

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T.B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMO

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N° :

THESE

**DEPISTAGE DU VIH/SIDA CHEZ LES PARTURIENTES ADMISES
EN SALLES D'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL DE DISTRICT
DE LA C IV DE BAMAKO EN 2024**

Présentée et soutenue publiquement le 10/07/devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Mamadou K DIAKITE

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

Jury

Président	: M. Nouhoum TELLY Maître de conférences
Membres	: M. Cheick Abou COULIBALY Maître de conférences : M. Amaguiré SAYE Gynécologue obstétricien
Co-directeur	: M. Salia KEITA Maître assistant
Directeur	: MM. Fanta Sangho Maître de conférences

%

A Allah le tout puissant, Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux, Louange et gloire à toi, Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour important dans ma vie, Que ta volonté soit faite, Amen.

Au prophète Mohamed, Paix et salut sur lui, à toute sa famille et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon Père DIAKITE Moussa, Cher père tu nous as dit que la fierté et la dignité d'un homme c'est le travail, nos études ont été au-dessus de toutes vos préoccupations, ta rigueur dans le travail, ton optimisme et ton soutiens moral et financier est le fruit de ce travail. Père je ne saurai vous remercier assez qu'Allah le tout puissant te bénisse et vous accorde une bonne santé et longévité Amen.

A ma Mère SOUCKO Djantou, Une Mère que je n'arrêterai jamais de vanter, battante, courageuse, soucieuse pour l'avenir de ses enfants et ceux des autres ; tu nous as toujours éduqué la bonne conduite, la dignité et l'honnêteté. Ton attention et affection m'ont toujours apporté de la confiance en moi. Qu'Allah le tout puissant te bénisse et t'accorde une bonne santé et longévité Amen.

A mes frère Moulaye, Fla kali, Souleymane et Mamoutou

Vous m'avez été un grand soutien. Je n'oublierai jamais ces moments de complicité, de joie et de peine partagés ensemble, autant de choses qui nous lient et que nous avons vécus intensément. Que Dieu renforce nos liens !

A ma fiancé KEITA Kadiatou, pour son amour, sa patience et son soutien constant tout au long de ce travail. Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A toutes la famille DIAKITE, vous qui avez choisi et accepté de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

Remerciements

Je profite de cet instant pour adresser mes vifs remerciements,

- A la République du Mali
- Aux corps enseignants de la FMOS
- A l'hôpital de district C IV de Bamako, merci pour l'accueil et bonne collaboration,
- Au Dr SAYE Amaguiré, Dr DIARRA Dessé, Dr DIARRA Sirama, DR DEMBELE Brahim
merci pour la qualité de l'enseignement reçu de votre part,
- KONE Fanta sage-femme maitresse merci Maman
- A toutes les sage-femmes et infirmière-obstétricienne du service merci pour vos soutiens et
votre accompagnement,
- Mes aînés du service Dr NIARE Boubacar, Dr KONATE Ali, Dr COULIBALY Yaya je vous
dit merci
- A toutes l'équipe d'anesthésie, les aides et les manœuvre du bloc merci pour votre
compréhension et votre disponibilité,
- Ma mère BABY Fatoumata et tous les personnels du CSCOM de Bosola.
- Dr BERTHE Boureima, Dr SANOGO Soumeila, Dr RABO Salif,
- Mes petites sœurs DIAKITE Kalihawa, DIAKITE Dedéou, DOUMBIA Mariam, KONE
Assitan, merci pour tout l'effort fourni,
- DEMBELE Kassoum et sa femme SISSOKO Batoma, je vous dis merci

A notre Maître et président du jury :

Professeur Nouhoum TELLY

- ✓ Maître de Conférences Agrégé en épidémiologie à la FMOS
- ✓ Chef par intérim à la division surveillance épidémiologique et recherche à la Cellule Sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TB-H)
- ✓ Secrétaire Général Adjoint de la société Malienne d'épidémiologie (SOMEPI)
- ✓ Secrétaire administratif de la société Malienne de Santé Publique (SOMASAP)
- ✓ Chef de l'unité 'Maladies infectieuses » du laboratoire de recherche du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP)

Cher Maître,

Merci d'avoir accordé votre temps précieux à l'évaluation de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos qualités humaines et votre persévérance font de vous un maître exceptionnel.

Recevez ici cher maître, nos plus hautes considérations.

A notre Maître et membre du jury :

Professeur Cheick Abou Coulibaly

- ✓ Maître de conférences en épidémiologie à la FMOS
- ✓ Masters en Santé Publique et Médecine communautaire
- ✓ Spécialiste en épidémiologie
- ✓ Agent d'appui technique à l'INSP/DOUSP

Cher Maître,

Merci d'avoir accordé votre temps précieux à l'évaluation de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos qualités humaines et votre persévérance font de vous un maître exceptionnel.

Recevez ici cher maître, nos plus hautes considérations.

A notre Maître et membre du jury :

Docteur Amaguiré SAYE

- ✓ Gynécologue-obstétricien de l'Hôpital de District de la CIV de Bamako
- ✓ Praticien hospitalier
- ✓ Médecin chef adjoint de l'Hôpital de District de la CIV de Bamako.

Cher Maître,

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de votre encadrement pratique dans notre service.

Vos qualités humaines, votre savoir médical et rigueur scientifique, font de vous Une référence pour les étudiants. Trouver ici le témoignage de nos remerciements et votre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur :

Docteur Salia KEITA

- ✓ Maître-assistant
- ✓ Spécialiste en santé publique

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer notre profonde admiration. Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait et surtout votre dévouement, font de vous un maître apprécié. Vous nous avez Guidés tout au long de l'élaboration de ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et mon respect.

A notre Maître et directrice de thèse :

Professeur Fanta SANGHO

- Maître de Conférences en Santé Communautaire à la Faculté de Pharmacie.
- Directrice Générale de la Direction de la Pharmacie et du Médicament.
- Responsable de la mention santé de la reproduction de master en santé publique.
- Membre de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP).

Cher Maître,

Nous vous remercions pour votre encadrement attentif et votre disponibilité tout au long de ce travail. Vos conseils, votre vivacité, et votre souci constant du travail bien fait ont grandement contribué à l'aboutissement de cette thèse.

Recevez cher Maître, notre profond respect, et notre gratitude infinie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

AIDS : *Immuno deficiency syndrome*

Ag : Antigène

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti retro viral

AZT : Zidovudine

CDC : *Centers for Disease Control and Prevention*

CD4 : *Cluster of differentiation 4*

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMV : Cytomégalovirus

CPN : Consultation prénatale

CSCom : Centre de santé communautaire

CSRef : Centre de santé de référence

CV : Charge virale

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DNS : Direction nationale de la santé

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

ETME : Elimination de la transmission mère-enfant

HSH : Hommes ayant des rapports avec les hommes

Gp : gluco-protéine

Ig : Immunoglobine

IMAARV : Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

IST : Infection sexuellement transmissible

MFIU : Mort fœtale in utéro

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des nations unies de lutte contre le SIDA

PCR : Polymérase Chain réactive

PEV : Programme élargi de vaccination

PS : Professionnels du sexe

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RPM : Rupture prématurée des membranes

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SA : Semaine d'aménorrhée

SIS : Système d'information sanitaire

Liste des figures

Figure 1 : Cycle de réplication du VIH	12
Figure 2 : Algorithme de dépistage du VIH dans la population générale au Mali.....	15
Figure 3 : carte sanitaire de la commune IV ; Source : Cartographie RGPH, 2009.....	28
Figure 4 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission	39
Figure 5 : Notion d'information sur le VIH/SIDA.....	41
Figure 6 : Répartition des parturientes selon leur source d'information sur le VIH.....	41
Figure 7 : Répartition des parturientes selon le taux d'acceptation du test.....	42
Figure 8 : Répartition des parturientes selon le résultat du test.	43
Figure 9 : Répartition des parturientes selon le désir d'informer le procréateur de leur statut sérologique.	44
Figure 10 : Répartition des parturientes positives au VIH en fonction du type de rupture des membranes.	45
Figure 11 : Répartition des parturientes dépistées positives selon la réalisation de l'épisiotomie.	47
Figure 12 : Répartition des parturientes dépistées positives selon la réanimation des nouveau-nés.....	50
Figure 13 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le mode d'allaitement.	50
Figure 14 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le pronostic périnatal des nouveau-nés.....	51
Figure 15 : Répartition des parturientes dépistées positives selon la réalisation de PCR.....	52
Figure 16 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le résultat du PCR des nouveau nées.....	52

Liste des tableaux

Tableau I : Posologie du Cotrimoxazole en fonction du poids ou de l'âge de l'enfant	21
Tableau II : Répartition des parturientes selon l'Age et la profession	31
Tableau III : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial et le selon le niveau d'étude	32
Tableau IV : Répartition des parturientes dépistées positives en fonction de leurs âges et de leurs professions.....	32
Tableau V : Répartition des parturientes dépistées positives selon le statut matrimonial et le niveau d'étude.....	33
Tableau VI : Répartition des parturientes dépistées positives selon la profession du procréateur	33
Tableau VII : Répartition des parturientes selon la gestité et la parité	34
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le nombre, l'agent et le lieu de CPN.....	35
Tableau IX : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.....	37
Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif de refus de réaliser le test	39
Tableau XI : Réactions des parturientes dépistées positives.....	40
Tableau XII : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel	41
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le traitement ARV en salle chez les parturientes	42
Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la durée entre la rupture des membranes et l'accouchement	43
Tableau XV : Répartition des parturientes selon le type d'accouchement	43
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le type de délivrance	44
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le sexe du nouveau née.....	45
Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le poids du nouveau à la naissance	45
Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la taille du nouveau née à la naissance	46
Tableau XX : Répartition des parturientes selon l'Apgar du nouveau née	46
Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon l'administration d'ARV.	48
Tableau XXII : Répartition des parturientes dépistées positives selon la survenue de complication dans les suites de couche immédiate	50

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS	4
1.1 OBJECTIF GENERAL	4
1.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES	4
2 Généralités	5
2.1 Définition.....	5
2.2 Historique	5
2.3 Epidémiologie.....	6
2.4 Les modes de transmission :	7
2.5 Le cycle de réplication :	8
2.6 La physiopathologie :	9
2.7 Les aspects cliniques	10
2.8 TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	13
3 METHODOLOGIE.....	23
3.1 Cadre d'étude.....	23
3.2 Historique de la commune IV	23
3.3 Type et période d'étude	26
3.4 Population d'étude.....	26
3.5 Critères d'études	27
3.6 Critères de non inclusion	27
3.7 Echantillonnage	27
3.8 Considérations éthiques	28
4 Résultat	31
4.1 Fréquence :	31
4.2 Données socio-démographiques :	31
4.3 Données cliniques :	34
5 Commentaires et Discussions :	52
5.1 Difficultés :	Erreur ! Signet non défini.

5.2	Fréquences :	52
5.3	Caractéristiques sociodémographiques :	52
5.4	Etude clinique	53
5.5	Prise en charge	54
5.6	Caractéristiques des nouveau-nés	56
5.7	Pronostic	57
Conclusion :		59
RECOMMANDATIONS :		60
REFERENCES		62
ANNEXES		66

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) constitue encore un problème de santé publique malgré les multiples efforts réalisés dans la lutte contre la maladie [1]. Le virus de l'immunodéficience humaine est un virus à acide ribonucléique (ARN), responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), identifié en 1983 par l'équipe du Pr Luc Montagnier à l'institut Pasteur de Paris [2]. Le dépistage en salle d'accouchement permet d'identifier les femmes non diagnostiquées au cours de la grossesse et d'initier des mesures immédiates pour protéger l'enfant, notamment en adaptant le mode d'accouchement et en administrant une prophylaxie néonatale.

Dans le monde, on estime à 40,8 millions de personnes vivants avec le VIH soit 39,4 millions d'adultes de 15 ans ou plus, 1,4 million d'enfants de 0-14 ans. Près de 53 % des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes et des filles [3]. Selon le rapport 2025 de ONUSIDA 630 000 cas de décès liés aux maladies de SIDA ont été notifiés dans le monde, contre 1,3 millions en 2010 [3]. Durant la même année 1,3 millions de personnes ont été dépistées positives au virus parmi lesquelles 45% étaient des femmes et des filles [3]. Aujourd'hui 41 ans après la découverte du virus, le dépistage du VIH rencontre plusieurs problèmes dans le monde tel que l'accès aux tests limités dans certaines régions, la stigmatisation et la discrimination.

En Afrique, le dernier rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur le VIH/SIDA révèle que, plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH se trouvent dans la région africaine de l'OMS estimée à 26 millions [3]. L'Afrique de l'est et du sud est la zone la plus touchée par la pandémie, avec 21,1 millions de personnes infectées [3]. En 2025 environ 50% des personnes dépistées positives au virus du VIH vivaient dans la région Africaine de l'OMS (3). Malgré ces résultats l'Afrique reste la région de l'OMS où l'accès au dépistage est le plus difficile.

Au Mali selon les estimations de l'OMS en 2023 la prévalence du VIH dans la population générale chez les adultes de 15 ans à 49 ans était de 0.8% avec une prévalence de 1.1% chez les femmes de la même tranche d'âge [4]. Durant l'année 2023, environ 4400 décès liés au VIH/SIDA ont été signalés au Mali [4]. Selon le rapport 2024 de la Cellule Sectorielle de Lutte contre VIH/SIDA la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TBH) le taux de séropositivité chez les femmes enceintes dépistées dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant

(PTME) étaient de 0,22% et le district de Bamako avait un taux supérieur à la moyenne avec un taux de séropositivité à 0,4% [5]. Malgré ce pourcentage, seulement 20% des femmes ont fait un test du VIH pendant une visite prénatale ou pendant l'accouchement au cours des 2 années précédentes [1]. Les pourcentages de femmes et d'hommes qui n'ont jamais effectué de test du VIH sont nettement plus élevés en milieu rural qu'urbain respectivement 87 % contre 65 % et 91 % contre 70 % [3]. 68 % des femmes et 60 % des hommes ont exprimé des opinions discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH selon les résultats du dernier enquête démographique et sanitaire [6].

