le dépistage prénatal systématique du VIH.

Eviter la stigmatisation de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Accepter l'allaitement artificiel si toutes les conditions AFASS sont réunies.

Références bibliographiques

- 1- **KANZYOMO P O. épouse SAMPEBRE.** Programme de Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH au centre universitaire Yalgado Ouedraogo : Evaluation de la satisfaction des couples [Thèse : Méd]. Ouagadougou : université de Ouagadougou ; 2010.125p.
- 2-**Sogoba S.** Prise en charge de l'infection VIH/SIDA sur grossesse dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou [Thèse : méd] Bamako : université de Bamako ; 2008.90p.
- 3-**ONUSIDA.** FICHE D'INFORMATION 2017 disponible sur http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2017_fr.pdf consultée le 24-9-2017 à 21H17mn
- 4-**ONUSIDA.** Estimations VIH et SIDA (2016) disponible sur <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/mali> consulté le 8-3-2018
- 5- **Ministère de la santé. Enquête Démographique et de Santé dans certaines régions du Mali : EDSM V 2012-2013.** Bamako : Ministère de la Santé ; 2013
- 6-**OMS.** VIH/sida : Transmission du VIH de la mère à l'enfant disponible sur <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/fr/> consulté le 29-5-2017 à 1H32mn
- 7-**Koné S.** Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou secteur I du District de Bamako [Thèse : Méd]. Bamako : université de Bamako ; 2012.60p.
- 8-**Koné J W.** Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez les gestantes en commune 2 du district de Bamako [Thèse : Méd]. Bamako : université de Bamako ; 2010.101P
- 9- **Gentilini M, Duflo B :**
SIDA tropical in Médecine tropicale, 1986, 401-413 n° 4286.
- 10- **OMS :** Centre des médias. Aide-mémoire. Grossesse et VIH/SIDA. Juin 2000 ; 250 : P1-2.
- 11-**BARRE S. F., CHERMUN J. C., REY F., NUGEYRE M. T., CHARMARE T., GRUEST J., DAUGUET C., AXLER-BLINC., VEZINET B. F., ROUZIOUK C., ROZEMBAUG W., MONTAGNIER L.:** Isolation of a T lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Sciences 1983 ; 220(5499) : 868-871.
- 12-**LAPORTE A., LOT F. :** Epidémiologie : situation actuelle et tendance. Dion Edit 2001 : 49-59.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

- 13-SANGARE K. A., COULIBALY I. M., EHOUMAN A. :** Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans dix régions de Côte d'Ivoire. Santé 1998 May; 8(3): 193-8.
- 14-NDUATI R., MBORI N. et al.:** Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. JAMA 2000 ; 283(9) : 1167 -74.
- 15-BOUCHAUD O., FONTAINET A., NIYONGABO T. :** Particularités de l'infection VIH en zone tropicale. Doin Edit, 2001 ; 20 : 61-70.
- 16-BLANCHE S., MAYAUX M J. :** L'infection à VIH de la mère et de l'enfant, taux de transmission et facteurs de risque, Cahier Santé 1998 ; 76 : 25-31.
- 17- CCSLs. Manuel pour le formateur PTME 2007 p 115-122**
- 18-DNS, DPM, PLNS, et CESAC.** Manuel de référence : Compétences en counseling en matière de VIH/SIDA axé sur la PTME UNICEF Mali, septembre 2003-8-11
- 19-Donna L. Lamping, Lawrence Joseph, Bill Ryan et Norbert Gilmore.** Santé mentale au Québec, vol. 17, n°1, 1992, p. 73-95
- 20-Ministère de la santé. Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA du Mali Novembre 2013. p 69**
- 21-Keita L.** Recherche de l'infection à VIH chez 151 gestantes vues au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de Mars 2003 à février [Thèse : méd]. Bamako: FMPOS; 2004. N° 23 15- 16 P
- 22-INTERNATIONAL PÉRINATAL HIV GROUP. :** Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. AIDS 2001; 15: 357-68.
- 23-LIFF P. J., PIWOZE E., TAVENGWA 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 Apr29; 19(7): 699-708.
- 24-Anonyme: Cellule sectorielle de lutte contre le Sida. Ministère de la santé et de l'Hygiène publique du Mali.** Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA au Mali Juin 2016, 121 -130.
- 25- Traoré T K.**Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé communautaire de Banconi[Thèse : Méd]. Bamako : université de Bamako ; 2011.77P
- 26-Dabi F, Leray V et Al.** Prevention mothers to child of HIV1 in Africa inthe year 2000 ISSN 0269-9370 AIDS 2000.
- 27- Desclaux A et Al.** Dépistage et conseil auprès des femmes enceintes, sociétés d'Afrique et SIDA, N°14 :3-4 Octobre 1996

