



U.S.T.T-B

ersitaire : 2019-2020

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie



N °

THESE

**CONNAISSANCE ATTITUDE ET PRATIQUE DES
GESTANTES 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 23/10/2020 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par : M. DAFTE ABDOULAYE

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

JURY:

PRESIDENT :

Pr Abdoul Aziz DIAKITE

MEMBRE :

Dr Nouhoum TELLY

CO-DIRECTEUR :

Dr Mamadou KEÏTA

DIRECTEUR :

Pr Seydou DOUMBIA

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: Fatoumata Bingui KONE

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: Mamadou DAFPE

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 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.

➤ **A mon oncle : M. MOUSSA DAFPE**

Toujours considéré comme mon papa, c'est avec toi que j'ai passé plus de temps de ma vie, tu n'as jamais fait de distinction entre les enfants qui étaient sous ton autorité, tu as voulu le meilleur de moi, c'est grâce à toi que j'ai connu le châtiment et l'amour paternel et tu t'es toujours soucié de mon éducation jusqu'à ce que je te fasse la tête pour venir poursuivre mes études au Mali. Je remercie Dieu de t'avoir eu comme oncle car tu m'as inculqué le sens de la vérité, de l'honnêteté, de la rigueur et de la discipline de la vie malgré tout... Je t'en suis reconnaissant, que le Seigneur Dieu dans son infini amour te donne longue vie, plein de bonheur, de joie et de succès dans tes œuvres que tu veux accomplir. Amen !

➤ **A ma tante : Mme DAFPE ZEINAB DIARRA**

Avec toi, j'ai passé le plus grand moment, ce vécu n'était pas du tout facile et encore moins difficile, en toi j'ai reçu les conseils et l'affection d'une mère, chez toi j'ai vu la vraie figure de l'Homme mais grâce à ça j'ai eu le courage et l'abnégation de vaincre mes peurs pour atteindre mes objectifs. Aujourd'hui, j'en suis convaincu que tu ne te posais sans aucun doute des questions comment je vis et comment je fais pour poursuivre mes études. Quel qu'en soit ce qui s'est passé en bien comme en mal je te reconnais comme une mère car une partie de mon éducation découle de toi. Retrouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance, que Dieu bénisse tes projets. Amen !

REMERCIEMENTS :

A mes tontons:

Votre soutien moral et financier ont été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie surtout mon tonton **Feu ALPHA MACKY NIANG**.

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. Particulièrement à KONE Aboubacar Sidiki.

A mes amis: Je garde de vous un heureux souvenir. Particulièrement à SY Tidiani, SIDIBE Seriba et WADE Ousmane qui m'ont toujours soutenu durant des périodes cruciales.

Aux membres de l'AESM SUNPU KAFO [Association des Etudiant(es) Soninkés de Mali], de l'AMERS (Amical des Etudiants Ressortissants de Ségou) et la grande famille RASERE: Merci pour les conseils et encouragement.

Aux Internes du CSREF CVI:, DOUMBIA Brahima, KONE N'Tchi, DIARRA Salif, Diakité Bakary; merci pour votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Aux aînés du service: Dr DIAKITE Oumar Noumory, Dr TOGOLA Moussa, Dr DIAKITE Adama, Dr MARIKO Salif, Dr SANOGO Sekou, Dr TOGORA Moussa, Dr KAMATE Gninoussa, Dr SANOGO Moulaye, Dr KONE Assitan, Dr DIALLO Rapha, Dr SAMAKE Bakary, Dr DICKO Oumar; 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

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.**

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

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 ATLAS à Sogoniko, la clinique Médicale LAC-TELE à l'ACI2000, la clinique Médicale KEBA-DAFFE 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 maître et président du jury

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS) ;**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique,**
- **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales,**
- **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie du CHU GT;**
- **Président de la commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier et universitaire Gabriel Touré (CHU GT),**
- **Membre de l'association malienne de pédiatrie,**
- **Président du groupe technique consultatif sur les vaccins et la vaccination (GTCV).**

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.

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

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Dr NOUHOUM TELLY

- **Maitre-assistant en épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (FMOS/USTTB);**
- **Ancien responsable des études et recherches à la cellule sectorielle de lutte contre le Sida, la tuberculose et les hépatites virales du Ministère de la santé et du développement social;**
- **Ancien coordinateur d'études à ICAP/ICER Mali et Centre pour le Développement des Vaccins (CVD).**
- **Membre du comité scientifique VIH**
- **Membre de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP)**

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 au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako (CSRéf CVI);**
- **Praticien Hospitalier au CSRéf CVI**
- **Chef adjoint du service de Gynécologie et d'Obstétrique de la Commune 6.**
- **Président de l'ordre des médecins au CSRéf de la CVI.**

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 Seydou DOUMBIA

- **Professeur titulaire en Épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'odonto-Stomatologie (FMOS)**
- **Doyen de la FMOS**
- **Director of University Clinical Research Center (UCRC)**
- **Enseignant Chercheur à la FMOS**

Cher maître,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger notre travail. Votre rigueur scientifique, votre raisonnement scientifique, vos qualités humaines et votre souci du travail bien fait, font de vous un espoir certain de la Santé Publique au Mali. En peu de temps vous nous avez appris à travailler avec méthode, efficience et efficacité. Ce travail est le fruit du suivi sans relâche dont vous faites preuve à notre égard. Veuillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

ASAT : Aspartate alanine transférase

ALAT: Alanine Aminotransferase

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 Prénatale 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 : Hôpital 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 Résonnance Magnétique

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

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	Objectif.....	3
1.	Objectif général :.....	3
2.	Objectifs Spécifiques :	3
III.	Généralité.....	4
IV.	Méthodologie	26
4.1.	Cadre d'étude :.....	26
4.2.	Type d'étude :.....	26
4.3.	Période d'étude :	26
4.4.	Population d'étude :.....	26
4.5.	Echantillonnage :	27
4.6.	Techniques et outils de collecte des données :	27
4.7.	Déroulement de l'étude :	27
4.8.	Saisie et analyse informatique des données:	27
4.9.	Aspect éthique	28
4.10.	Variables	28
V.	Résultat :	29
VII.	Conclusion	38
VIII.	Recommandations.....	39
IX.	Références.....	40
X.	ANNEXE.....	i

Liste des figures

Figure 1: Risque de transmission de la mère à l'enfant [36]**Erreur ! Signet non défini.**

Figure 2 : Pathogenèse de la transmission materno-fœtale [36] **Erreur ! Signet non défini.**

Liste des graphiques

Tableau I : Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 CDC 1993. In OMS [7]. Nombre de lymphocytes CD4 +	13
Tableau II : Classification de BANGUI, 1985 (Définition clinique du SIDA de l'adulte en Afrique). In OMS [7]	14
Tableau III : Répartition des gestantes selon leurs Caractéristiques sociodémographiques..	29
Tableau IV : Répartition des gestantes selon les Antécédents Obstétricaux.....	30
Tableau V : Répartition des gestantes selon la Source d'information.....	30
Tableau VI : Répartition des gestantes selon les Connaissances sur la PTME.....	31
Tableau VII : Répartition des gestantes selon les Connaissances sur le dépistage du VIH...	32
Tableau VIII : Corrélation entre le statut sérologique VIH /SIDA et le statut matrimonial..	32
Tableau IX : Répartition des gestantes selon Attitudes et pratiques des gestantes sur la PTME	33

I. 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 transmission mère-enfant .

Le nombre de femmes infectées est en constante augmentation plus de 7000 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées chaque semaine par le VIH (2017) [1]. Le nombre total de personnes infectées par le VIH à travers le monde était de 35 millions en fin 2013 et de 36,9 millions en 2017 dont 21,7 millions sous traitement antirétroviral [1].