La grossesse paraît avoir peu d'influence sur la progression de la maladie, de même il ne semble pas exister de complications notables liées à l'infection à VIH au cours des grossesses de femmes asymptomatiques. Cependant l'infection à VIH au cours de la grossesse est corrélée à une morbidité maternelle et fœtale accrue si la patiente est symptomatique. La prévention de la transmission mère-enfant réduirait considérablement la prévalence de l'infection à VIH [7]. La transmission de la mère à l'enfant est l'un des principaux modes de contamination elle peut se faire in utero, per-partum, post-partum, et lors de l'allaitement maternel.

Le Mali fait partie des pays à taux élevé de la TME du VIH incluant la période d'allaitement (32,1%) selon le Spectrum 2023[8]. Or peu d'études ont été consacrées au dépistage du VIH chez les parturientes admises en salle d'accouchement d'où l'initiation et l'intérêt de notre étude.

QUESTION DE RECHERCHE

Quel est le taux de dépistage du VIH chez les parturientes admises en salles d'accouchement à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako en 2024 ?

OBJECTIFS

1 OBJECTIFS

1.1 OBJECTIF GENERAL

Evaluer le dépistage du VIH/SIDA chez les parturientes admises en salles d'accouchement à l'hôpital de district de la C IV du district de Bamako en 2024.

1.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- ✓ Déterminer la fréquence de l'infection à VIH chez les parturientes admises en salle d'accouchement ;
- ✓ Décrire le profil sociodémographique de ces parturientes.
- ✓ Décrire la prise en charge des nouveau nés des parturientes admises en salle d'accouchement.

2 Généralités

2.1 Définition

Le virus de l'immunodéficience humaine est un virus à ARN monocaténaire de polarité positive, à capside polyédrique et enveloppé, appartenant à la famille des Rétroviridae, du genre lentivirus. Les rétrovirus ont en commun que leur génome doit être transcrit en ADN par une ADN polymérase ARN-dépendante (synthétisant l'ADN à partir d'une matrice qui est l'ARN génomique), autrement dit une transcriptase inverse. Deux types de virus ont été décrits le VIH1 et le VIH2. Le VIH1 est le plus répandu dans le monde. Le VIH2 se rencontre surtout en Afrique occidentale, mais il a aussi été retrouvé en Afrique orientale, en Europe, en Asie et en Amérique latine.

Définition du dépistage du VIH : Ensembles d'activités permettant de mettre en évidence ou de détecter le virus, ses composantes ou des éléments spécifiques nécessaires à l'identification, la quantification de façon interprétable à partir de produit biologique dûment prélevé [9].

2.2 Historique

Le premier cas documenté d'infection par le VIH chez l'homme remonterait à l'année 1959 où une prise de sang a été effectuée sur un homme au Congo, suivront alors plusieurs patients atteints de maladies rares (notamment la maladie de Kaposi), aujourd'hui considérées comme maladies opportunistes liées au VIH [10].

En 1969, aux États-Unis, un adolescent de 15 ans meurt à l'hôpital de Saint-Louis d'une forme particulièrement sévère de maladie de Kaposi. Lors de son interrogatoire, il avait déclaré être né à Saint-Louis, n'avoir jamais voyagé ni reçu de transfusion sanguine. Un test sur du sang congelé de ce patient est effectué en 1987, détectant ainsi le VIH. Ce garçon est soupçonné d'avoir été contaminé par voie sexuelle, ce qui impliquerait l'existence de cas préalables aux États-Unis [10].

C'est le 5 juin 1981 que les Centers for Disease Control d'Atlanta rapportent quelques cas d'une forme rare de pneumonie qui touche spécifiquement des jeunes hommes homosexuels (3 cas avaient été relevés en 1980) [11].

C'est en 1983 que Françoise BARRE SINOUSI et l'équipe du Professeur Luc MONTAGNIER isolent le premier virus responsable du SIDA, le VIH-1. Le type 2 du VIH a été isolé en 1986[11].

-En novembre 1984 l'activité antivirale de la zidovudine (AZT ou Retrovir) est mise en évidence [12]. Les progrès du traitement et la prévention de l'infection par le VIH ont été spectaculaires dans les années 1990, en 1994, le premier tournant a eu lieu avec la preuve que l'AZT réduit de deux tiers le risque de transmission mère-enfant, de 20 % à 7%. Un deuxième tournant a eu lieu en 1996 avec l'avènement des trithérapies, permettant une diminution de 80 % de l'incidence du sida et une amélioration correspondante de la survie, l'utilisation de traitements antirétroviraux efficaces a également bouleversé la prévention de la transmission du VIH, que ce soit de la mère à l'enfant ou par voie sexuelle

Au Mali :

-A la date du 26 juin 1997, la prévalence du SIDA pour les femmes en âge de procréer est estimée à 3%, le nombre de séropositif à 40000 personnes et le nombre de sidéens à 4000 [13].

-En juin 2000 le département de la santé en collaboration avec l'ONUSIDA a organisé un atelier à Bamako sur la problématique de la prise en charge des PVVIH au Mali [12].

-En 2001 le Mali s'est engagé résolument dans la lutte contre le SIDA à travers une initiative d'accès aux ARV dénommée Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux (IMAARV) [13].

-Le projet de déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA de 2004 recommande d'assurer la gratuité des soins et des médicaments ARV à tous les malades sans aucune distinction [14].

Selon l'enquête démographique et santé IV Mali la prévalence globale du VIH est estimée à 1,2% [15].

2.3 Epidémiologie

Situation dans le monde et en Afrique

À l'échelle mondiale en 2025, 40,8 millions de personnes [37-45,6 millions] vivaient avec le VIH ; 1,3 million [1-1,7 million] de personnes ont été infectées par le VIH ; 630 000 [490 000-820 000] personnes sont mortes de maladies liées au sida.

En Afrique : selon les estimations de l'OMS en 2025, plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH se trouve dans la région africaine de l'OMS (26 millions).

L'Afrique orientale et australe est la zone la plus touchée par la pandémie, avec 21,1 millions de personnes infectées.

Au Mali : selon les estimations de L'OMS en 2023 la prévalence du VIH dans la population générale chez les adultes de 15 ans à 49 ans était de 0.8 avec une prévalence de 1.1 chez les femmes de la même tranche d'âge [4].

2.4 Les modes de transmission :

La transmission du VIH se fait selon trois principaux modes [16].

a. La Transmission sexuelle :

La majorité de la transmission par le VIH soit 75 à 85% s'effectue par les rapports sexuels non protégés [17]. C'est le mode de contamination le plus fréquent en Afrique. Les facteurs augmentant le risque de transmission sexuelle sont les stades de primo-infection et le SIDA qui sont les stades où la virémie est élevée. D'autres facteurs de risque peuvent être cités : un taux de CD4, une antigénémie P24 positive, une charge virale élevée non contrôlée ou multirésistance aux antirétroviraux. Le risque est aussi augmenté en cas d'infections génitales, de rapports sexuels pendant les règles, de violences sexuelles.

b. 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.

c. La Transmission verticale : (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% [18].

Cette transmission est beaucoup plus marquée :

- En fin de grossesse,
- Pendant le travail ou à l'accouchement
- Et au cours de l'allaitement maternel

2.5 Le cycle de réplication

Les étapes de réplication du virus sont communes à tous les rétrovirus. Leur connaissance est essentielle pour la recherche de molécules actives bloquant une ou plusieurs étapes de ce cycle.

- Fixation du virus sur les récepteurs spécifiques de la membrane des CD4.
- Fusion entre le virus et la cellule hôte : le matériel génétique viral est “ injecté” sous forme d'ARN (d'où le nom de rétrovirus) donc encore illisible par les enzymes de la cellule infectée.
- La transcriptase inverse transforme l'ARN en ADN monobrin, donc toujours pas lisible.
- L'ADN monobrin est doublé afin d'être intégré au matériel génétique de la cellule.
- Intégration de l'ADN dans le noyau de la cellule grâce à une enzyme : l'INTEGRASE.
- Activation de la synthèse des protéines virales à l'aide des nutriments et des enzymes cellulaires.
- Assemblage des protéines virales en enveloppe par les PROTEASES, et maturation en vue de l'intégration de l'ARN nouvellement formé.
- Bourgeonnement de la membrane cellulaire qui se lyse en laissant échapper les nouveaux virus [19].

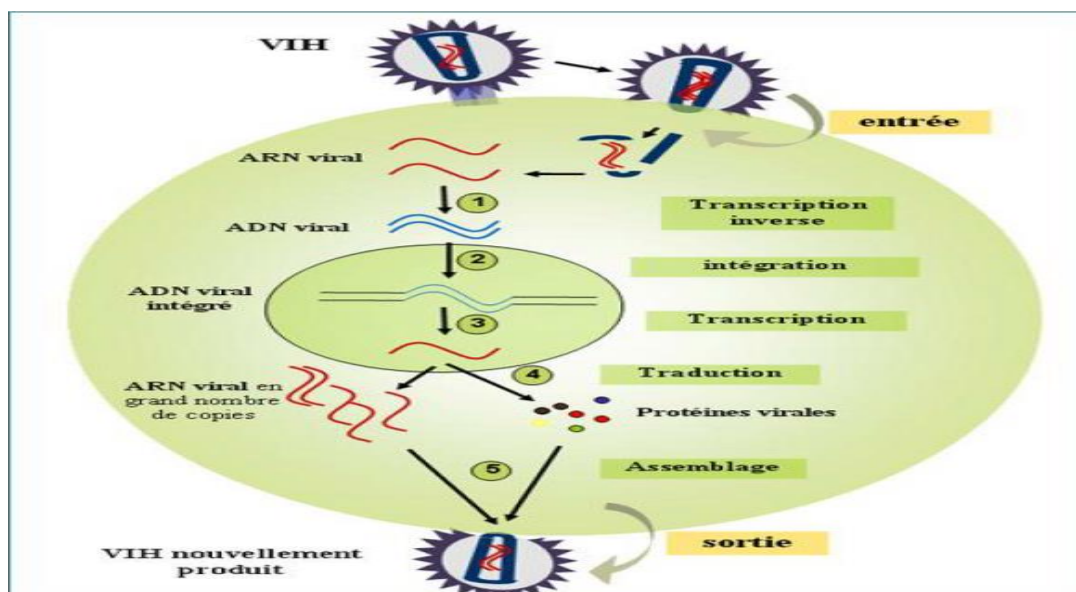


Figure 1 : Cycle de réplication du VIH

2.6 La physiopathologie :

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement et diffuse dans l'organisme. Des réservoirs viraux sont ainsi constitués, avec intégration du virus dans les cellules (ganglions, tissu lymphoïde du tube digestif) lui permettant d'échapper ainsi à la reconnaissance par le système immunitaire.

Les cellules cibles du virus sont :

- Les lymphocytes CD4, les monocytes/macrophages
- Les cellules de la microglie cérébrale

Le VIH détruit progressivement le système immunitaire en infectant les lymphocytes CD4 (mécanisme direct) et en entraînant une activation immunitaire qui conduit à de multiples phénomènes immunitaires pathologiques dont la destruction des lymphocytes CD4 (mécanisme indirect). Lorsque les CD4 sont inférieurs à 200/mm³, surviennent alors les infections opportunistes avec l'apparition du SIDA clinique.

En raison de l'établissement précoce de réservoirs viraux, de la persistance d'une réplication à minima du virus conduisant à la sélection de virus échappant aux réponses immunes de l'hôte, les traitements antirétroviraux même hautement efficaces n'ont pas permis à ce jour l'éradication du virus.

En outre, la réplication persistante du virus entraîne une activation constante du système immunitaire, insuffisante cependant pour contrôler le VIH et délétère pour de nombreux organes (cœur, os, vaisseaux, rein...). Les CD4 se renouvellent rapidement jusqu'à ce que les altérations des organes lymphoïdes centraux (thymus) ne permettent plus leur régénération [19].

2.7 Les aspects cliniques

2.7.1 Méthodes de diagnostic :

- **Diagnostic clinique :** Le diagnostic clinique de l'infection VIH se fait à partir de la définition du SIDA.

Définition du SIDA : Le sida a été défini lors de la réunion atelier de BANGUI du 22 au 25 octobre 1985. Cette définition a été scindée en deux : chez l'adulte et chez l'enfant.

Le SIDA est défini par l'existence d'au moins deux signes majeurs associés à un signe mineur en l'absence de toutes autres causes d'immunodépression, telles que les cancers, la malnutrition sévère etc. De même la présence d'une maladie de Kaposi généralisée ou d'une méningite à cryptocoques est suffisante pour affirmer le diagnostic du SIDA.

- ❖ **Les stades cliniques** de l'infection à VIH et classification OMS révisée de l'adulte et de l'adolescent : C'est une classification clinique qui s'applique à toute personne séropositive âgée de 15 ans et plus [20,21] [22, 23]. Les thrombopénies immunologiques représentent les manifestations les plus fréquentes de ce dernier type de cytopénie en particulier chez les patients non encore au stade de SIDA [24, 25].

Le stade clinique 1

- ❖ Asymptomatique
- ❖ Lymphadénopathie persistante généralisée.

Le stade clinique 2

- ❖ Perte de poids modérée inexplicée (<10% du poids présumé ou mesuré)
- ❖ Infections respiratoires récurrente (infections des voies aérienne, sinusites, bronchites, otites moyennes, pharyngites)
- ❖ Zona
- ❖ Perlèche
- ❖ Ulcérations orales récurrentes
- ❖ Prurigo

- ❖ Dermite séborrhéique
- ❖ Infections fongiques des ongles (onychomycose).