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

**28- Troisième congrès de la SAGO. Benin – Togo : livre de conférence et de
communication Janvier 2002.**

FICHE D'ENQUETE

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES FEMMES ENCEINTES

*Bonjour Mme, je suis Sylvie KadidiaBallo, étudiante en dernière année de médecine. Vous avez été identifié en tant qu'usager du CScom de Kalaban-Coro. Je souhaite m'entretenir avec vous sur certains aspects concernant les prestations du centre. L'entretien est **anonyme et ne prendra pas beaucoup de temps**. Tout d'accord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à ce travail. Avec votre permission je vais commencer.*

Numéro de la fiche.....

Nom de l'agent enquêteur : Date :

Information concernant la femme enceinte :

Age:

Niveau d'éducation : /___/aucun, /___/primaire, /___/secondaire, /___/supérieure, /___/alphabétisé

Comment appréciez-vous votre accueil dans la salle de CPN ? Très bon

/___/Bon/___/Mauvais Comment trouvez-vous le temps d'attente ? Court /___/Moyen/___/Long

Etes- vous satisfaite du niveau d'intimité fourni pendant la consultation (discretion visuelle et auditive) ? Oui /___/Non/___/

Etes- vous satisfaite du niveau de respect dont vous avez bénéficié de la part de l'agent de santé ? Oui /___/Non/___/

L'agent de santé vous a-t-il parlé du VIH/SIDA ? /___/oui /___/non

Comment se transmet le VIH selon vous ? Rapports sexuels non protégés/___/ Contact sanguin/___/ transmission-mère-enfant /___/NSP/___/ Autre à préciser.....

Quels sont les moyens de prévention du VIH /SIDA ?

Abstinence/___/ La fidélité à un seul partenaire séronégatif/___/ L'utilisation du préservatif/___/Autres à préciser.....

La mère séropositive peut-elle transmettre le virus du SIDA à son enfant ? Oui/___/ Non/___/NSP/___/

Si oui, à quel moment ? Pendant la grossesse/___/ Au cours de l'accouchement/___/ Au cours de l'allaitement/___/NSP/___/

Pensez-vous que cette transmission peut être évitée ? Oui/___/ Non/___/NSP/___/

Si oui, comment ? Par le dépistage précoce/___/ Par la prise des ARV/___/ Par le suivi de la femme séropositive/___/Autre à préciser.....

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Etes- vous satisfaite de la manière dont l'agent de santé vous a parlé de la maladie ? /__/_/oui
/__/_/non

L'agent de santé vous a t'il proposé un test de dépistage du VIH confidentiel ? /__/_/Oui
/__/_/non

Avez-vous accepté de faire le test ? /__/_/oui /__/_/ non

L'agent de santé vous a-t-il obligé à faire le test ? /__/_/Non/__/

Avez-vous payé de l'argent pour faire le test ? Oui/__/Non/__/

Est-ce qu'on vous a fait le counseling avant le test ? Oui/__/Non/__/

Avez-vous reçu votre counseling en présence d'autres femmes ? Oui/__/Non/__/

Est-ce que les supports de sensibilisations ont été utilisés pendant le counseling pré-test ?
Oui/__/Non/__/

Avez-vous eu besoin de l'accord d'une autre personne pour faire le test ? Oui/__/Non/__/

Est-ce qu'on vous communiqué le résultat de votre test ? Oui/__/Non/__/

Avez-vous reçu votre résultat en présence d'autres personnes ? Oui/__/Non/__/

Quel est votre statut sérologique ?.....

L'agent de santé vous a-t-il parlé d'un second test ? Oui/__/Non/__/

Si oui, ce test sera fait combien de temps après ?.....