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. 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. Le nombre de décès dû au SIDA dans le monde était 1,5 millions en 2013 contre 940000 en fin 2017 (ONUSIDA) [1] .

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 , 1,8 millions des enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH /SIDA (2017) [1].

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

Au Mali, 1,1 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Le taux de séoprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,3 %) est plus élevé que celui estimé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8 %) selon EDSM V de 2012-2013.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 1.4 % en 2014 (EDSM V).

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.
- Elimination 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'Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH. Ceci nécessite l'extension de la couverture à toutes les structures de soins y compris celles privées et para publiques. En commune VI il y a 34 sites PTME fonctionnels et plus 100 agents de santé ont été formés en PTME de 2014 à nos jours.

En 2015 la commune VI comptait 580887 habitants dont 25482 femmes enceintes qui ont faits leurs suivies prénatales. Parmi les femmes qui ont fait leurs suivies 301 sont séropositives soit 1.4% du VIH parmi les femmes testées.

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 ; nous avons initié cette étude en se fixant comme objectifs :

II. Objectif

1. Objectif général :

Evaluer le niveau de connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des gestantes sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la commune VI du district de Bamako.

2. Objectifs Spécifiques :

- Identifier les sources d'information des gestantes
- Déterminer les connaissances des gestantes sur la PTME du VIH/SIDA.
- Décrire les Attitudes et les pratiques des gestantes

III. Généralité

1. Définitions :

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise. (OMS)

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine. (OMS)

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 gestantes ;

Attitudes : Manière de se comporter au moment des soins ; comment les gestantes 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 Gestantes appliques leurs connaissances et attitudes vis-à-vis d'un sujet donné, à travers leurs actions .

2. Epidémiologie :

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 subsaharienne qui concentre 70-80% des cas.

Elle a causé la mort à 3,1 millions d'individus en 2014 selon les estimations de l'organisation des nations unies sur le VIH/SIDA (**ONUSIDA**). [7].

En 2017, le nombre de personnes infectées est de 36.9 millions dont 24,7 millions en Afrique subsaharienne . 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 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].

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

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 SINOSSI 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 Centers for Disease Control (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. Pathogénie

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 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 les molécules CCR4 et CC R5 [11].

6 1-2- Rétro transcriptions et intégration:

L'ARN viral, encore associé à des protéines de capsid est rétro-transcrit en ADN complémentaire par la transcriptase inverse. Puis cet ADN mono caténaire 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 viral.

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 [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].

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).

6. 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 du 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.

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

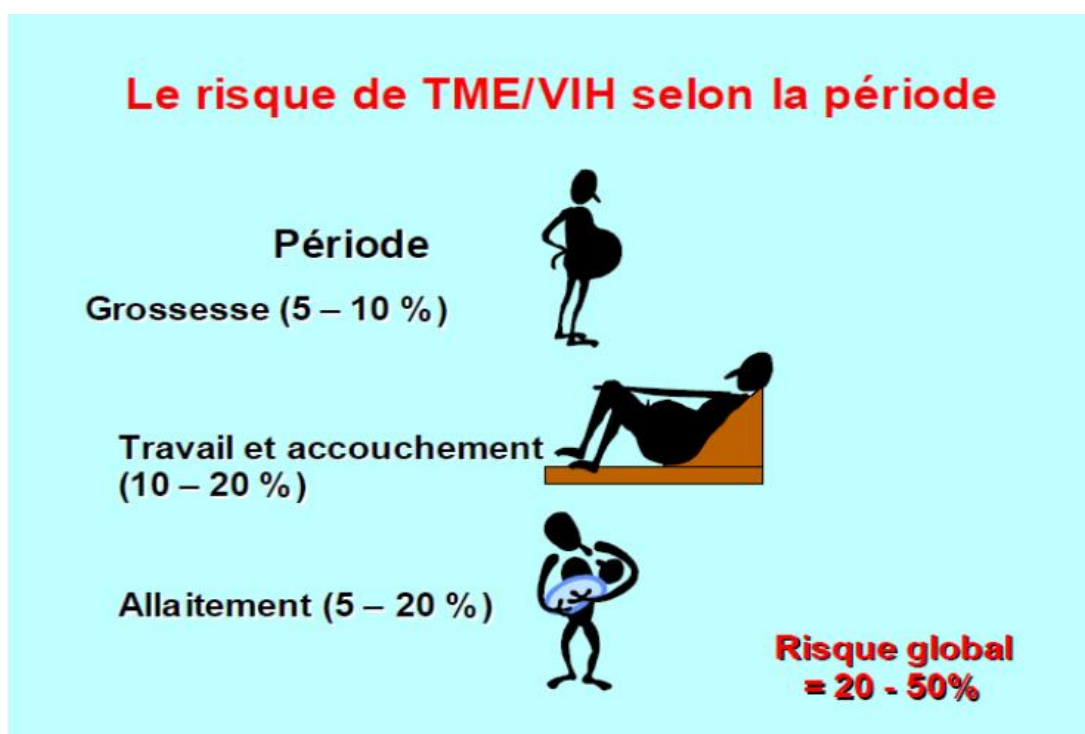


Figure 3 : Risque de transmission de la mère à l'enfant [36]

❖ 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 a été lié au risque accru de transmission mère enfant.

✚ 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. [16, 17,19].

Les Facteurs obstétricaux :

- Gestes invasifs au cours de la grossesse (cerclage du col, amniocentèse, amnioscopie, épisiotomie)
- Type d'accouchement (Prématuré= +++, à terme= ++, césarienne= +)
- 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 :