Le stade clinique 3

- ❖ Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples Perte de poids sévère (<10% du poids corporel présumé ou mesuré)
- ❖ Diarrhée chronique inexpliquée (intermittente ou constante) de plus d'un mois
- ❖ Candidose orale
- ❖ Leucoplasie chevelue de la langue
- ❖ Tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours des deux années précédentes
- ❖ Infections bactériennes sévères (pneumonies, pyomyosite, infection articulaire ou osseuse, méningite)
- ❖ Stomatite/gingivite/périodontite aiguë ulcéronécrosante Anémie inexpliquée(<8g/dl) et/ou neutropénie(<500/mm³) et/ou thrombocytopénie(<50000/mm³) pendant plus d'un mois.

Le stade clinique 4

Les affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples

- ❖ Syndrome cachectique
- ❖ Pneumonie à Pneumocystis Jiroveci
- ❖ Pneumonie bactérienne récurrente sévère ou radiologique
- ❖ Herpès chronique (oro-anal, anorectal de plus d'un mois)
- ❖ Candidose de l'œsophage
- ❖ Tuberculose extra pulmonaire
- ❖ Maladie de Kaposi
- ❖ Toxoplasmose cérébrale
- ❖ Encéphalopathie à VIH Les affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé
- ❖ Cryptococcose extapulmonaire y comprise méningée
- ❖ Infection disséminée à mycobactéries non tuberculeuse
- ❖ Candidose de la trachée, des bronches ou des poumons
- ❖ Cryptosporidiose
- ❖ Iso sporose

- ❖ Infection herpétique viscérale
- ❖ Infection à cytomégalovirus
- ❖ Leishmaniose viscérale
- ❖ Cancer invasif du col utérin.
- **Le diagnostic sérologique**

La détection des anticorps anti VIH repose sur des tests immuno- enzymatiques de type ELISA. Les tests de quatrième génération utilisés sont très sensibles. Ils permettent la détection combinée de la protéine p24 du VIH-1 et des anticorps IgM et IgG antiVIH-1 et anti-VIH-2. Ces tests permettent de réduire de quelques jours la fenêtre sérologique pendant laquelle la sérologie est négative au cours de la primo-infection.

Par ailleurs, des tests dits rapides avec une réponse en quelques minutes ou heures sont aussi disponibles et facilement réalisables sans appareillage sophistiqué. Ils sont utilisés dans un contexte d'urgence ou d'accident d'exposition.

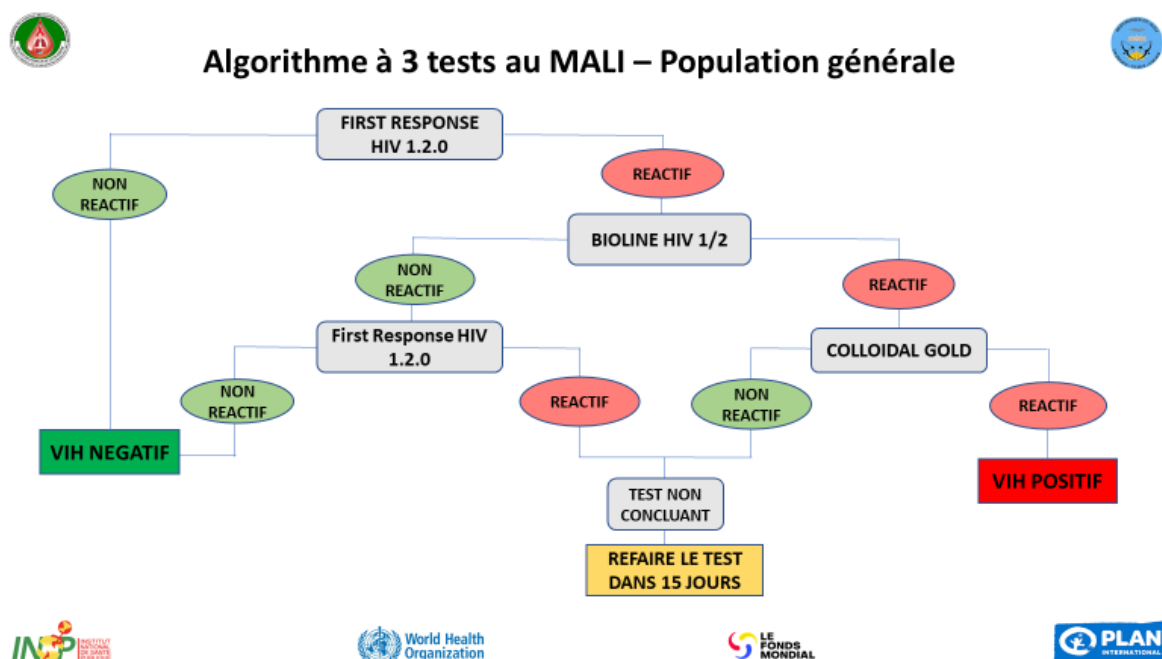


Figure 2 : Algorithme de dépistage du VIH dans la population générale au Mali.

2.7.2 Moyens

2.8 Traitement antirétroviral

2.8.1 Buts :

Les ARV sont des molécules chimiques susceptibles d'entraver et de ralentir la réplication du VIH dans l'organisme.

Le traitement antirétroviral a pour but :

-De réduire la charge virale plasmatique au niveau le plus bas possible, afin de la rendre<<indétectable>> par les tests de mesure les plus sensibles, le plus longtemps possible,

-De restaurer l'immunité par augmentation du taux de TCD4 du patient traité, -D'améliorer la qualité de vie,

De prévenir la transmission sexuelle et verticale [20].

2.8.2 L'histoire naturelle de l'infection à VIH :

L'histoire naturelle désigne l'ordre naturel, prévisible par lequel passent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Celle-ci est modifiée par l'initiation de plus en plus précoce d'un traitement antirétroviral efficace. L'évolution clinique spontanée de l'infection à VIH s'effectue en trois phases [26].

a. **La primo-infection à VIH :** Les premiers symptômes surviennent 10 à 15 jours après la contamination chez environ 20% des sujets. Il s'agit d'un syndrome mononucléosique, d'une fièvre, d'une pharyngite, des adénopathies cervicales, plus rarement d'une méningoencéphalite aseptique, d'une myélite aiguë, d'une neuropathie périphérique, d'une paralysie faciale, d'un exanthème maculaire ou des troubles digestifs [27].

Ces symptômes peuvent manquer, passer inaperçus surtout en milieu tropical ou être confondus avec un syndrome grippal ou un syndrome mononucléosique [28].

Tous ces symptômes s'amendent en une dizaine de jours et le patient entre dans la phase asymptomatique dont la durée est de 4 à 10 ans pour VIH-1 et 20 à 25 ans pour VIH-2 [28].

Trois à 6 semaines après la contamination par le VIH, les anticorps deviennent détectables dans le sérum des sujets infectés.

b. **La phase asymptomatique** : Il s'agit d'une phase cliniquement latente mais biologiquement active. La réplication virale est constante avec une détérioration progressive du système immunitaire. Ceci va déterminer l'apparition des manifestations cliniques de la phase symptomatique.

La régression du taux de CD4 se fait progressivement en quelques années de 500 à 350 par mm³. Puis suit une phase dite de progression où la chute de CD4 s'accélère pour passer en quelques mois en dessous de 200 par mm³. Ceci est un facteur pronostic d'évolution vers le SIDA où la charge virale est maximale [26].

c. **La phase SIDA** : Au cours de cette phase surviennent les infections dites opportunistes dont les principales sont : la candidose, la toxoplasmose, la tuberculose, la pneumocystose, la cryptococcose, les coccidioses, cytomégalovirus et les papillomavirus [28].

✓ La candidose à *Candida albicans*. Il s'agit d'une mycose qui atteint la cavité buccale, l'œsophage, le tube digestif ;

✓ La toxoplasmose, due au parasite *Toxoplasma gondii*, commun dans notre environnement. Non traitée, elle peut provoquer des lésions au niveau du cerveau ;

✓ La tuberculose, due au bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*)

✓ La pneumocystose, une forme de pneumonie due à *Pneumocystis jiroveci*. Elle est très commune chez les patients atteints de sida (on estime qu'en l'absence de traitement préventif spécifique, elle se manifesterait chez environ 80% d'entre eux) ;

✓ La cryptosporidiose, maladie due à un parasite, le cryptosporidium, qui colonise les intestins et les canaux biliaires ; il est responsable de diarrhées chroniques qui épuisent le malade par une déshydratation excessive et un amaigrissement important ;

✓ L'infection à cytomégalovirus (CMV), un virus qui atteint la rétine (pouvant conduire à la cécité), les poumons, le tube digestif, ou encore les méninges et les tissus cérébraux ;

- ✓ L'infection à papillomavirus, qui affecte les sphères uro-génitales et anales [29].

2.8.3 Le schéma thérapeutique chez la femme enceinte [23]

d. Objectif

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

Elle doit s'intégrer dans un programme global qui comprend :

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

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

e. Protocoles thérapeutiques

- ❖ Chez la mère Le traitement antirétroviral doit être initié chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH sans considérer les stades cliniques de l'OMS ni les CD4 et se poursuivre à vie.

➤ Schémas thérapeutiques

Le traitement antirétroviral chez la femme enceinte séropositive au VIH tient compte des situations suivantes :

➤ Cas du VIH

a. Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant la grossesse

Situation 1 : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV : Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré ;

Situation 2 : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV : Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé.

Les schémas suivants sont proposés :

- ❖ Le schéma préférentiel recommandé est :

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

- ❖ Les schémas optionnels suivants sont possibles :

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

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

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

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

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

Situation 2 : Femme séropositive non suivie et non traitée qui est en travail : il faut initier une trithérapie suivant l'un des schémas suivants :

❖ Le schéma préférentiel recommandé est :

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

❖ Les schémas optionnels suivants sont possibles :

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

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

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

➤ Comment initier un traitement contenant de la Névirapine :

Pendant les 14 premiers jours donner 200mg de Névirapine une fois par jour.

Par exemple en cas d'association fixe (3TC + AZT + NVP),

il faut donner :

- La combinaison fixe de (3TC + AZT + NVP) : 1cp le matin

- (3TC + AZT) : 1cp le soir

Si la Névirapine est bien supportée donner la dose complète à partir du 15ème jour :

- Par exemple : 3TC + AZT + NVP : 1 cp X 2 /J

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

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

➤ Cas du VIH-2 et VIH1+2 :

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

a. Femme séropositive pendant la grossesse :

Situation 1 : Femme séropositive ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV : Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré ;

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

Débuter le traitement ARV dès que le diagnostic VIH est confirmé. Les schémas suivants sont proposés :

Le schéma préférentiel recommandé sera :

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

Les schémas optionnels suivants sont possibles :

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

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

b. Femme séropositive en travail

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

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

-Le schéma préférentiel recommandé sera :

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

-Les schémas optionnels suivants sont possibles :

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

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

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

a. Cas de Nouveau-né à risque élevé :

-Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

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

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

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

Dans ces cas, il faut donner une bithérapie : Névirapine sirop + AZT sirop

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

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

Si le résultat revint positif, référer l'enfant pour une trithérapie ;

Si résultat négatif, continuer la prophylaxie (Bithérapie).

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

c. Cas de Nouveau-né à risque faible

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

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

Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement,

Dans ces cas, il faut donner une monothérapie : Névirapine sirop ou AZT sirop

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

d. Cas de VIH2 :

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

NB : Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2 Le mode de calcul en ml est le suivant :

▪ Névirapine (NVP) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,2ml en une dose journalière ▪ Zidovudine (AZT) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,4ml matin et soir ▪ Lamivudine (3TC) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,2ml matin et soir

f. Alimentation du nourrisson

- Le conseil en alimentation doit se faire à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement).
- Le choix du mode d'alimentation doit être éclairé et se fera entre :
 - Un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage à 12 mois.
 - Une alimentation artificielle si les conditions suivantes sont réunies : alimentation acceptable, faisable, abordable financièrement, durable dans le temps et sûre (AFADS).

NB :

- L'alimentation mixte est proscrite
- L'aide à l'observance doit être renforcée chez la mère optant pour l'allaitement maternel.

g. Suivi et traitements associés

- ❖ Chez la mère pendant la grossesse et en post-partum □ La consultation prénatale (CPN) sera faite tous les mois ;

- L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ;
- La supplémentation systématique en fer + acide folique pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement ;
- Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme par la Sulfadoxine pyriméthamine (SP) à commencer à partir du 4ème 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 ;
- La vaccination anti tétanique est recommandée ;
- La recherche d'AgHBS est systématique ;
- La supplémentation en vitamine A en post-partum ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
 - La charge virale sera faite si possible vers la 34ème semaine de grossesse ;
 - La patiente sera référée après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

❖ Chez le nouveau-né

a. Soins néonataux

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

- Respecter les règles de la prévention des infections pendant les soins et le traitement ;
- Sectionner le cordon après l'accouchement sans le traire ;
- 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.

NB : Le suivi de l'enfant exposé au VIH doit se faire à un rythme mensuel, les paramètres de croissance doivent être surveillés à chaque visite (voir en annexe)

b. Prophylaxie par le Cotrimoxazole

- La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 4 à 6 semaines avec le Cotrimoxazole et se poursuivra jusqu'à l'infirmité de l'infection (résultat négatif) ;

- La prescription se fera conformément au tableau suivant :

Tableau I : Posologie du Cotrimoxazole en fonction du poids ou de l'âge de l'enfant

Age / poids	Posologie : Comprimé dispersible 100/20 mg
< 5 kg	1 comprimé/jour
5 -15 kg	2 comprimés/jour

c. Vaccination

- La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive ;
- Le calendrier PEV doit être respecté ;
- En cas d'immunodépression sévère ($CD4 < 15\%$), les vaccins à virus vivants atténués (Rougeole, Fièvre jaune, BCG, ...) ne doivent pas être utilisés.

METHODOLOGIE

3 METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude

Le Service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital du district de la commune IV a servi de cadre pour cette étude.

3.2 Historique de la commune IV

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fût créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N° 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 95-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

➤ Données géographiques

La commune IV couvre une superficie de 37, 68 km² soit 14,11% de la superficie du district.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud, le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

➤ Données sociodémographiques

La majorité, des ethnies du Mali sont représentées en commune IV et des ressortissants d'autres pays.