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DE SANTÉ

A-Identification de l'agent de santé

Sexe : Masculin/__/Féminin/__/

B-Qualification de l'agent de santé

Médecin/__/ Sage-femme/__/ Infirmière obstétricienne/__/ Assistant médical/__/ Aide-soignante/__/ Matrone/__/ Autre à préciser.....

C-CONNAISSANCE ATTITUDE ET OPINION SUR LA PTME

Connaissez-vous la PTME ? Oui /__/Non/__/

Avez-vous reçu une formation en PTME ? Oui/__/ Non/__/

Si oui, quelle est la date de votre dernière formation en

PTME ?.....

Quels sont les services offerts sur la PTME dans votre centre ? Conseil avant le test/__/Test VIH/__/Conseil après test/__/Prise en charge de la femme enceinte séropositive/__/ Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive/__/

Où est ce que les conseils personnalisés sont-ils menés ? /__/Dans la salle CPN /__/Dans une salle isolée/__/Dans n'importe quelle salle selon le choix du bénéficiaire /__/Autre (à préciser) ?.....

Le personnel est-il disponible à tout moment ? Oui/__/ Non/__/

Faites-vous le test ? Oui/__/Non/__/

Comment réalisez-vous les tests VIH ? Tous les tests sont faits sur le site /__/ Tests préliminaires faits sur le site, épreuves de confirmation envoyées à d'autres laboratoires/__/

Le test est-il gratuit ?.....

Quel est le type de test utilisé ? /__/Test de laboratoire /__/Test rapide

Quels sont les jours où les prestations de conseil pré test sont disponibles dans votre site PTME/VIH ?

/__/Lundi...../__/Mardi.....

/__/ Mercredi...../__/Jeudi.....

/__/Vendredi...../__/Autre :à préciser.....

Est-ce que le dépistage se fait à tout moment indépendamment des moments de la CPN ?

Oui/__/ Non/__/

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Faites-vous le counseling chez toutes les toutes nouvelles femmes enceintes reçues en CPN ?

Oui/___/ Non/___/NSP/___/

Si non, pourquoi ?

.....

Si le test est négatif que faites-vous ?

Conseils pour rester séronégative/___/ Rendez-vous dans 3 mois pour la confirmation/___/

Si le test est positif que faites-vous ?

Prise en charge/___/ Référence/___/ Autres à préciser.....

Si prise en charge, quand débutez-vous le traitement ?.....

Quel est le protocole thérapeutique retenu pour la

PTME ?.....

Quel est le rythme de suivi de la femme enceinte séropositive ?.....

Selon vous, quels sont les gestes qui augmentent le risque de transmission du VIH lors de l'accouchement ? Rupture prématurée des membranes/___/ Episiotomie/___/ Forceps/___/

Toucher vaginal itératif/___/ Le fait de traire le cordon Ventouse/___/

Avez-vous des supports d'IEC pour la PTME ? Oui/___/ Non/___/

Faites-vous des séances de visites à domicile pour les femmes enceintes séropositives ?

Oui/___/Non/___/NSP/___/

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'application de la PTME ?.....

.....

Quelles propositions faites-vous pour une meilleure application de la PTME

?.....

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Fiche d'exploitation documentaire

A-Les médicaments

Existence de fiches de stock : Oui/___/ Non/___/

Fiches de stock à jour : Oui/___/Non/___/ partiellement/___/

Les ARV sont-ils disponibles dans votre structure ? Oui/___/ Non/___/

Constatez-vous des cas de rupture d'ARV ? Oui/___/ Non/___/

Si oui préciser l'ARV et la durée

B-Les réactifs

Existence de fiches de stock : Oui/___/ Non/___/

Disponibilité des réactifs : Oui/___/ Non/___/

Nombre de jour de rupture par réactif (si plusieurs réactifs).....