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

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

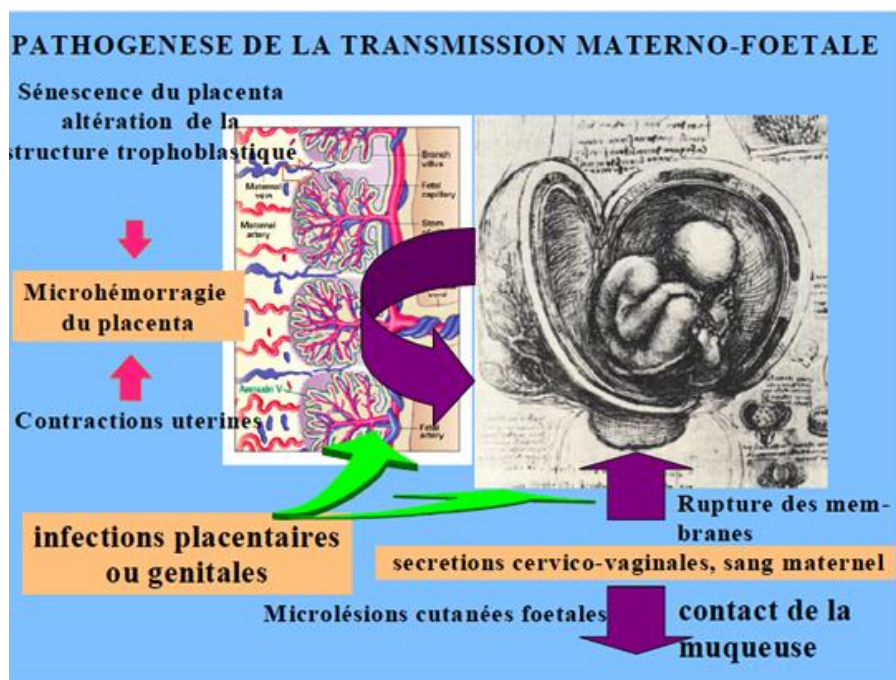


Figure 4 : Pathogénèse de la transmission materno-fœtale [36]

- ✚ 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'immaturité 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.

7. 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[21].

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[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*: Une des infections opportunistes les plus fréquentes.

8-3-2-Toxoplasmose: infection à *Toxoplasma gondii* : Avec comme principale localisation le système nerveux central.

8-3-3-Candidoses: Observées chez 80 à 90% des patients infectés par le VIH. La principale localisation est oropharyngée.

8-3-4-Infections aux Mycobactéries: *Mycobacterium Tuberculosis*:

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

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

L'aspect cavitair radiologique d'atteinte pulmonaire est plus rare.

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

8-3-5- Infection à Cytomégalo virus:

Elle est le plus souvent le fait d'une réactivation de CMV latent dans l'organisme. La localisation principale est la rétinite dans 70 à 80% des cas et le côlon dans 15 à 20%.

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.

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.

8-3-8- 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, les neurosyphilis, les salmonelloses récidivantes, infection à papillomavirus, la leucoencéphalite multifocale progressive, et les dysplasies du col utérin.

8-3-9- Complications dues au VIH:

L'encéphalite à VIH, la myélite et la neuropathie périphérique, la glomérulonéphrite avec hyalinose, la thrombopénie, la pneumopathie interstitielle lymphoïde.

8-3-10- Principales Néoplasies Secondaires : ce sont:

- Maladie de Kaposi,
- Lymphomes (de type Burkitt (36-40%) ou Hodgkin),
- Dysplasie du col utérin et carcinome in situ.

8. 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	B	C
	Asymptomatique ou primo-infection ou lymphadénopathie persistantes généralisées	Patient symptomatique sous critère de non C	SIDA
>500/ml 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
• 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 langue • Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome • Purpura thrombocytopénique idiopathique • Salpingite en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens	• 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 • Encéphalopathie au VIH • Infection herpétique :ulcères chroniques> 1mois ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne • Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire

• Neuropathie périphérique	• Isosporose intestinale chronique > 1 mois • 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
--	--

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

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

SIGNES MAJEURS	SIGNES MINEURS
▪ Amaigrissements > 10% ▪ Diarrhée chronique depuis plus d'un mois ▪ Fièvre (continue ou intermittente) $\geq$ 1 mois	▪ 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 :

- ❖ 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 infectée par le VIH

12-1-Interrogatoire:

Il précise la date de la contamination ou le moment de sa découverte, 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 (BCF);
- 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 génitale 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. Cette étape est révolue après 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.

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 l'efficacité du traitement.

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 Creatininémie :

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 prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME):

Le programme de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est l'ensemble des programmes et interventions mis en place par les différentes entités pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME). Le but est la réduction des risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans l'ensemble, la PTME est un protocole« de prise en charge familiale de l'infection à VIH. Elle cible la mère, l'enfant, le partenaire et la famille ».

Cette prise en charge est basée sur une approche globale et multidisciplinaire

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)* 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)* : 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/ritonavi, lopinavir/ritonavir, saquinavir/ritonavir, tipranavir/ritonavir, raltégravir, dolutégravir, enfuviride, maraviroc.

Actuellement il est recommandé d'éviter 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 14ème 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].

Un essai randomisé mené en Ouganda (HIV NET 012) comparant l'efficacité de l'AZT en protocole court (en fin de grossesse) et de la Névirapine en protocole ultra-court (au cours du travail) en prophylaxie de la TME, a montré une contamination de 25,1% dans le groupe AZT et 13,1% dans le groupe Névirapine [24, 25]. 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. Le traitement doit être initié et maintenu après accouchement et cessation de l'allaitement (Option B+). Pour les femmes enceintes et allaitantes qui ne sont pas éligibles au traitement ($CD4 > 500$ cellules/mm³), le traitement

doit être initié et arrêté après accouchement et cessation de l'allaitement. Pour les femmes développant un échec thérapeutique pendant leur grossesse ou pendant la période d'allaitement, le traitement de seconde ligne doit être imposé.

Dans le cas des femmes allaitantes, le TARV doit être arrêté une semaine après la cessation de l'allaitement; et en cas d'allaitement artificiel, le TARV doit être arrêté après accouchement (Option B) [37].

Au Mali le TARV (Option B+) chez la femme enceinte séropositive au VIH tient compte des situations suivantes : cas du VIH 1

a- Traitement antirétroviral de la femme enceinte séropositive pendant la grossesse

- ❖ 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 (AZT) + 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 (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) ;
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP). [38]

13-2- Autres Médicaments

⇒ Vis à vis de la grossesse : il s'agit de médicaments permettant l'induction ou la direction du travail : Prostaglandines et les 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'IVG (Interruption Volontaire de la Grossesse), 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 :

- les infections du tractus génital et les IST
- 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].
- 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/mm cube et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue.

La chimioprophylaxie 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 Chlorhexidine. 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]. Les mesures médicamenteuses (ARV) préconisées chez le nouveau-né de mère séropositive sont fonction de l'option d'alimentation :

a. 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.

b. 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

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 suivantes sont réunies : alimentation acceptable, faisable, abordable financièrement, durable dans le temps et sûres.
(AFADS)

NB : L'alimentation mixte est proscrite.

Le nouveau-né ne sera pas isolé de sa mère. Il subira la démarche destinée à établir précocement une éventuelle contamination (recherche Ag p 24 et PCR) dans les trois premiers mois de vie.

* Dans les suites de couches: on recherchera la survenue d'endométrite , 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. MÉTHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans les 34 sites PTME de la commune VI du district de Bamako. Parmi les sites il y'a les CSCOM, les cliniques, les structures confessionnelles et le CSRéf C.VI.