La commune représente 17 % de la population totale de Bamako et 2% de la population, totale du Mali. La population totale de la commune IV, en 2003, est estimée à 213653, habitants dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 72862 habitants, le moins peuplé est celui de Lassa avec 1673 habitants. (Source : PUS CIV Mars 2001).

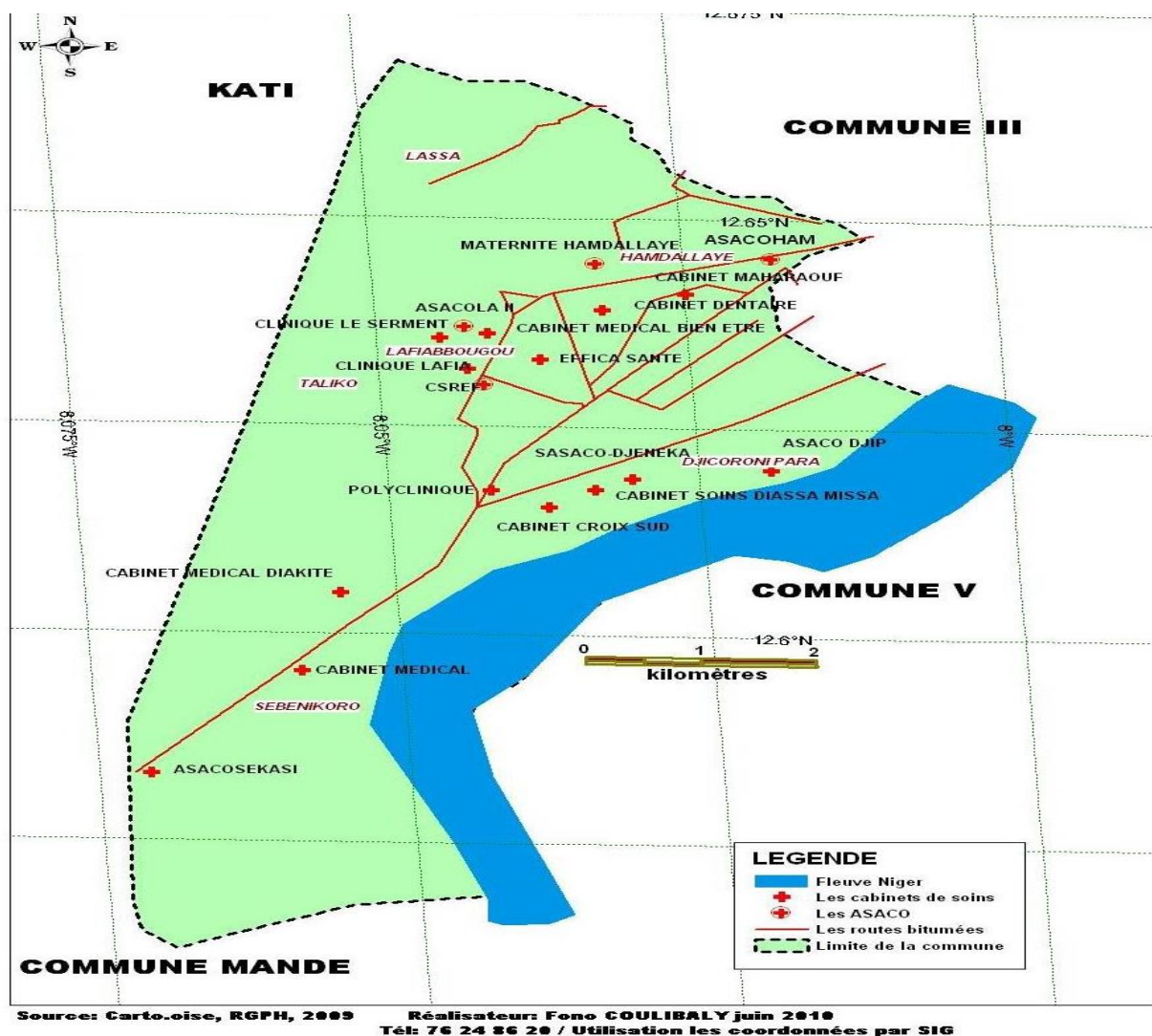


Figure 3 : carte sanitaire de la commune IV ; Source : Cartographie RGPH, 2009

L'hôpital du district de la commune IV

L'hôpital du district de la commune IV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou. Ce centre d'abord PMI (protection maternelle et infantile) à sa création (en 1981), érigé en

CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé et il est érigé en hôpital du district depuis le 12/07/2022.

Le centre comporte plusieurs services :

- Un service de médecine générale ;
- Un service de chirurgie ;
- Un service d'ORL ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service de d'ophtalmologie ;
- Un service de cardiologie
- Un service d'urologie
- Un service d'endocrinologie
- Un service d'infectiologie
- Un service de neurologie
- Un service de traumatologie
- Un service de DAT ;
- Un service de consultation prénatale et de planification familiale ;
- Un cabinet d'odontostomatologie ;
- Un laboratoire d'analyse ;
- Une pharmacie ;
- Un service de CPN ;
- Un service de PF ;

➤ **Présentation du service de Gynécologie-Obstétrique**

✓ **Infrastructures** : Le service dispose de deux blocs séparés par une allée. Le bloc comporte

- A l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements ;
- A gauche la salle de suite de couches, jouxtée par le bureau de la sagefemme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sage-femmes ;
- Au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation ;

- Au fond les deux blocs opératoires, septique et aseptique, séparés par la salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une, servant de bureau à la sage-femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP.

✓ **Personnel**

- Quatre (4) Gynécologues-Obstétriciens ;
- Douze (12) Médecins généralistes ;
- Vingt-six (26) Sage-femmes ;
- Quinze (15) Infirmières Obstétriciennes ;
- Vingt (20) Etudiants faisant fonction d'internes.

✓ **Fonctionnement**

- Un staff quotidien a lieux tous les jours ouvrables à partir de 08h30 min réunissant les internes et le personnel du service dirigé par un Gynécologue Obstétricien ;
- Les visites des malades hospitalisées sont quotidiennes, effectuées par un Gynécologue-Obstétricien ;
- La consultation des malades externes est effectuée les lundi, Mardi, mercredi et vendredi ;
- Les programmes opératoires sont effectués les mardi et jeudi ;
- Une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de : deux Médecins Généralistes, deux Sage-femmes, deux Infirmières Obstétriciennes, deux Internes et des Stagiaires ;
- Les consultations prénatales sont effectuées.

3.3 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale allant de décembre 2024 à Juin 2026. La période de collecte était du 1 Décembre 2024 au 31 Mai 2025 soit une période de 6 mois, dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de district commune IV de Bamako.

3.4 Population d'étude

La population d'étude était essentiellement constituée des parturientes admises en salle d'accouchement et les patientes reçus en post partum immédiats.

3.5 Critères d'études

✓ Critères d'inclusion

Étaient incluses dans notre étude :

Toute parturiente ou femme en post-partum immédiat admise ou prise en charge en salle d'accouchement de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako durant la période de l'étude.

3.6 Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude, les parturientes ou femmes en post-partum immédiat admises en salle d'accouchement de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako durant la période de l'étude qui n'ont pas donné leur consentement libre et éclairé à participer à l'étude.

3.7 Echantillonnage

Notre étude concernait les parturientes et les patientes en post-partum immédiat séropositives, et non dépister pendant la CPN reçues à la maternité de l'hôpital de district CIV de Bamako pendant la période d'étude.

Taille de l'échantillon

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

n = taille de l'échantillon

i = la précision (i = 5%)

Z = valeur dépendante du risque d'erreur $\alpha = 5\%$ donc $z = 1,96$

P = Taux de séropositivité dans les CPN dans le district de Bamako selon le rapport 2023 de la CSLS $p = 0,2$

q = 1-p donc $q = 1 - 0,2 = 0,8$

$$n = \frac{1,96^2 (0,2)(0,8)}{0,05^2} = 245,86 \approx 246$$

a. Collecte des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle et anonyme à partir des dossiers médicaux des patientes.

b. **Technique d'analyse des données**

La saisie et l'analyse des données ont été faites par le logiciel SPSS statistiques 25. Les variables quantitatives ont été analysées pour générer leurs moyennes et leurs écarts-types, tandis que les variables qualitatives ont été analysées pour faire des effectifs (n) et de leurs pourcentages (%). Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et de graphique.

3.8 Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation des autorités administratives et sanitaire avant de commencer la collecte.

- Les noms des patientes ont été remplacées par des numéros d'identification ;
- Aucune indication dans les outils de collecte de données ne permettait l'identification d'un individu de l'échantillon par un tiers.

Variables liées à la mère

Variables	Types	Description	Technique de collecte
Age	Quantitative Discontinue	Année	Dossier obstétrical
Niveau d'instruction	Qualitative	1: Primaire 2: Secondaire 3: Supérieur 4: Ecole coranique 5: Non scolarisée	Dossier obstétrical
Profession	Qualitative	1: Ménagère 2:Vendeuse/ Commerçante 3:Fonctionnaire 4:Etudiante / Elève 5 Autres	Dossier obstétrical
Statut Matrimonial	Qualitative	1 Célibataire 2:Mariée monogame 3:Mariée polygame 4:Divorcé 5:Veuve	Dossier obstétrical

Variables liées à la grossesse

Variable	Types	Description	Technique de collecte
CPN	Qualitative	OUI/NON	Dossier obstétrical
Qualification du personnel de CPN	Qualitative	: Gynécologue-Obstétricien 2 : Médecin Généraliste 3 : Sagefemme 4 : Infirmière-Obstétricienne 5 : Matrone 6 : Autres	Dossier obstétrical et Anamnèse
Lieu de la CPN	Qualitative	1 : Hôpital 2 : CSréf 3 : CScom 4 : Autres	Dossier obstétrical
Nombre de CPN	Quantitative	a : 0 b : 1-3 c : ≥ 4	Dossier obstétrical
Rupture des membranes	Qualitative	1 : Prématurée 2 : Précoce 3 : Artificielle	Dossier obstétrical

Variables liées au nouveau-né

Variable	Type	Description	Technique de collecte
Etat du nouveau-né à la naissance	Qualitative	a: 0 b: 1-7 c: ≥ 8	Dossier obstétrical
Traitement ARV du nouveau-né	Qualitative	1 : Oui 2 : Non	Registre de la néonatalogie
Mode d'allaitement	Qualitative	1 : Maternelle 2 : Artificiel 3 : Mixte	Dossier obstétrical et Anamnèse
Référé en pédiatrie	Qualitative	1 : Oui 2 : Non	Dossier obstétrical
PCR1	Qualitative	1 : Réalisé 2 : Non réalisé	Registre de la néonatalogie

RÉSULTATS

Résultats

3.9 Fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons enregistré deux mille neuf cent quatre **(2904)** accouchements. Les patientes séropositives connues représentaient 0,21%. Deux cent douze **(212)** patientes ont bénéficié d'un counseling/dépistage dans la salle d'accouchement ; parmi lesquelles huit ont refusé le test soit 3,8% et deux cent quatre ont accepté le test soit 96,2%. Dix-huit **(18)** patientes ont eu le test positif soit 8,8%.

3.10 Données socio-démographiques :

Tableau II : Répartition des parturientes selon l'âge et la profession

Données	n	%
Tranche		
[15 à 17]	22	10,4
[18 à 35]	153	72,2
> 35	37	17,5
Total	212	100
Profession		
Ménagère	133	62,7
Commerçante/ Vendeuse	23	10,8
Fonctionnaire	3	1,4
Elève/ Etudiante	32	15,1
Travailleuse du sexe	3	1,4
Cultivatrice	3	1,4
Aide-Ménagère	5	2,4
Couturière	4	1,9
Autre	6	2,8
Total	212	100

Les ménagères ont représenté 62,7% suivie des élèves/étudiantes avec une fréquence de 15,1%.

Tableau III : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial et le selon le niveau d'étude

Données	N	(%)
Statut matrimonial		
Célibataire	21	9,9
Mariée	160	75,5
Monogame		
Mariée Polygame	29	13,7
Veuve	2	0,9
Niveau d'étude		
Primaire	40	18,9
Secondaire	58	27,4
Supérieur	27	12,7
Ecole Coranique	3	1,4
Non Scolarisée	84	39,6
Total	212	100,0

Le régime monogamique a représenté 75,5%. Les parturientes n'ayant pas bénéficié d'étude scolaire avaient une fréquence de 39,6%.

Tableau IV : Répartition des parturientes dépistées positives en fonction de leurs âges et de leurs professions

Données	N	(%)
Tranche d'âge		
[18 à 35]	13	72,2
> 35	5	27,8
Total	18	100,0
Profession		
Ménagère	14	77,8
Commerçante/ Vendeuse	1	5,6
Fonctionnaire	1	5,6
Elève/ Etudiante	1	5,5
Travailleuse du sexe	1	5,5
Total	18	100,0

Parmi les parturientes dépistées positives 72,2% étaient âgées de 18 à 35 ans, ménagères à 77,8%

Tableau V : Répartition des parturientes dépistées positives selon le statut matrimonial et le niveau d'étude

Données	N	(%)
Statut matrimonial		
Célibataire	2	11,1
Mariée Monogame	13	72,2
Mariée Polygame	2	11,1
Veuve	1	5,6
Total	18	100,0
Niveau d'étude		
Primaire	1	5,6
Secondaire	4	22,2
Supérieur	3	16,7
Non Scolarisée	10	55,5
Total	18	100,0

On a observé que 72,2% des parturientes dépisté positive était mariée en régime monogamique, et non scolarisée dans 55,5%.

Tableau VI : Répartition des parturientes dépistées positives selon la profession du procréateur

Profession du Procréateur	n	(%)
Ouvrier	6	33,3
Fonctionnaire	3	16,7
Commerçant	2	11,1
Chauffeur	1	5,6
Cultivateur	1	5,5
Autre	5	27,8
Total	18	100,0

Parmi les professions des maris des parturientes dépistées positives les ouvriers avaient une fréquence de 33,3%.