C-Les rapports d'activités

Population totale : /_____ /

Population cible CPN : /_____ /

Nombre de CPN1 (pendant les 12 mois) : CPN1 /_____ /

Taux de couvertures en CPN : CPN1 /_____ /

Nombre de counseling réalisé en CPN1 pendant la période : /_____ /

Nombre de femmes enceintes dépistées pendant la période : /_____ /

Nombre de femmes enceintes séropositives : /___/

Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu ARV/___/

Nombre de séances d'IEC de groupe organisées pendant la période : /_____ /

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Grille d'observation

- Existence de bancs dans la salle d'attente ? Oui/___/Non/___/
- Nombre de bancs suffisants ? Oui/___/Non/___/
- Salle d'attente propre ? Oui/___/Non/___/
- Salle d'attente aérée ? Oui/___/Non/___/
- Salle CPN propre ? Oui/___/Non/___/
- Salle CPN aérée ? Oui/___/Non/___/
- L'agent de santé invite-t-il la femme à s'asseoir ? Oui/___/Non/___/
- Le processus de dépistage est-il fait uniquement en présence des agents de santé ?
Oui/___/Non/___/
- Peut-on entendre les prestataires au dehors de la salle CPN ? Oui/___/Non/___/
- Fermeture de la porte lors de l'examen de la femme ? Oui/___/Non/___/
- Fermeture de la porte lors du processus de dépistage ? Oui/___/Non/___/
- Existence de matériel pour l'IEC en counseling VIH ? Oui/___/ Non/___/
- Affiche de protocole PTME ? Oui/___/ Non/___/
- Existence d'une armoire à clé pour garder les informations confidentielles ? Oui/___/Non/___/
- Le conseil de groupe est-il tenu régulièrement ? Oui/___/Non/___/
- Le conseil individuel est-il tenu régulièrement ? Oui/___/Non/___/

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Ballo

Prénom : Sylvie Kadidia Email : sylviekadidiaballo@yahoo.fr Tél : 0022379329727

Titre : Évaluation de l'offre des services de la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au CSCOM de Kalaban Coro en 2015

Année académique : 2017-2018

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Infectiologie

Résumé :

Dans le but d'évaluer l'offre des services PTME dans le centre de santé communautaire de Kalaban-Coro en 2015, nous avons mené une étude transversale rétrospective à visée descriptive.

Nous avons interrogé 11 personnels de santé de la maternité et 100 femmes enceintes vues en CPN. Les résultats ont montré que 81,8 du personnel ne connaissaient pas la période d'initiation du traitement ARV, 81,8% ne connaissaient pas le protocole thérapeutique retenu pour la PTME. Le personnel n'était pas disponible à tout moment, on notait la rupture fréquente des réactifs pour le dépistage et des antirétroviraux. Le taux de counseling réalisé était de 90 % et le taux de dépistage était de 66%. Il ressort de cette étude que les femmes sont globalement satisfaites des prestations offertes par le personnel de santé.

Il est donc nécessaire de rendre disponible en permanence les réactifs pour le dépistage, les antirétroviraux, de former et recycler tout le personnel de la maternité pour améliorer la mise en œuvre du programme de la PTME du VIH.

Mots clés : VIH, PTME, CSCOM de Kalaban-Coro.

**EVALUATION DE L'OFFRE DES SERVICES DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH AU CSCOM DE KALABAN-CORO EN 2015**

Name: Ballo

First name: Sylvie Kadidia Email: sylviekadidiaballo@yahoo.fr Tel: 0022379329727

Title: Evaluation of the provision of services for the prevention of mother-to-child transmission of HIV / AIDS at the Kalaban Coro CSCOM in 2015

Academic year: 2017-2018

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako.

Focus Area: Public Health, Infectiology

Summary:

In order to evaluate the supply of PMTCT services in the Kalaban Coro Community Health Center in 2015, we conducted a descriptive retrospective cross-sectional study.

We interviewed 11 maternity health staff and 100 pregnant women seen in CPN. The results showed that 81.8 of the staff did not know the initiation period of ARV treatment, 81.8% did not know the therapeutic protocol chosen for PMTCT. Staff were not available at all times and there was frequent failure of screening reagents and antiretrovirals. The counseling rate was 90% and the screening rate was 66%. This study shows that women are generally satisfied with the services provided by health personnel.

It is therefore necessary to make available continuously the reagents for screening, antiretrovirals, train and retrain all maternity staff to improve the implementation of the program of the PMTCT of HIV.

Key words: HIV, PMTCT, Kalaban-Coro CSCOM.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. Je le jure !