4.1.1 Personnel au niveau des unités PTME

Il y a eu plus de 100 agents de santé formés de 2014 à nos jours

4.1.2. Fonctionnement de l'unité PTME:

La prévention de la transmission mère enfant du VIH a démarré au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako en 2005. C'est un centre de référence où s'effectue à la fois les CPN et les accouchements, les activités de PTME sont intégrées aux CPN. Les femmes venant dans le centre pour la CPN participent à une séance d'IEC en groupe de 10 à 20 femmes dans le couloir du rez-de-chaussée aménagé pour la circonstance. Cette séance peut porter sur le thème VIH/Sida ou tout autre problème de santé maternelle.

Après la consultation prénatale, la femme est reçue dans la salle de counseling afin d'effectuer le test de dépistage volontaire. Au cours de ce counseling sa connaissance en matière de VIH/Sida est explorée afin de dissiper les rumeurs. En cas d'acceptation du test, le test est effectué sur place et les résultats sont communiqués 5mn après. Lorsque le résultat négatif, on donne rendez-vous de 3 mois. Ainsi toutes les femmes dépistées séropositives sont prises en charge selon le protocole au Mali. Elles sont conseillées et orientées afin qu'elles puissent bénéficier d'un soutien et d'un traitement. Pendant la CPN, elles prennent le fer, la SP, on dépiste toutes les infections. On la fait assister aux séances de causeries au niveau de l'USAC.

4.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive basée sur l'interrogatoire de toutes les femmes enceintes vues en consultations dans ces sites.

4.3. Période d'étude :

L'étude a couvert une période de trois mois allant du 1^{er} Mars au 31 Mai 2019

4.4. Population d'étude :

Notre étude a concerné toutes les gestantes se présentant dans les sites PTME de la commune VI du District de Bamako.

4.5. Echantillonnage :

4.5.1. Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été calculée sur la base de la proportion de femme qui trouve que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant dans l'étude réalisée par Jean Wamian Koné en 2011 au CSRéf de la commune II. Notre taille a été calculée avec la formule de Daniel Schwartz :

$$n = Z^2 * \frac{p*q}{i^2}$$

n=taille de l'échantillon, Z=test de l'écart réduit, = 1,96 pour un risque d'erreur de 5% (0,05).

P= la proportion de femme qui trouve que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant soit 0,76, (1-p) proportion de femmes ne sachant pas que la femme peut transmettre le VIH à son enfant, i=précision souhaitée soit (i = 0,05).

$$n = Z^2 * p * q / i^2 = (1,96)^2 * (0,76) * (0,24) / (0,05)^2 = 280$$

Pour faire face aux refus nous avons ajouté 7% à notre échantillon d'où $n = 280 + (280 * 7\%) = 300$ gestantes.

4.5.2. Critères d'inclusion et non inclusion

- **Critères d'inclusion:** Ont été retenus dans notre étude, les gestantes présentes les jours de l'enquête ayant donné leur consentement.
- **Critères de non inclusion :**

Toutes les femmes ayant assisté à une séance d'IEC sur le thème VIH quelques minutes avant d'être interrogées

4.6. Techniques et outils de collecte des données :

L'entretien individuel a été la technique utilisée avec les gestantes présentes le jour.

Cet entretien a été fait avec les gestantes présentes dans les sites de PTME de la commune 6; 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 gestantes qui ont été interrogés avec un questionnaire semi structuré.

4.7. 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.

4.8. Saisie et analyse informatique des données:

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPlinfo version 7.2.2.6.

4.9. Aspects éthiques

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectés. Un consentement verbal 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.

4.10. Variables

a. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes : âge, profession, structure des gestantes ;

b. source d'information des gestantes

c. Connaissance des gestantes sur la PTME :

L'appréciation des connaissances a porté sur les éléments suivants

- Voies de transmission du VIH ;
- Voies de transmission mère enfant du VIH ;
- Moment de faire le test VIH à la femme enceinte ;
- Moment de TME du VIH ;
- La connaissance des sites PTME
- Moyens de prévention de la TME du VIH,
- Pratiques à haut risque de TME du VIH ;
- La personne à informer en cas VIH+
- Mesures non médicamenteuses de la prise en charge de la femme enceinte VIH+ ;

d. Attitudes et pratiques des gestantes :

- Respect des bonnes pratiques en matière de PTME du VIH ;
- Orientation des femmes VIH+ vers les autres services de la santé de reproduction.
- Mode d'allaitement du nouveau-né de mère séropositive.
- Moyens de prévention du paludisme chez une séropositive ;
- Comportement face aux PV-VIH

V. RESULTAT :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 300 gestantes sur l'ensemble des sites, 214 gestantes ont fait le test soit 71,33% dont 11 gestantes étaient séropositives soit 3,67%.

1- Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition des gestantes selon leurs Caractéristiques sociodémographiques

	Caractéristiques	Effectif N=300	Pourcentage(%)
Age en année	Moyen (Min-Max)	25(14-42)	
	14-19	56	18,66
	20-24	86	28,66
	25-34	131	43,66
	>34	27	9
Profession	Ménagère	193	64,33
	Fonctionnaire	19	6,33
	Commerçante	29	9,66
	Couturière	26	8,66
	Elève/Etudiante	33	11
Résidence	Commune VI	297	99,67
	Hors commune VI	3	0,33
Structures sanitaires	CSCom	200	66,67
	CSRéf	81	27
	Clinique privée	11	3,67
	Centre Para-clinique	8	2,67

Tableau IV : Répartition des gestantes selon les Antécédents Obstétricaux

CARACTERISTIQUES		Effectif N=300	Pourcentage(%)
Gestité	Primigeste	94	31,33
	Paucigeste	114	38
	Multigeste	78	26
	Grande Multigeste	15	5
Parité	Nullipare	119	39,67
	Primipare	56	18,67
	Paucipare	84	28
	Multipare	32	10,67
	Grande Multipare	9	3

2- Répartition des gestantes selon la Source d'information

Tableau V : Répartition des gestantes selon la Source d'information

	Effectif N=300	Pourcentage (%)
Avez-vous entendue parler du VIH/SIDA		
Oui	291	97
Source d'information		
Télé/ Radio	270	90
Causeries	197	65,66
CPN	170	56,66
Comment appréciez-vous votre accueil en salle de CPN		
Bon	143	47,66
Acceptable	147	49
Mauvais	10	3,33
Est-ce qu'on vous a parlé de la PTME en CPN ?		
Oui	180	60

3- Répartition des gestantes selon les Connaissances sur la PTME

Tableau VI : Répartition des gestantes selon les Connaissances sur la PTME

Variables	Effectif	Pourcentage
Transmission du VIH/sida de la mère à son l'enfant?		
Oui	268	89,33
Quand se fait de transmission du VIH de la mère à son enfant		
Au cours de la grossesse	208	69,33
Pendant l'accouchement	243	81
Au cours de l'allaitement	126	42
Selon vous, toutes les mères séropositives transmettent le VIH à leurs enfants?		
Oui	185	61,67
Les personnes qui courent le risque de transmettre le VIH à leur enfant		
Femmes enceintes séropositives	227	75,67
Couples à risque (non testés)	187	62,33
Femmes séropositives qui allaitent leurs enfants	164	54,67
Accouchement à domicile	14	4,67
Que peut-on faire pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à son enfant ?		
Utiliser les ARV	233	77,67
Avoir des rapports sexuels protégés	175	58,33
Accouchement dans un site PTME	68	22,67
Pratiquer l'allaitement artificiel	84	28
Faire le test de dépistage	180	60
Sensibilisation	34	11,33
Accouchement par césarienne	21	7
Pratiquer l'allaitement maternel exclusif	13	4,33
Avoir des seins sans lésions	14	4,67
Consultation dans un centre PTME	60	20
Accouchement par voie basse	8	2,67
Eviter les grossesses non désirées	154	51,33
Pensez-vous qu'une femme enceinte séropositive au VIH/SIDA peut guérir de cette infection à VIH?		
Non	203	67,67
Quel est votre statut sérologique VIH?		
Séropositif	11	3,67
Séronégatif	194	64,67
Depuis quand connaissez-vous votre statut? En année		
0-1	167	55,66
2-5	33	11
6-10	5	1,67