3.11 Données cliniques :

➤ Antécédents obstétricaux :

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la gestité et la parité

Données	N	(%)
Gestité		
Primigeste	54	25,5
Paucigeste	104	49,1
Multigeste	24	11,3
Grande multigeste	30	14,2
Total	212	100,0
Parité		
Primipare	29	13,7
Paucipare	96	45,3
Multipare	10	4,7
Grande Multipare	22	10,4
Nullipare	55	25,9
Total	212	100,0

Les paucigestes, **Paucipares** étaient représentées avec respectivement une fréquence de 48,2% et 45%.

➤ **Suivi de la grossesse**

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon le nombre, l'agent et le lieu de CPN

Données	n	(%)
Nombre de CPN		
Aucune	40	18,9
1-3	103	48,6
>=4	69	32,5
Total	212	100,0
Lieu de CPN		
CSREF/Hôpital de district	63	36,6
CSCoM	92	53,5
Cabinet/Clinique	17	9,9
Total	172	100,0
Agent de CPN		
Gynécologue	27	15,7
Obstétricien		
Médecin Généraliste	19	11
Sage-Femme	122	70,9
Infirmière	3	1,7
Obstétricienne/Matronne		
Autre (Non déterminer)	1	0,7
Total	172	100,0

On observe que 47,7% des parturientes ont bénéficié d'un à trois CPN et 34,1% des patientes ont eu les 4 CPN réglementaires recommandées. Les parturientes ont fait leurs suivie dans les CSCoM avec une fréquence 53,9%. Agent responsable des CPN était des sage-femmes avec une fréquence de 71,1%.

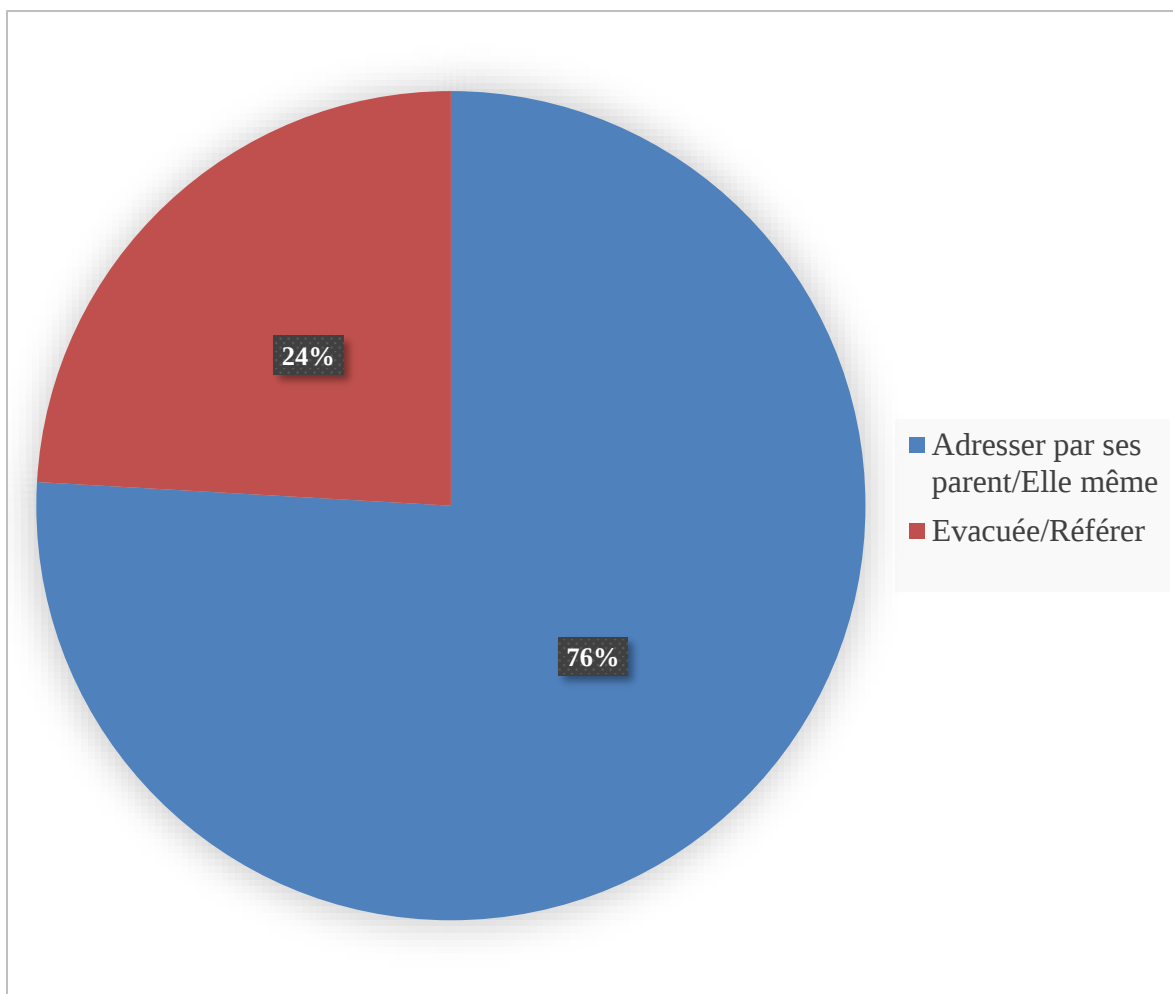


Figure 4 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Les parturientes sont venues d'elle-même avec une fréquence de 76%.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Résultats du test en salle		Total
	Positif	Négatif	
Anémie	0	2	2
Bassin limite	0	2	2
BGR	0	1	1
CPN non fait	0	3	3
Déclenchement	0	1	1
Dilatation stationnaire	0	6	6
Douleur abdominale	16	136	152
Dystocie mécanique	0	3	3
Hémorragie	1	9	10
HTA	0	2	2
HU excessive	0	3	3
Macrosomie	0	1	1
Manque d'effort expulsif	0	3	3
Mère rhésus négative	0	1	1
Présentation de siège	0	6	6
RPM	1	5	6
SFA	0	1	1
UTERUS CICATRICIEL	0	1	1
Total	18	186	204

Le motif d'admission était la douleur abdominale avec une fréquence 74,5%.

➤ **Counseling et dépistage du VIH/SIDA**

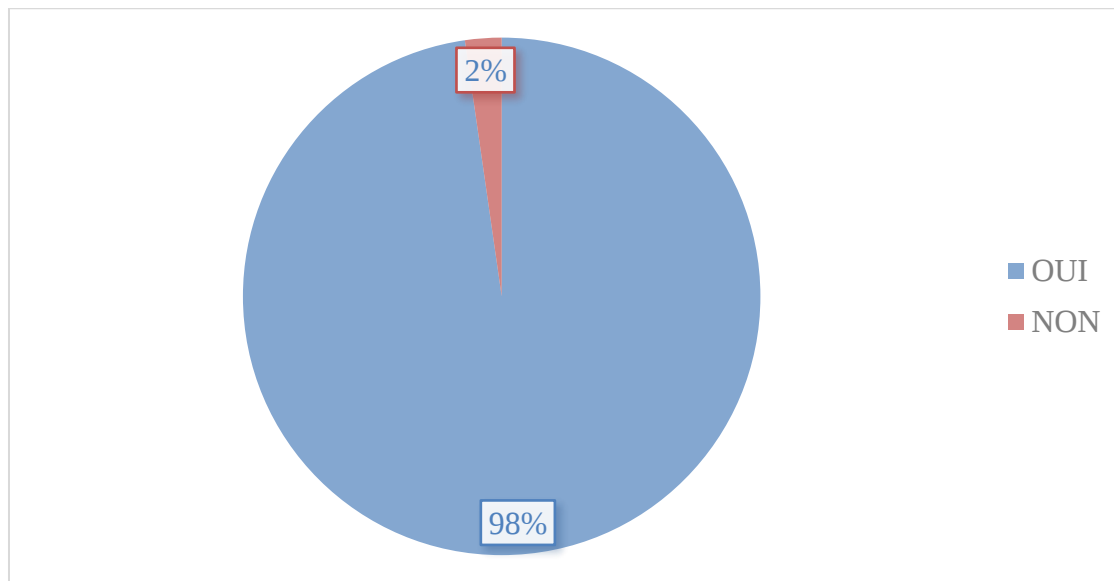


Figure 5 : Notion d'information sur le VIH/SIDA.

Cinq parturientes soit 2% ont déclaré n'avoir aucune connaissance sur le VIH/SIDA.

➤ **Sources d'informations :**

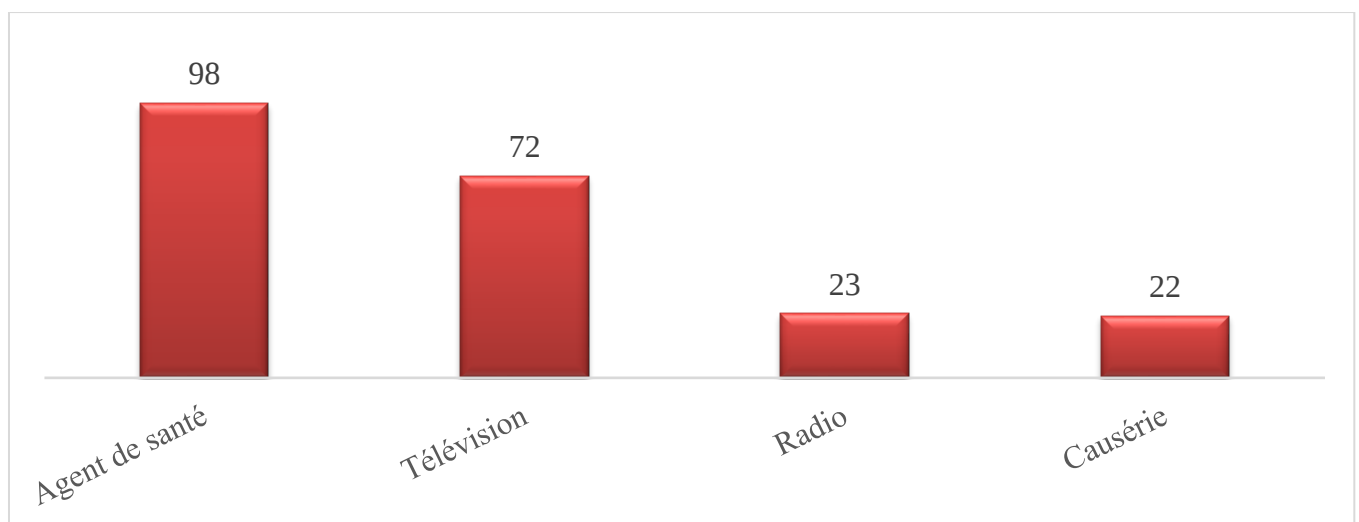


Figure 6 : Répartition des parturientes selon leur source d'information sur le VIH

On a observé que 45,6% des parturientes ont eu leurs informations d'un agent de santé, 33,5% de la télévision 10,7% de la radio et 10,2% des causeries.

➤ **Acceptation de test :**

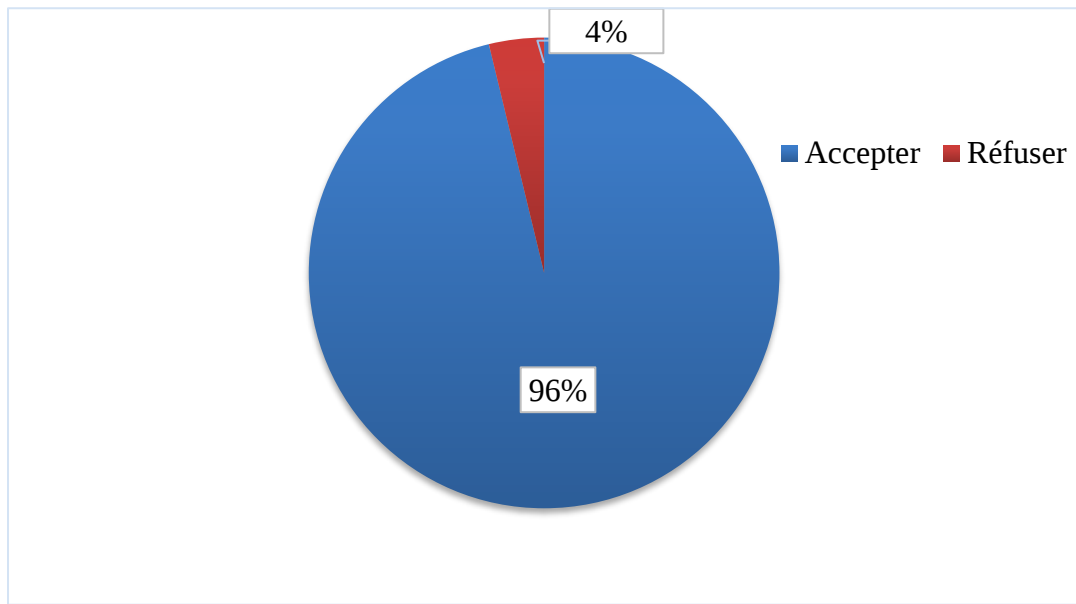


Figure 7 : Répartition des parturientes selon le taux d'acceptation du test

Huit patientes ont refusé le test après counseling soit 4%.

➤ **Motif de refus :**

Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif de refus de réaliser le test

Motif du refus	n	(%)
Crainte de divorce	3	37,5
Peur de la maladie	1	12,5
Aucun motif	2	25
Obtenir l'avis du partenaire sur le test	2	25
Total	8	100,0

Les motifs avancés par les patientes étaient la crainte de divorce en cas de positivité avec 37,5%, la peur de la maladie avec 12,5%, l'obtention de l'avis du partenaire et aucun motif avec chacun 25%.

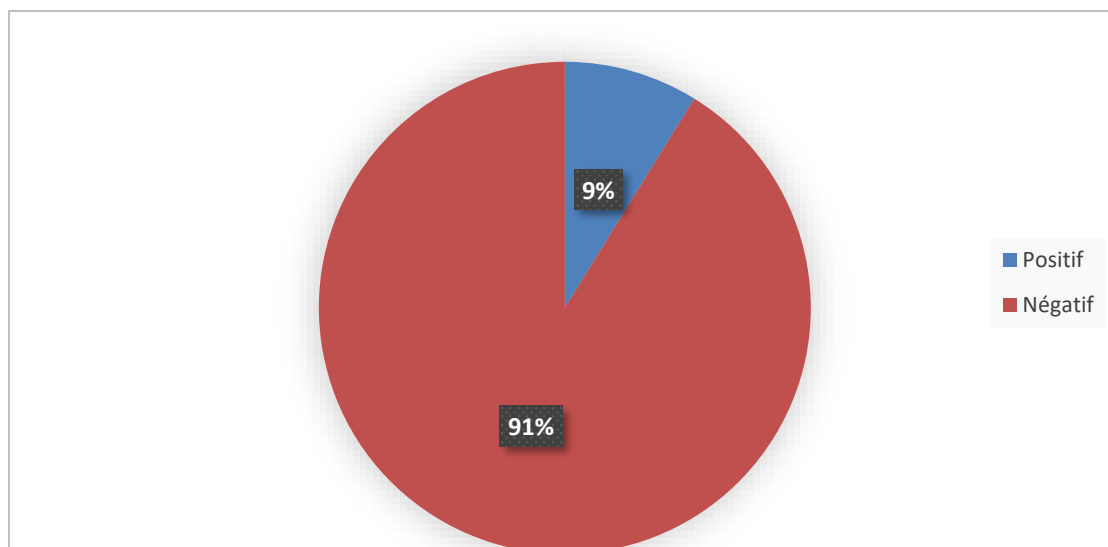


Figure 8 : Répartition des parturientes selon le résultat du test.

Parmi les 204 parturientes qui ont accepté le test dix huit ont eu le test positif soit 9%.

➤ **Dépistées positives :**

Tableau XI : Réactions des parturientes dépistées positives

Réaction à l'annonce du résultat	n	%
Accepter	10	55,5
Résignation	1	5,6
Pleur	2	11,1
Déni	5	27,8
Total	18	100,0

Les réactions à l'annonce du résultat étaient l'acceptation dans 55,5%, le déni dans 27,8%, le pleur dans 11,1% et la résignation dans 5,8%.

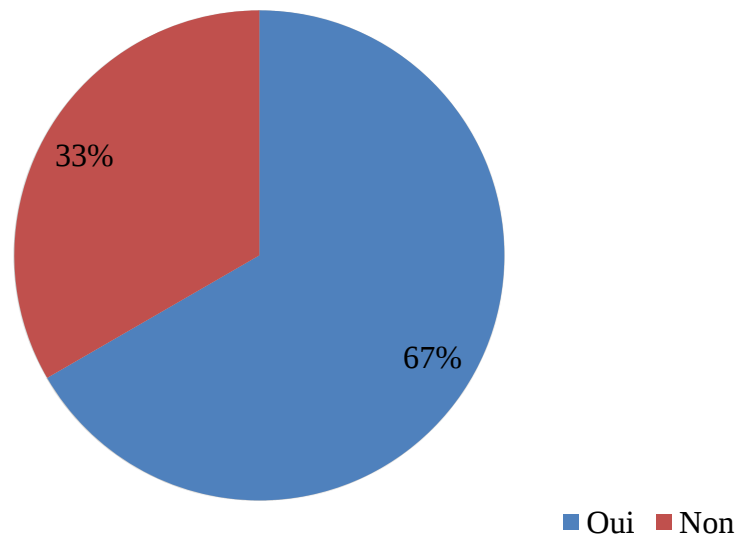


Figure 9 : Répartition des parturientes selon le désir d'informer le procréateur de leur statut sérologique.

Dans notre échantillon, 67% de nos parturientes voulaient que leur procréateur soit informé de leur statut sérologique.

➤ **Prise en charge**

Travail d'accouchement

Tableau XII : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Résultats du test en salle		Total
	Positif	Négatif	
Prématurité	9	15	24
Terme	9	165	174
Dépassement de terme	0	6	6
TOTAL	18	176	204

Les parturientes sont entrées avec une grossesse à terme avec une fréquence de 85,3%.

Parmi les parturientes dépistées 50% sont entrées à terme et 50% étaient des prématurés.

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon le traitement ARV en salle chez les parturientes

Schéma thérapeutique	n	%
TDF + 3TC + EFV	16	88,9%
Aucun traitement	2	11,1%
Total	18	100,0

Les parturientes ont reçu la première dose du traitement ARV en salle dans 88,9%, les 11,1% soit deux patientes qui n'ont pas reçu de traitement ont été admis à des heures tardive de la nuit lorsqu'on n'avait pas d'ARV.

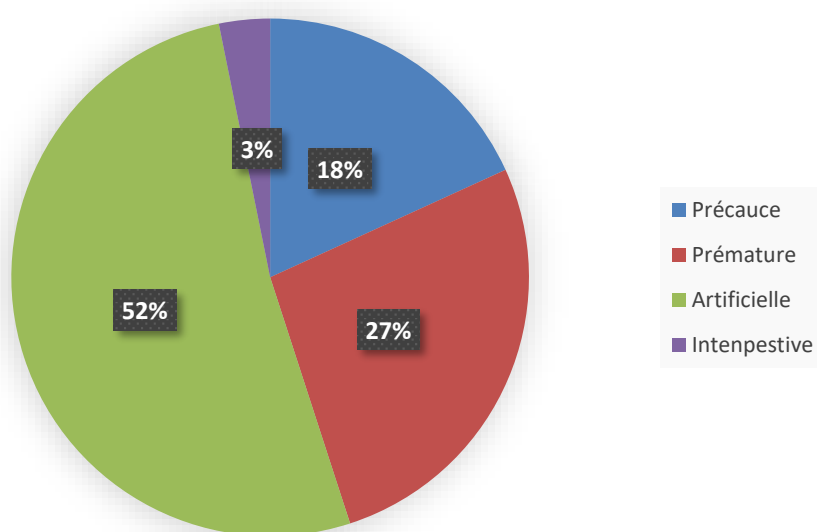


Figure 10 : Répartition des parturientes positives au VIH en fonction du type de rupture des membranes.

Les parturientes sont entrées avec la poche des eaux intact avec une fréquence de 52%.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la durée entre la rupture des membranes et l'accouchement

Durée de la rupture	Résultats du test en salle		
	Positif	Négatif	Total
<= 6h	11	119	130
7 - 10h	7	56	63
>= 11h	0	11	11
Total	18	186	204

On observe que 61,1% des parturientes dépistées positives ont accouché en moins de 6H après la rupture de la poche des eaux, et 38,9% entre 7 à 10H.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le type d'accouchement

Type d'accouchement	Résultats du test en salle		
	Positif	Négatif	Total
Voie basse	17	140	157
Extraction Instrumentale	0	27	27
Césarienne	1	19	20
Total	18	186	204

Les parturientes ont accouché par voie basse normal avec une fréquence de 76,9%, 13,2% ont accouché par ventouse (les indications de la ventouse étaient le manque d'effort expulsive) et 9,8% des parturientes ont accouché par césarienne. Une seule patiente dépistée positive a accouché par césarienne avec l'indication de souffrance fœtale aigue.

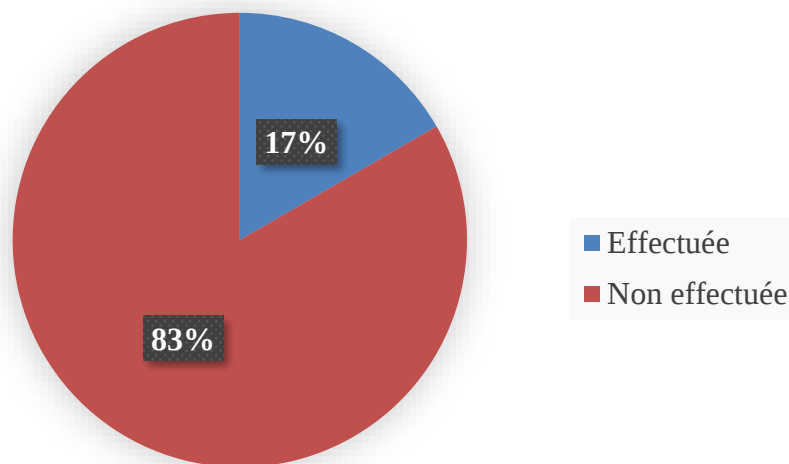


Figure 11 : Répartition des parturientes dépistées positives selon la réalisation de l'épisiotomie.

Trois patientes ont bénéficié d'une épisiotomie au moment de l'accouchement soit 17%. Les indications étaient : deux pour prématurité et un pour périnée étroit.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le type de délivrance

Délivrance	n	(%)
Artificielle	1	0,5
Naturelle	5	2,3
Active	192	87,3
Extemporannée	22	10,0
Total	220	100,0

La délivrance a été active dans 87,3% des cas

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le sexe du nouveau née

Sexe	Résultats du test en salle		Total
	Positif	Négatif	
Masculin	11	93	104
Féminin	7	92	99
Total	18	186	204

Les nouveau-nés de mère dépistée positive était masculin dans 61,1%.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le poids du nouveau à la naissance

Poids	Résultats du test en salle		Total
	Positif	Négatif	
Hypotrophie	7	21	28
Normal	11	164	175
Macrosomie	0	1	1
Total	18	186	204

Les poids extrêmes étaient : 850grammes et 3600grammes.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la taille du nouveau née à la naissance

Taille	Résultats du test en salle		Total
	Positif	Négatif	
Inférieure à 47 cm	3	14	17
Supérieure ou = à 47 cm	15	172	187
Total	18	186	204

Les nouveaux nés des parturientes dépistées positives avaient une taille supérieure ou = à 47cm avec une fréquence de 83,3%.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon l'Apgar du nouveau née

Apgar	Résultats du test en salle		Total
	Positif	Négatif	
0	2	4	6
1 - 7	3	45	48
>= 8	13	137	150
Total	18	186	204

Les nouveaux nés de parturientes dépistées positives avaient un Apgar supérieur à 8 dans 72,2% des cas. Les deux nouveaux nées de mère dépistées positif qui ont un Apgar nul étaient des mort-nés (une grossesse de 26SA et une de 24SA).

➤ **Nouveau-nés des séropositives réanimés :**

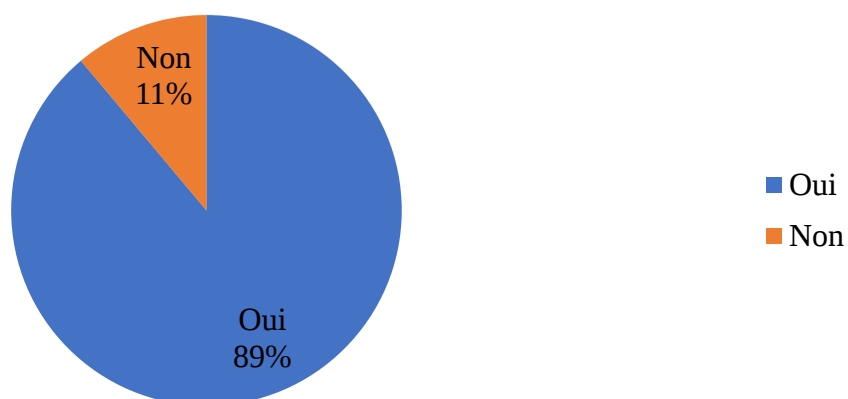


Figure 12 : Répartition des parturientes dépistées positives selon la réanimation des nouveau-nés.

Deux nouveaux ont été réanimé soit 11% dont un est décédé par la suite à la néonatalogie.

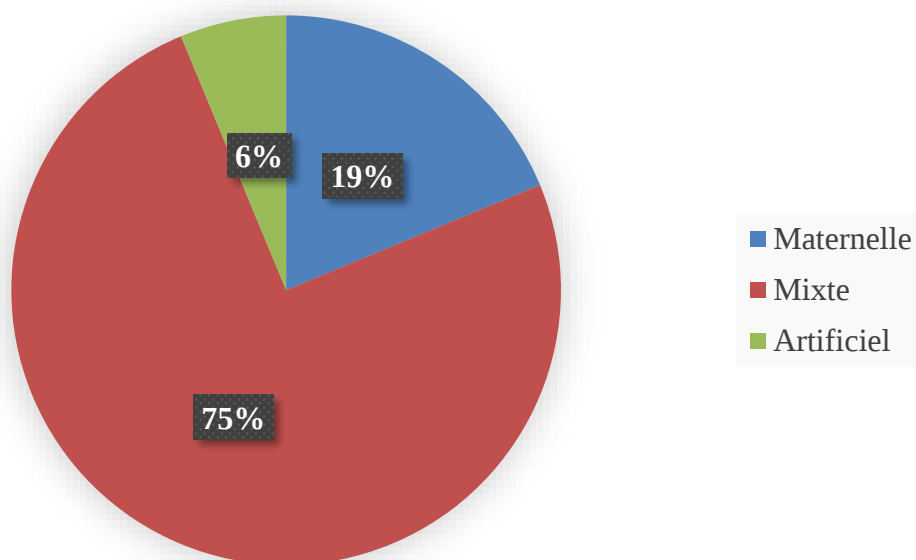


Figure 13 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le mode d'allaitement.

Les parturientes ont opté pour l'alimentation mixte soit avec une fréquence de 75%.

Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon l'administration d'ARV.

Molécules	n	(%)
Névirapine/Lamivudine	16	88,9
Aucun (mort-né)	2	11,1
Total	18	100,0

Les deux nouveaux qui n'ont pas reçu de traitement étaient les deux cas de mort-né.