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les Connaissances sur le dépistage du VIH

Variables		Effectif N=300	Pourcentage (%)
Pensez-vous qu'il est nécessaire pour une femme de connaître son statut sérologique?	Oui	185	61,67
Avez-vous fait le test de VIH?	Oui	205	68,33
Seriez-vous prête à vous faire dépister?	Oui	214	71,33
La femme séropositive doit-elle informer quelqu'un de son statut VIH?	Oui	214	71,33
Qui doit-elle informer	Conjoint	200	66,67
	Parents	51	17
	Ami(e)	24	8

Tableau VIII : Corrélation entre le statut sérologique VIH /SIDA et le statut matrimonial

Variables	STATUT SEROLOGIQUE VIH/SIDA			
Statut matrimonial	Séropositive	Séronégative	Ne sait pas	Total
Mariée	4	116	50	170
Célibataire	5	61	40	106
Divorcée	1	9	2	12
Veuve	1	8	3	12
TOTAL	11	194	95	300

Chi-Square 6,4428 La probabilité 0,3755 df 6

Nous pouvons conclure dans notre étude qu'il n'y a pas relation entre le statut matrimonial et la survenue du VIH/SIDA.

4- Attitudes et pratiques des gestantes sur la PTME

Tableau IX : Répartition des gestantes selon Attitudes et pratiques des gestantes sur la PTME

Variables		Effectif N=300	Pourcentage (%)
La prévention de l'infection chez les femmes et les hommes en âge de procréer est l'un des meilleurs moyens de la PTME	Oui	231	77
le risque de TME est-il plus élevé chez les couples ne connaissant pas leur statut sérologique?	oui	200	66,67
Le risque de TME est-t-il plus élevé lorsque la mère a contracté l'infection pendant la grossesse ?	Oui	152	50,67
L'utilisation des préservatifs pendant la grossesse et l'allaitement diminue-t-il le risque de TME du VIH ?	Oui	89	29,67
L'allaitement mixte comporte-t-il un risque plus élevé de TME, comparativement à l'AME ou à l'allaitement artificiel ?	Oui	261	87
Le risque de TME du VIH/SIDA est grand lorsque la mère est contaminée au cours de la période d'allaitement ?	Oui	152	50,67
Que peut-on faire pour que la femme séropositive évite le paludisme ?	La prise de SP	216	72
	Dormir sous MII	21	7
Quelle sera votre attitude lorsque vous saurez que votre voisine est séropositive ?	Aller à l'hôpital	173	57,67
	Eviter d'informer	1	0,33
	Stigmatiser	18	6

VI. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Notre étude a porté sur des gestantes fréquentant des centres de consultations prénatales érigées en sites de PTME sélectionnés dans la commune CVI du district de Bamako. Ceci nous a permis de faire une évaluation globale et de documenter les connaissances, attitudes et pratiques de 300 gestantes en matière de la PTME. Nous avons utilisés comme technique d'approche des guides d'entretien individuel.

Caractéristiques sociodémographiques

➤ L'âge :

La moyenne d'âge de nos gestantes était de 25,3 ans avec les extrêmes de 14 ans et 42 ans. Ce résultat est similaire à celui obtenu par KONE S [11] au CSCom de Sabalibougou secteur I du district de Bamako dont la plus jeune d'échantillon avait 14 ans et la plus âgée avait 45 ans. L'âge moyen des gestantes était de 25 ans. Selon une étude CAP menée au Togo et plus précisément à Bè et Kloto deux districts sanitaires (49), sur 550 Femmes enceintes interrogée, la plus jeune avait 15 ans et la plus âgée avait 46 ans avec un âge moyen de 26 ans

➤ Profession :

Les femmes au foyer ont dominé dans notre population d'étude dans 64,33% des cas. Ce résultat est proche de celui de BAGAYOGO A [50] qui trouve dans son étude 65,3% de ménagères.

➤ Niveau d'instruction

Plus de la moitié des gestantes (55,33%) étaient non scolarisées. Selon EDSM VI, 66% des femmes avaient un niveau d'instruction bas.

➤ Statut matrimonial :

La plupart des femmes sont mariées avec une fréquence de 82,4%.

➤ Gestité :

Les Paucigeste ont été les plus nombreuses (38%), suivies des Primigestes (31,33%). CAMARA M [12] a trouvé dans son étude que les Paucigestes étaient les plus représentées

➤ Parité :

Nous constatons que les Nullipares étaient plus nombreuses dans notre étude avec 39,67% suivies des Paucipare (28%) avec une parité moyenne de 2. Ce résultat est comparable à celui de DOUMBIA D [53] qui a trouvé une parité moyenne de 2,25.

Résidence :

La plus part des gestantes (99%) vivaient en commune 6.

➤ Structure :

La majorité des gestantes soit 66,67% étaient dans les CSCOM ; suivi du CSRéf avec 27% . Cela pourrait s'expliquer par le fait que parmi les sites PTME de la commune 6 les CSCOM représentent la majorité soit 69% .

Source d'information

Les gestantes de notre étude avaient presque toutes entendues parler du VIH /SIDA au moins une fois, une grande partie par les médias (90%). Cela témoigne le rôle que jouent les médias notamment dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ce résultat est supérieur à l'étude réalisée par BOITE R [48] dont 82,93% de femmes enceintes ont entendues parler du VIH/SIDA à travers les médias.

Ce constat avait été fait lors de l'EDSM VI 2018, qui trouve que 47% des femmes écoutaient la radio une fois par semaine, alors 33% regardaient la télévision au moins une fois par semaine et 6% lisaient les journaux.

Avis des gestantes sur l'accueil dans les centres de PTME

-Elles étaient presque (96,67%) toutes satisfaites de l'accueil en salle de CPN ce qui est supérieur à celle réalisée par BOITE R. soit 52,31%. [48]

- Les gestantes interrogées ont bien apprécié le programme de la PTME du VIH et 60% ont bénéficiées le counseling pour la PTME du VIH. Ce résultat est inférieur à celui des résultats de l'étude réalisée par KONE S. soit 80% [11] et à celui des résultats de la revue nationale sur la PTME qui est de 63,5%. Les femmes qui ont bénéficiées le counseling, étaient très satisfaites de son utilité et de sa bonne qualité.