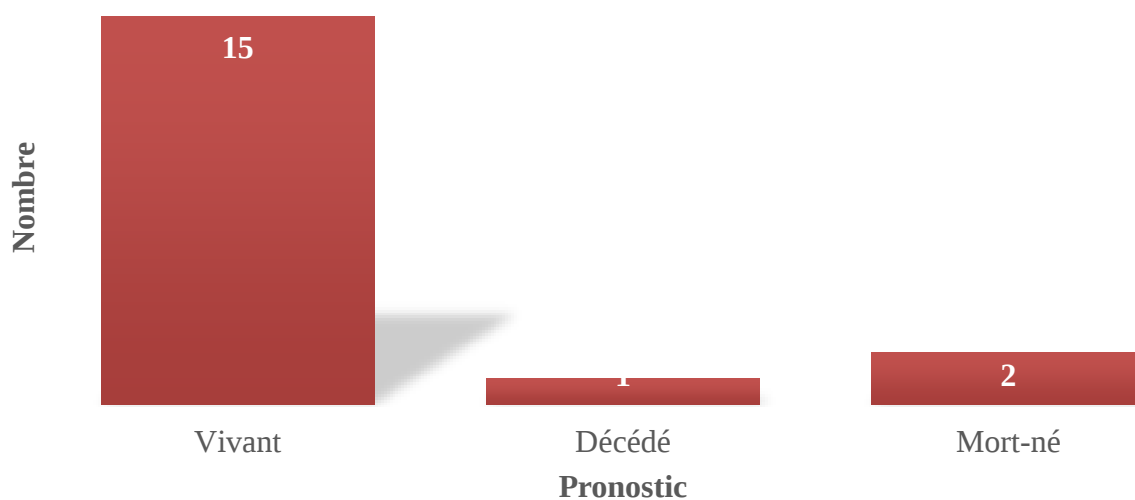


Figure 14 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le pronostic périnatal des nouveau-nés

Les nouveaux nés de mère dépistée positive était vivant dans la première semaine de vie avec une fréquence de 83,3%.

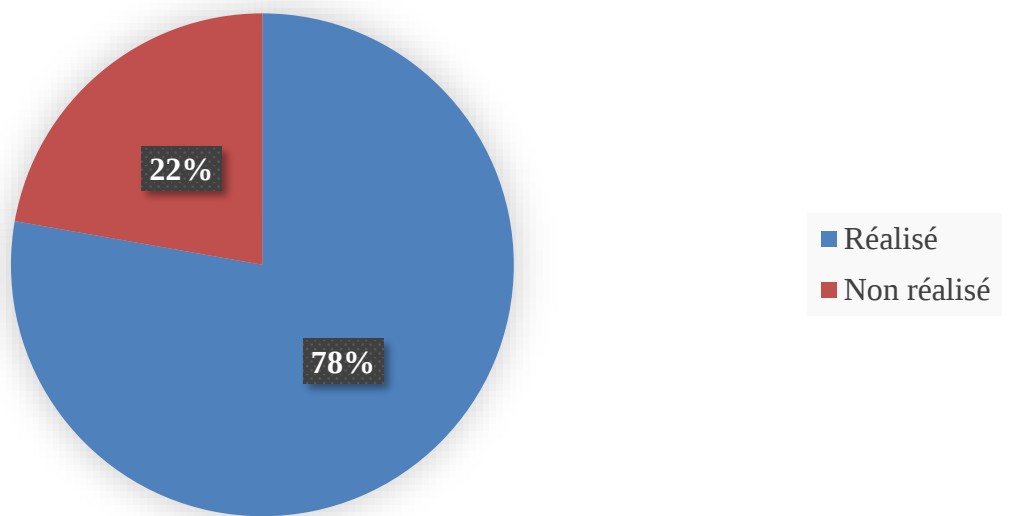


Figure 15 : Répartition des parturientes dépistées positives selon la réalisation de PCR

Parmi les nouveaux nées 4 n'ont pas réalisé la PCR soit 22% (2 cas de mort -né, 1 cas de décès néonatal, et un non venu au rendez-vous).

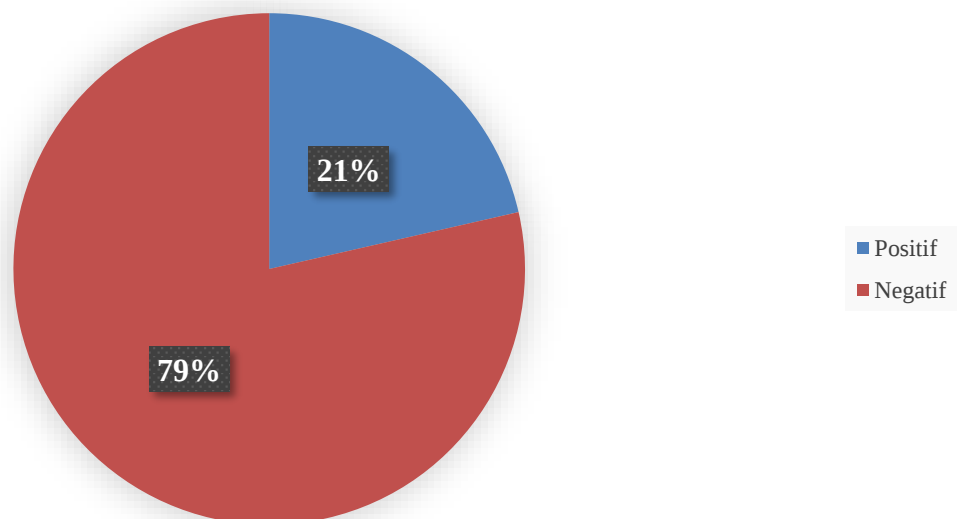


Figure 16 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le résultat de la PCR des nouveau-nées

Parmi les 14 nouveaux nées chez qui le test a été réalisé trois ont eu le test positif soit 21%.

Tableau XXII : Répartition des parturientes dépistées positives selon la survenue de complication dans les suites de couche immédiat

Suite de couche immédiate	n	(%)
Complicqué	3	16,7
Non complicqué	15	83,3
Total	18	100,0

Les suites de couche immédiate ont été normal dans 83,3% des cas seulement 3 parturientes soit 16,7% ont eu des complications, deux cas d'anémie sévère et un cas un d'infection puerpérale.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4 Commentaires et Discussions :

4.1 Limites :

Le caractère monocentrique de l'étude, limitant la généralisation des résultats ;

Une taille d'échantillon inférieure à celle initialement calculée (212 participantes au lieu de 246), pouvant réduire la puissance statistique et la précision des estimations.

4.2 Fréquences :

Au cours de notre étude nous avons enregistré dix-huit patientes dépistées positives parmi les 204 qui ont accepté le test soit une fréquence de 8,8%.

Ce résultat peut être comparé à celui de Diallo M en 2019 et de Hounnade Z en 2021 respectivement à Kayes et Bamako où les taux étaient de 3,51% et 12%. [9 ; 11]

4.3 Caractéristiques sociodémographiques :

Notre échantillon était composé de parturientes âgées de 15 à 43 ans avec un âge moyen de 29 ans. Nous avons enregistré une importante représentation de la tranche d'âge de [18 à 35] avec une fréquence de 72,7%. Ceci s'explique par le fait que cette tranche d'âge est la plus active de la population. La majorité des parturientes avaient un niveau d'étude très limité 40% étaient non scolarisées et seulement 12,7% avait fait des études supérieures, majoritairement sans emploi (Ménagère) dans 63,6%. La plupart des parturientes étaient mariées en régime monogamique 76,6%. Ces résultats sont similaires à celui de Diallo M qui a observé que la tranche d'âge des 20 à 35 ans était la plus représentée avec 76,92%, que les participants extra scolaires étaient la plus représentée avec une fréquence de 76,93% et que le régime monogamique était majoritairement représenté 60,54%.

Parmi les parturientes dépistées positives 72,2% étaient mariées en régime monogamique. Ce résultat est différent à celui de Diallo M qui a trouvé que 69,23% des parturientes dépistées positives étaient mariées en régime polygamique les mariées monogames étaient de 23,08%. Les patientes sans emploi (ménagère) étaient les plus représentées avec une fréquence de 77,8% et majoritairement non scolarisées 55,5%. Ce résultat peut être comparé à celui de Diallo M qui a trouvé que 76,93% des patientes étaient sans emploi (Femme au foyer) et non scolariser pour la plupart 76,92%.

Dembélé B a trouvé 54,1% de sans emploi et 62,2% de Non instruite parmi les parturientes dépistées positives. Cette différence peut s'expliquer par la différence de taille des échantillons.

Parmi les professions des maris des parturientes dépistées positives les ouvriers étaient majoritaires avec une fréquence de 33,3%, suivie des fonctionnaires (militaires =2, enseignant =1) avec 16,7%, suivie des commerçants 11,1% et ensuite les chauffeurs et les cultivateurs avec chacun 5,5%.

4.4 Etude clinique

Mode et motif d'admission

Dans notre étude 76% des parturientes sont venues d'elle-même contre 24% d'évacuation reçue. La douleur abdominale était le motif d'admission le plus fréquent avec 74,1% suivie des hémorragies avec 5,5%. Les parturientes dépistées positives sont venues d'elle-même ou adressées par leurs parents dans 94,4% des cas et les motifs d'admission étaient la douleur abdominale dans 88,8% des cas suivie de l'hémorragie et de la rupture des membranes avec chacun 5,6%. Ce résultat est similaire à celui observé par Dembélé B [30] qui a trouvé que 97,3% des parturientes VIH positif sont venues d'elle-même seulement 2,7% ont été évacuées, mais différent de celui observé par Diallo M chez qui les parturientes dépistées positives ont été évacuées dans 61,54% et 38,46% ont été adressées par les parents. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de ses patientes venait du milieu rural de la ville de Kayes.

Conseil dépistage du VIH/SIDA

Dans notre étude 98% des parturientes avaient une connaissance sur le VIH/SIDA contre 2%, 45,6% ont été informées par un agent de santé et 33,5% ont eu leurs informations par la télévision. Toutes les parturientes ont bénéficié de counseling dans la salle d'accouchement cependant on a enregistré 8 cas de refus soit 4%. Les raisons du refus de faire le test étaient la crainte du divorce en cas de positivité, obtenir l'avis du mari avant de faire le test, la peur de la maladie respectivement 37,5% ; 12,5% et 25% aucune cause n'a été trouvée dans 25% des cas.

Ce résultat peut être comparé à celui de Diallo M qui a trouvé 9% de refus de faire le test et les motifs avancés étaient la peur de la maladie et crainte de divorce si positivité, soit respectivement 27,78% et 11,11%.

Hounnade Z a trouvé au cours de son étude 8,7% de refus de faire le test et motifs étaient la nécessité d'avoir l'avis du partenaire (37,1%), la crainte de divorce en cas de positivité (28,7%), la peur de la maladie (20%).

Attitudes des parturientes dépistées positives au VIH/SIDA

Dans notre étude 66,7% des parturientes dépistées positives ont déclaré avoir l'intention d'informer le procréateur sur leurs statut sérologique contre 33,3% qui ne voulait pas partager l'information.

Ce résultat est inférieur à celui de Diallo M qui dans son étude a trouvé que 69% des parturientes voulais informer leur procréateur contre 31%.

Les réactions des parturientes dépistées positives à l'annonce du résultat étaient l'acceptation dans 55,5%, le Dénî (27,8%), pleure (11,1%), résignation (5,8%).

Antécédents obstétricaux

Gestité

Parmi les parturientes dépistées positives les paucigestes étaient les plus représentées avec 44,4% suivie des multigestes, des grandes multigestes et des primigestes soit respectivement 38,9%, 11,1% et 5,5%.

Dembélé B a trouvé que les multigestes étaient les plus dominantes avec 45,9% suivies des paucigestes avec 40,5% ; les primigestes 13,8% [31].

Diallo M a trouvé que les multigestes ont été les plus représentées avec 45,9% suivies des paucigestes avec 40,5% ; les primigestes 13,8%.

Parité

Les paucipares étaient les plus représentées avec 61,1% suivie des multipare 16,7% et ensuite les nullipares et les primipares avec chacun 11,1% parmi les parturientes dépistées positives.

Diallo M a trouvé que les paucipares étaient les plus dominantes avec 46,15% suivies des nullipares et des multipares avec une fréquence respective de 23,08% et 7,69% pour les parturientes dépistées positives.

Dembélé B a trouvé dans son étude 45,9% de paucipares et 30,5% de multipares.

4.5 Prise en charge

a. Suivi de la grossesse :

Dans notre étude 81,8% des parturientes avaient bénéficié d'un suivi prénatal parmi les quelles 34,1% ont bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales comme recommandées par l'OMS. Ce résultat est inférieur à celui de Traoré SO et al [31] qui ont trouvé dans leurs étude 95,12% des parturientes avaient bénéficié d'au moins une consultation prénatale mais que seulement 8,12% ont fait les quatre consultation prénatale minimum règlementaire.

Mwembo-Ta et al [32] ont trouvé dans une étude similaire en RDC en 2012 que 89,7% des parturientes avaient bénéficié d'un suivi prénatal parmi les quelles 50,8 % ont bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales.

Ce résultat est largement supérieur à celui de Diallo M qui a trouvé que seulement 23,81% des parturientes avaient bénéficié de consultation prénatale.

Hounnade Z a trouvé 97, 3 % de suivi de la grossesse.

Les patientes étaient suivies majoritairement par les sage-femmes avec 71,1% suivie des gynécologues et des médecin généralistes respectivement 16,1% et 10,5%. Ce résultat est similaire à celui de Hounnade Z qui a trouvé que la majorité des parturientes étaient suivis par des sage-femmes avec un taux de (75,30%).

Diallo M a trouvé que la majorité des consultations prénatales étaient ont été faites par les infirmière-obstétriciennes avec 36,47%.

Dans notre étude 88,9% des parturientes dépistées positives avaient bénéficié d'un suivi prénatal parmi les quelles 22,2% avaient fait les 4 consultations prénatales réglementaires. Ce résultat est différent de celui de Diallo M qui a trouvé que la CPN n'a pas été réalisée chez 69% des parturientes dépistées positives.