Connaissance des gestantes sur la PTME

-Selon leurs connaissances, 89,33 % des gestantes ont répondu qu'une femme enceinte infectée par le VIH transmettait toujours le virus à son enfant, 4 % avaient un avis contraire, et 6.67 % n'en savaient rien MAIGA H. dans son étude, avait rapporté que 93,5% des femmes interrogées savaient que le VIH pouvait être transmis de la mère à l'enfant. [47] Cette différence notoire est due à leurs résidences (77% des femmes vivent en milieu rural) et un

faible taux d'alphabétisation (66% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction) selon EDSM VI.

-Concernant la période de contamination, les gestantes ont cité la période de l'accouchement (81 %), la grossesse (69,33 %), d'allaitement (42 %). Dans une étude réalisée en Ethiopie Tegene Regassa Luba and Al [17] ont eu le résultat suivant, pendant la grossesse (78,1%), Accouchement (69,3%), Allaitement (67,1).

-Dans notre étude, 85,67% des gestantes savaient que la TME du VIH/SIDA pouvait être évité

-Parmi les interventions proposées pour réduire le risque de transmission du VIH d'une mère à son enfant les gestantes proposaient surtout l'utilisation des antirétroviraux (77,67 %), les rapports sexuels protégés (58,33 %), l'accouchement dans un site de PTME (22,67 %), la pratique de l'allaitement artificiel (28 %), et le dépistage systématique (60 %).

- Dans notre étude 67,67% des gestantes pensent que la femme enceinte séropositive au VIH/SIDA ne peut pas guérir de cette infection.

- Les gestantes reconnaissent qu'il y avait plus d'avantages que d'inconvénients à faire le test de dépistage VIH dans le cadre de la PTME soit 84,64%. Les avantages le plus fréquemment évoqués étaient de connaître sa sérologie, se protéger et protéger son futur enfant et de bénéficier d'une prise en charge en cas de séropositivité.

-Le taux d'acceptation du test de dépistage de l'infection à VIH par les gestantes était de 71,33% alors que KAMBOUROU J. and al. au Congo ont eu 44,80%. [46]

-La plupart des gestantes soit 71,33 % étaient d'accord pour le partage du résultat sérologique avec le partenaire.

Attitudes et Pratiques des gestantes

- La majorité des gestantes interrogées (77 %), quel que soit leur niveau d'instruction, était d'accord que la prévention de l'infection chez les hommes et les femmes en âge de procréer était l'un des meilleurs moyens de prévention de l'infection dans le cadre de la PTME.

-Les deux tiers des gestantes (66,67 %) étaient d'accord que les couples à risque augmentaient le risque de transmission mère-enfant en ayant des rapports sexuels sans protection. Ce résultat est inférieur à celui de Tatagan et Al au Togo soit 77,1%. [14]

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

- Dans notre étude 87% des gestantes étaient d'accord que l'allaitement mixte comporte un risque plus élevé de TME du VIH comparé à l'allaitement maternel exclusif ou à l'allaitement artificiel. Tatagan et Al ont eu 61%. [14]

- Plus de la moitié (57,67%) des gestantes conseillaient à leur voisine séropositive de se rendre dans un centre de santé tandis que 6% des gestantes les stigmatisaient. Au Mali, 68 % des femmes ont exprimé des opinions discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH selon EDSM VI en 2018. [9]

- La prise de la SP a été la plus citée par les gestantes soit 72% comme moyen de prévention du paludisme chez une femme enceinte séropositive. Selon le protocole national en vigueur c'est la prise de la SP et dormir sous MII.

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude sur les 300 gestantes interviewées sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de la PTME du VIH/SIDA ; nous avons constaté que la PTME est une intervention bien acceptée par la principale population cible.

Les gestantes ont en général une bonne connaissance en VIH/Sida, (transmission, prévention et les facteurs de risque). Malgré leur bonne connaissance en VIH/SIDA 40% des femmes ne sont pas informées sur l'existence du programme de PTME dans le centre.

Les attitudes et pratiques des gestantes sont insuffisantes, beaucoup avaient des opinions discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Elles avaient une bonne source d'information.

Suite donc à ceux-ci, nous pouvons conclure que les gestantes ont des connaissances bonnes et des attitudes et pratiques qui sont insuffisantes en matière de la prévention de la TME du VIH/SIDA.

En effet, pour atteindre l'objectif d'avoir zéro enfant contaminé par le VIH par sa mère il est nécessaire d'organiser des campagnes de communication pour améliorer la mise en œuvre du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Pour y parvenir, nous avons formulé quelques suggestions.

VIII. RECOMMANDATIONS

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

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 ;
- Former et recycler le personnel pour les centres de la PTME
- 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.
- Inclure la PTME dans les cours des écoles de santé, de la FMOS et FPH.

Aux sites PTME :

- Faire le counseling à toutes les femmes enceintes qui viennent à la CPN afin d'augmenter le taux de dépistage volontaire
- Organiser des séances d'IEC en groupe de femmes portant sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

Aux agents sanitaires

- Renforcer les campagnes de sensibilisation de la population pour le test de dépistage du VIH en particulier les femmes enceintes ;
- Assurer la formation continue et le 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 ;

Aux Gestantes

- 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 ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé.

REFERENCES

1. **ONU/SIDA Juillet 2018** : Statistiques mondiales sur le VIH en 2017 [visité le 29/09/2019] Disponible à partir de URL <http://www.unaids.org>
2. **ONU/SIDA Décembre 2015** : Prévalence du VIH dans le monde chez les femmes enceintes décembre 2015 ;14p: [visité le 29/09/2018] Disponible à partir de URL <http://www.who.int/hiv/data/en/>.
3. **ONU/SIDA**: Prévalence du VIH en Afrique Sub-saharienne chez les femmes enceintes décembre 2013;14p: [consulté le 29/09/2018] Disponible à partir de URL <http://www.unaids.org>
4. **Rapport ONUSIDA 2014** : La prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Afrique ; p14 et 19 : [29/09/2018] Disponible à partir de URL <http://www.who.int/hiv/pub/reports/2015-progress-report/en/>
5. **ONUSIDA Décembre 2013** :
Prévalence du VIH dans le monde chez les femmes enceintes sur les nouvelles infections;p14 : [29/09/2018] Disponible à partir de URL <http://www.unaids.org>
6. **Rapport ONU/SIDA Décembre 2013** : La prévalence du VIH dans le monde en rapport au nombre de Décès chez les femmes enceintes. Page 14: [29/10/2018]. Disponible sur URL <http://www.unaids.org>
7. **ONUSIDA/OMS Décembre 2014** : Nouvelle infection du VIH. Page 19 et 20. [29/09/2020] Disponible sur URL <http://www.unaids.org>
8. **EDS-M V** : Séroprévalence de l'infection à VIH au Mali 2013.
9. **EDS-M VI** : connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis du VIH/SIDA au Mali 2018

10. Diaby A. Connaissance attitude et pratique des prestataires de soins sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la commune vi du district de Bamako. Thèse Med. Bamako 18M29

11. Koné S: Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CScCom de sabalibougou secteur I du district de Bamako. Thèse Med Bamako. 12M187

12. Camara M K: Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes. Thèse Med Bamako. 09M463 Page : 19. Disponible sur URL www.keneya.net

13. Meghraoui A. Prévention de la transmission materno-fœtale du VIH: Thèse Med Rabat M-232-2016. Disponible sur URL www.um5.ac.ma

14. OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :

Centre des medias. Aide-mémoire. Grossesse et VIH/SIDA. 2010. P29-50. [consulté le 12/5/2019] Disponible sur URL <http://www.who.int/hiv/fr>.

15. Tatagan A , Mouhari-Toure A , Saka B , Akakpo AS , Kombate D, Tchama R , Singo A , Mpélé K , Pitche P. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale en 2010 au Togo. Med trop 2011 ; 71 :472-476

16. Djadou KE, Koffi KS, Saka B, Tépé EM, Vinyo DK, Tatagan-Agbi K.

Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant en 2010 au Togo. Med Trop 2011 ; 71 : 608-612

17. ANTENEH ASEFA AND HABTAMU BEYENE.

Awareness and knowledge on timing of mother-to-child transmission of HIV among antenatal care attending women in Southern Ethiopia. Indian journal of plan physiology (2013) 10:66 WWW.reproductive-health-journal.com

18. Tegene R L, Zhanchun F, Simon A G, Asfaw N E, Abdulsalam M N, Ghose B, Shangfeng T. Knowledge about mother-to-child transmission of HIV, its prevention

and associated factors among Ethiopian women. Journal of global health (2017):
7.2:20-414

19. **Kingsley O, indiran G and John T.** Knowledge and practice of the prevention of mother-to-child transmission of HIV guidelines amongst doctors and nurses at Odi Hospital, Tshwane District (South Africa). South African Family Practice 2016; 58(5):167–171 www.tandfonline.com
20. **BRUN-VEZINET F, DAMOND F, DESCEMPS D et SIMON F** Virus de l'immunodéficience humaine. Maladie infectieuse Paris 2000. P : 20, 23, 24.
21. **Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dauguet C, Axler B C, Vezinet-Brun V, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L.** Isolation of a T lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science (1983) vol220 4599. 868-871 Pages: 22, 24.
22. **LAPORTE A et Lot F** Epidémiologie: situation actuelle et tendance. Doin Edit 2001:Pages : 14-15 ; 19-20.
23. **Sangaré KA, Coulibaly I.M et Ehouman A:** Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans dix régions de côte d'Ivoire. Santé Vol.8; 3. 1988 P193 <https://www.cairn.info/revu-geographique>
24. Revue du Programme National de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Burkina Faso. Juillet 2004
25. **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.
26. **UNICEF.** Suivi et évaluation de la prévention intégrée de la Transmission mère-enfant du VIH dans les pays à faibles revenus. Décembre 2017 [visité le 20/05/2019] Disponible sur www.unicef.org

27. Ministère de la Santé. Programme National de PTME du VIH au Mali, 2006-2010
Rapport Juillet 2013. 77p

28. Pascal H, Barre-sinoussi F et Debre P.
Infection à VIH et pathologies opportunistes. Médecine thérapeutique 1996 ; 11 :32-8

29. Mandelbrot L.
Grossesse et VIH. Revue du Praticien(Paris) 1999 ; 49 ; 16 :1757-62 .

30. Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA. Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA. Bamako Janvier 2006 ; P63.

31. Delfraisy J.F.
Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. La Presse médicale (1983). 2000, Vol 29 ; 1, pp 25-28

32. Fouedjio J H, Nana AN, Tsuala JF, Ymele FF et Mbu M
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.

33. N.MWEMB, KALENGA, P.DONNEN, F.CHENG, P.HUMBLET, M.DRAMAIX, P.BUEKENS. 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. Medicine d'Afrique Noire (2012). Vol. 59; 5:259-268. Disponible sur www.hsd-fmsb.org

34. BLANCHE S, MAYAUX M J and FRANGE P : L'infection à VIH de la mère et l'enfant, taux de transmission et facteurs de risque, Août 2015. p6. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

35. PATHAKIS P.C and 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. [Visité le 25/04/2019]

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

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

37. Taha T.E, Hoover D.R, Dallabeta G.A, Kumwenda N.I, Mtima L.A, Yang L.P, Liomba, G N, Broadhead R.L, Chipangwi J.D, Miotti P.G

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

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

39. TOUGRI H: Efficacité de la PTME du VIH par les ARV au Burkina-Faso. Thèse Méd. 2008.

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

41. J. Kambourou, M-E moyen-engoba, Okoko A.R, Bourangon C, OKO A. P. G, Nika E.R, Ekouya G, Atanda H.L, Moyen G.

Connaissances et attitudes des femmes congolaises sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Annales de l'Université Marien NGOUABI 2016 ; 16 (2) : 7-14 Sciences de la Santé ISSN : 1815 – 4433

42. MAIGA H H: Evaluation des connaissances sur le VIH/SIDA des gestantes au CSREF de la commune V du district de Bamako. Thèse Med Bamako. 08M89

43. BOITE R: Problématique de l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le service de gynécologie-obstétrique du district de Bamako. Thèse Med Bamako. 06M4.

44. Sallah ED, Apallooye, Wonegon KP and Amouzou A.

Etude comparative sur les connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec le VIH/SIDA auprès des femmes enceintes dans les districts sanitaires urbain de Bè et rural de kloto (Togo). Médecine d'Afrique noire 2006. 53-12 : 651-656 [visité le 23/01/2020] Disponible sur www.santetropicale.com

45. Bagayogo A: Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 72 cas. Thèse de Med Bamako 04M60

46. Boiré A.: Prévalence du taux de VIH chez les femmes césarisées à la maternité de l'HGT. Thèse Médecine, Bamako.1999; 50: 75.

47. Traoré L D: Dépistage volontaire de l'infection à VIH chez les gestantes en consultation prénatale au CSRéf de la commune II du district de Bamako. Thèse Med : Bamako 07M119

48. Doumbia D : prévention de la transmission mère-enfant du VIH de janvier 2002 à décembre 2005 dans le service de gynecologie-osbtetrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 08M121

IX. ANNEXE

FICHE D'ENQUETE :

N° :

Q1: Date :.... /.... /2018

Q2 : Age/ans

Q3 : Ethnie: 1= Bambara 2= Peulh 3=Malinké 4= Sarakolé

5= Sonrhäï 6= Autres à préciser :.....

Q4 : Nationalité: 1= malienne 2= Afrique de l'Ouest

3= Afrique Centrale 4= Autres à préciser :

Q5 : Profession : 1=Ménagère 2=Fonctionnaire 3=Commerçante

4=Conventionnaire 5= Couturière 6=Elève/Etudiante

7= Autres à préciser :.....

Q6 : Situation Matrimoniale : 1=Mariée 2=Célibataire 3=divorcée

4=Veuve 5=Autres à préciser :

Q7 : Niveau d'instruction : 1=Non scolarisé 2=Fondamental 3=secondaire

4=Supérieur 5=Autres à préciser :

Q8 : Lieu de résidence :

Q9 : Structure:/.../

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

Q10 : ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

Q10-a Nombre de grossesses :

Q10-b Nombre d'accouchements :

Q10-c Nombre d'avortements :

Q10-d Nombre d'enfants vivants :.....

Q10-e Nombre d'enfants décédés :.....

Q10-f Nombre de CPN effectuées pendant la grossesse en cours :

Q11-Comment appréciez-vous votre accueil en salle de CPN ?

1=Bon 2=Acceptable 3=Mauvais

Q12- Est-ce que la confidentialité est respectée ? 1=Oui 2= Non

Q13-b Avez-vous entendue parler du VIH/Sida ? 1=Oui 2=Non

Q13-a Si oui, par quel canal ?

1=A la Radio

2=A la Télévision

3=Lors des causeries

4=Lors des CPN

5=Autres à préciser :

Q14- Selon vous comment attrape-t-on le Sida ?

1=Par les rapports sexuels non protégés

2=Par le contact sanguin

3=Par contact mère-enfant

4=Autres à préciser :

A=1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

Q15- Selon vous, Comment peut-on éviter d'avoir le VIH/SIDA ?

1=En utilisant le condom 2=abstinence sexuelle et ou Fidélité du couple 3=Connaître son statut sérologique VIH 4= inviter le partenaire à connaître son statut

Q16- Est-ce qu'on vous a parlé de la PTME en CPN ? 1=Oui 2=Non

Q17- Comment appréciez-vous le programme de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ? 1=Bon 2= Acceptable 3=Mauvais

Q18- Est-ce qu'on vous a proposé le counseling sur le VIH ? 1=Oui 2=Non

Q19- Le counseling face au VIH a été utile pour vous ? 1=Oui 2=Non

Q20- Comment appréciez-vous la qualité du counseling sur le VIH/SIDA ?

1=Bon 2=Acceptable 3= Mauvais

Si Mauvais pourquoi ?.....

Q21- Est que le VIH peut être transmit de la mère à l'enfant?

1=Oui 2=Non 3= Ne sait pas

Q22-Quand se fait la transmission du VIH de la mère à l'enfant?

1=Au cours de la grossesse

2=Pendant l'accouchement

3=Au cours de l'allaitement

4= Ne sait pas

Q23- Cette transmission peut-elle être évitée ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Si oui comment ?

1=Par le dépistage précoce

2=Par la prise des ARV

3=Par le suivi de la femme jusqu'à l'accouchement

A= 1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

Q24- Quelles sont les personnes qui courent le risque de transmettre le VIH à leur enfant ?

1=Femmes enceintes séropositives 2=Couples à risque (non testés) 3=Femmes séropositives qui allaitent leurs enfants 4=Accouchement à domicile 5=Ne sait pas

5=Autres.....

Q25- Que peut-on faire pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à son enfant ?

1=Utiliser les ARV 2=Avoir des rapports sexuels protégés 3=Accouchement dans un site PTME 4=Pratiquer l'allaitement artificiel 5=Faire le test de dépistage 6=Sensibilisation

7=Accouchement par césarienne 8=Pratiquer l'allaitement maternel exclusif 9=Avoir une bouche du bébé sans lésions 10=Avoir des seins sans lésions 11=Consultation dans un centre PTME 12=Accouchement par voie basse 13= Eviter les grossesses non désirées 14= Ne sait pas

Q26- Pensez-vous qu'une femme enceinte séropositive au VIH peut guérir de cette infection à VIH ?

1= Oui 2= Non 3= Ne sait pas

Q27- Selon vous, est ce que toutes les mères séropositives transmettent le VIH à leur enfant ?

1=oui 2=Non 3=Ne sait pas

Q28- Pensez-vous qu'il est nécessaire pour une femme enceinte de connaître son statut sérologique ? 1=Oui 2=Non

Si Oui, pourquoi ?

Si Non, pourquoi ?

Q29- Seriez-vous prête à vous faire dépister ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Q30- Avez-vous fait le test de VIH ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Q31- La femme séropositive doit-elle informée quelqu'un de son statut VIH ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Si Oui, qui doit-elle informer en premier lieu ?

1=Parents 2= Ami (e) 3= Conjoint

4= Autres à préciser :

Q32- La prévention de l'infection chez les femmes et les hommes en âge de procréer est l'un des meilleurs moyens de prévention de l'infection dans le cadre de la PTME.

1=Oui 2=Non 3= Ne sait pas

Q33- Chez les couples ne connaissant pas leur statut sérologique et qui ont des rapports sexuels sans protection le risque de transmission mère-enfant est-il plus élevé ?

1=Oui 2=Non 3=Ne sais pas

Q34- Le risque de transmission du VIH de la mère à son enfant est-t-il plus élevé lorsque la mère a contracté l'infection pendant la grossesse ?

1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Q35- L'utilisation des préservatifs pendant la grossesse et l'allaitement diminue -t-il le risque de transmission mère-enfant du VIH ?

1=Oui 2=Non 3=Ne sais pas

Q36- L'allaitement mixte comporte-t-il un risque plus élevé de transmission mère-enfant du VIH, comparativement à l'allaitement maternel exclusif ou à l'allaitement artificiel ?

1=Oui 2=Non 3=Ne sais pas

Q37- Le risque de transmission mère-enfant du VIH est grand lorsque la mère est contaminée au cours de la période d'allaitement ?

1=Oui 2=Non 3=Ne sais pas

Q38- Quelle sera votre attitude lorsque vous saurez que votre voisine est séropositive ?

.....

.....

Q39- Que peut-on faire pour que la femme séropositive évite le paludisme ?

.....

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE



Nom : DAFFE

Prénom : Abdoulaye

Téléphone : 78863508/69547436

E-mail : abdoulayedaffe@yahoo.fr

Titre : Connaissance, Attitude et Pratique des gestantes 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 :

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

Objectif : Evaluer le niveau de connaissance, attitude et pratiques (CAP) des gestantes 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.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil prospectif des données menée dans 34 sites de PTME, basée sur l'interrogatoire de toutes les femmes enceintes vues dans ces centres du 1^{er} Mars au 31 Mai 2019.

Résultats : Au total, 300 femmes enceintes vues consécutivement dans les 34 sites ont été incluses dans l'enquête. Ces femmes identifiaient comme voies de transmission du VIH la voie sexuelle (91,67%), les objets souillés de sang (86,67%) et la transmission de la mère à l'enfant (51%). Parmi les 300 femmes, 66,67% étaient d'avis que les couples à risque ayant des rapports sans protection couraient le risque de transmettre le VIH à leur enfant, 29,67 % étaient d'accord pour l'utilisation de préservatifs pendant la grossesse ou pendant l'allaitement, 50,67% pensaient que la contamination pendant la grossesse augmente le risque de transmission du VIH à l'enfant, et 87% savaient que l'allaitement mixte avait plus de risque de transmission du VIH au bébé que l'allaitement exclusif ou artificiel. Le taux d'acceptation du test du VIH était de 71,33%.

Mots clés : connaissance, attitude, pratique, gestantes, 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'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.

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.