Ces patientes ont été suivi majoritairement par des sage-femmes 93,7% et les suivie ont été faite dans les CSCOM à 75%. Ce résultat peut être comparer à celui de Diallo M qui a trouvé que 50% des parturientes dépistée positives étaient suivi par des sage-femmes.

b. Pendant le travail

Traitement de la parturiente dépistée positive au VIH

Dans notre étude, 88,9% des parturientes dépistées positives soit 16 patientes ont bénéficié d'un traitement à base de TDF (300mg) +3TC (300mg) +EFV (400).

c. Mode d'accouchement

Le mode d'accouchement la plus fréquente a été la voie basse normal avec 76,4% et les accouchements par voie basse avec instrument(ventouse) étaient 13,6%. La césarienne a représenté 10% des cas. L'indication des césariennes n'était pas en rapport avec la séropositivité des parturientes.

Diallo M a trouvé pour les accouchements par voie basse une fréquence de 77% et les césariennes représentaient 23%.

Hounnade Z a trouvé une fréquence de 79% pour la voie basse et 21% pour la césarienne.

Traoré SO et al ont trouvé 89,2% pour l'accouchement par voie basse et 10,8% pour la césarienne.

d. Etat des membranes

La majorité des parturientes avaient la poche des eaux intacte à l'admission soit 52% suivie de la rupture prématurée des membranes avec 27%, 18% de rupture prépose et 3% de rupture intempestive.

La durée entre la rupture des membranes et l'accouchement étaient inférieure à six heures chez les parturientes dépistées positives à 61,1% et de sept à dix heures chez 38,9% des parturientes dépistées positives. Ce résultat est inférieur à celui de HOUNNADE Z qui a trouvé que la durée entre la rupture des membranes et l'accouchement étaient inférieure à six heures chez 88% chez les parturientes dépistées positives. Cette différence peut s'expliquée par le fait que dans cette étude jusqu'à 93% des parturientes sont entré en salle poche des eaux intactes.

4.6 Caractéristiques des nouveau-nés

Paramètres du nouveau-né de mère dépistée positive

Les nouveaux nés de poids normal étaient les plus représentés avec 61,1% et les 38,9% étaient des hypotrophes (poids inférieurs à 2500g).

Diallo M a trouvé 69,23% de poids normal et que les 30,77% restant avaient un poids inférieur 2500gr.

HOUNNADE Z a trouvé que les nouveau-nés de poids normal ont été les plus nombreux avec une fréquence de 88,4%.

Score d'Apgar

Les nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieure huit dans 72,2% des cas, comprise entre un à sept dans 16,7%.

Nous avons enregistré deux cas de mort-né soit 11,1%.

Traitement des nouveau-nés de mère séropositive

Dans notre étude 88,9%, des nouveau-nés de mères séropositives ont bénéficié d'un traitement à base de zidovudine sirop et névirapine sirop. Les huit nouveau nées de mère séropositive qui sont entré avec leurs diagnostic ont reçu la névirapine comme traitement et représentait les nouveaux nés à faible risque de transmission mère enfants.

Mode d'allaitement

Dans notre étude 75% des parturientes dépistées positives ont opté pour l'allaitement mixte, 18,7% pour l'allaitement maternelle exclusive et 6,3% pour l'allaitement artificiel.

Chez Diallo M 83,34% des parturientes ont opté pour l'allaitement artificiel.

4.7 Pronostic

Pronostic maternelle

Les suites de couches immédiates ont été simples dans 83,3% des cas chez les parturientes dépistées positives, ce pendant nous avons enregistré trois cas de complication soit 16,7%. Les complications étaient l'anémie et l'infection puerpérale.

Pronostic périnatal :

Dans notre étude 83,3% des nouveaux nés étaient vivant dans la première semaine de vie. Nous avons enregistré un cas de mort-né apparent soit 5,5% décédé par la suite à la néonatalogie et deux cas d'avortement soit 11,1% (une grossesse de 22SA et une 26SA).

CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

Conclusion :

Un counseling de qualité et le dépistage, y compris le dépistage de rattrapage en salle d'accouchement sont des leviers majeurs pour réduire la transmission périnatale du VIH. Malgré les progrès encourageants dans l'accès au dépistage du VIH dans le pays de façon général et en commune 4 en particulier chez les femmes enceintes ; cependant, un nombre non négligeable de parturientes échappent encore au dépistage prénatal et ne sont diagnostiquées qu'à l'admission en salle d'accouchement. Le renforcement des compétences du personnel et l'intégration des services VIH aux soins obstétricaux demeurent essentiels pour optimiser le dépistage et progresser vers l'objectif d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez l'enfant.

RECOMMANDATIONS :

Après ce travail, nous recommandons quelques orientations stratégiques notamment :

Aux décideurs et responsables du système de santé

- ✓ Renforcement des campagnes de sensibilisation à travers les médias sur la PTME et des conseils visant à abolir la discrimination des personnes vivants avec le VIH,
- ✓ L'implication des leaders (religieux, communautaires, et politique) dans les campagnes de sensibilisation portant sur le VIH/SIDA ;
- ✓ Créer des sites de PTME au niveau de tous les centres de santé et y affecter du personnel qualifié.

A l'hôpital de district de la commune 4

- ✓ Assurer de la disponibilité permanente des tests de dépistage au VIH dans la salle d'accouchement,
- ✓ Mettre en place des ARV en permanence pour la salle d'accouchement afin que les parturientes dépistées en bénéficient ;
- ✓ Créer d'un lieu de counseling au niveau de la salle d'accouchement pour la confidentialité des parturientes.

A la population :

- ✓ Fréquenter des centres de santé pour le suivi des grossesses afin d'adhérer au programme de PTME

Au personnel de la santé :

- ✓ Faire le counseling à toutes les femmes enceintes qui viennent en consultation prénatale ou pour accoucher afin d'augmenter le taux de dépistage volontaire ;

RÉFÉRENCES

REFERENCES

1. INSTAT. Institut National de la Statistique du Mali|INSTAT. [cité 8 août 2024]. ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDS). Disponible sur: <https://www.instat-mali.org/fr/publications/enquete-demographique-et-de-sante-eds>
2. Barre SF. Virologie fondamentale de l'infection VIH. Doin 6ème Edition ; Paris, 2004 : 200.
3. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. [cité 8 août 2024]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
4. ONUSIDA. Mali [Internet]. [cité 8 août 2024]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/mali>
5. Cellule Sectorielle de Lutte contre VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS-TBH). Rapport 2023. Taux de séropositivité chez les femmes enceintes dépistées dans le cadre de la PTME. Bamako: CSLS-TBH; 2023.
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako (Mali) et Rockville (Maryland, USA) : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF ; 2019.
7. Soussou Lonkeng AM. Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako [thèse de médecine]. Bamako (Mali) : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ; 2019.

8. Ministère de la Santé du Mali. *Stratégie nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH*. Bamako : Ministère de la Santé ; 2023.
9. Diallo M. Dépistage tardif du VIH en salle d'accouchement à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes : Aspects clinique et épidémiologique. Thèse médecine : Bamako, 2019 No 353
10. Soukaina O. Prise en charge de la femme enceinte séropositive au service de Gynécologie Obstétrique II au CHU HASSAN II (à propos de 24 cas), thèse Maroc, 2018,
11. Hounnade Z. Dépistage tardif du VIH/SIDA dans la salle de naissance du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse médecine : Bamako, 2021 No 382
12. Komme HC. Evaluation de la séroprévalence du VIH dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de 1999 à 2002. Thèse médecine : Bamako, 2004-p107.
13. Ministère de la santé/Direction nationale de la santé/Mali. Programme national de lutte contre le sida : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV). Plan d'action ; janvier 2001.
14. Haut Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA (HCNLS). Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010. Bamako : HCNLS ; 2006.
15. Cellule de planification et de statistique (CPS/SSDSFP), Direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI), Ministère de la santé, ORC Macro. Enquête démographique et de santé du Mali 2006 (EDSM-IV). Bamako (Mali) et Calverton (MD) : CPS/DNSI, Ministère de la santé et ORC Macro ; 2007.
16. Laporte A, Lot F. Epidémiologie : situation actuelle et tendances. Doin VIH édition 2011
17. ONUSIDA/OMS Décembre 2014. Nouvelle infection du VIH. Page 19 et 20.

18. ONUSIDA. Prévalence du VIH dans le monde chez les femmes enceintes. Décembre 2015 ; 14 p. www.unaids.org
19. CMIT. Infection à VIH et sida. In E. PILLY: Vivactis Plus Ed; 2010
20. Gentilini M, Duflo JC. Sida tropical. Médecine tropicale, 1986 : 40113.
21. Conseil national du sida. Suivre des recommandations : promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivants avec le VIH SIDA dans le pays du SUD[Internet]. Paris Conseil national du sida ; 2009 [consulté le 17/05/ 2009].
22. Eholié PS, Girard P, Bissagnéné E, éditeurs. Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique 2017. 3ème éd. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2017.
23. Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le SIDA. Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et SIDA 2016. Bamako
24. Diallo M. VIIème congrès de la SAGO, IIème congrès de la SOMAGO. Abstract, 2003.
25. Lory V, Newell M L, Dab's F Et al. International multicenter pooled analysis of late postnatal mother to child transmission of HIV1 infection. Lancet 1998
26. Sogoba D. Contribution à l'étude épidémio-clinique du SIDA au service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point « G », Bamako, Mali. [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2005.
27. Brucker G, Tubiana R. Prévention des risques professionnels et règles de désinfection. Doin VIH édition 2011. 839 p.
28. Leport C, Longuet P, Lacassin F, Vilde JL. Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le VIH. Encyclopédie Médico-chirurgicale (Elsevier, Paris). Maladies infectieuses, 8-050-B-10, 1996, 16 p.
29. Floch J. Diagnostics biologiques de l'infection à VIH en Afrique. Médecins Africain Noir, 1990 ; 37 : 574-582p.

30. Dembélé B. Dépistage du VIH en salle d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V de février 2009 à janvier 2010[Mali] 2010.
31. So T. Dépistage de Rattrapage du VIH en Salle de Naissance au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako. 2021 ;22.
32. Mwembo-Tambwe ANK, Kalenga MK, Donnen P, Humblet P, Chenge M, Dramaix M, et al. Dépistage du VIH en salle de travail à Lubumbashi, République démocratique du Congo. Une stratégie de rattrapage dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Rev D'épidémiologie Santé Publique. févr. 2013;61(1):21-7.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Renseignement sur la parturiente :

Q01 Age : (.....)

a : [15-18ans[b : [18-35ans] c : >35 ans

Q02 Professions : (.....)

1 : Ménagère 2 : Vendeuse/ Commerçante 3 : Fonctionnaire

4 : Etudiante / Elève 5 : Autres

Q03 Domicile : (.....)

1 : Commune 4 2 : Rurale 3 : Hors commune 4

Q04 Statut matrimonial (.....)

1 : Célibataire 2 : Mariée monogame 3 : Mariée polygame

4 : Divorcé 5 : Veuve

Q05 Durée de vie commune (.....)

a : ≤ 1 an b : 2ans-3ans c : ≥ 4 ans

Q06 Niveau d'instruction (.....)

1 : Primaire 2 : Secondaire 3 : Supérieur 4 : Ecole coranique 5 : Non

Scolarisée

Q07 Nationalité (.....)

1 : Malienne 2 : Non malienne

Identité du procréateur :

Q08 Age (.....)

a : 20-30 ans b : ≥ 31 ans

Q09 Profession (...)

1 : Fonctionnaire 2 : Commerçant 3 : Etudiant / Elève

4 : Chauffeur 5 : Ouvrier 6 : Autres

Q10 Nationalité (...)

1 : Malienne 2 : Autres

Antécédents médicaux :

Q11 Tuberculose pulmonaire (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q12 Dermatose (prurigo)

1 : Oui 2 : Non

Q13 Autres opportunistes du VIH (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q14 Diabète

1 : Oui 2 : Non

Q15 Transfusion sanguine (...)

1 : Oui 2 : Non

Q16 Cancer

1 : Oui 2 : Non

Antécédents chirurgicaux :

Q17 Césarienne (...)

1 : Oui 2 : Non

Q18 Myomectomie (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q19 GEU (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q20 Autres.....

Antécédents gynécologiques :

Q21 Brûlures mictionnelles (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q22 Leucorrhées pathologiques chroniques (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q23 Prurit vulvaire (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q24 Plaies / ulcérations génitales (...)

1 : Oui 2 : Non

Q25 Douleurs pelviennes (.....)

1 : Oui 2 : Non

Antécédents obstétricaux :

Q26 Gestité (.....)

a : 1 b : 2-3 c : 4-5 d : ≥ 6

Q27 Parité (.....)

a : 1 b : 2-3 c : 4-5 d : ≥ 6

Q28 Enfants vivants (.....)

a : 0 b : 1-3 c : >3

Q29 Enfants décédés (.....)

a : 0 b : 1-3 c : >3

Q30 Avortements (.....)

a : 0 b : 1-3 c : >3

Q31 Morts nées

a : 0 b : 1-3 c : >3

Histoire de la grossesse :

Q32 DDR

Q33 CPN (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q34 Nombre de CPN

a : 1 b : 2-3 c : ≥ 4

Q35 Qualification du personnel de CPN

1 : Gynécologue-Obstétricien 2 : Médecin Généraliste 3 : Sagefemme 4 : Infirmière-Obstétricienne 5 : Matrone 6 : Autres

Q36 Lieu de CPN (.....)

1 : Hôpital 2 : CSréf 3 : CScom 4 : Autres

Q37 Sérologie toxoplasmose (.....)

1 : Positive 2 : Négative 3 : Non réalisée

Q38 Sérologie syphilis (.....)

1 : Positive 2 : Négative 3 : Non réalisée

Dépistage du VIH en salle :

Q39 Counseling (.....)

1 : Fait 2 : Non fait

Q40 Consentement éclairé (.....)

1 : Accepter 2 : Refus

Q41 Motif de refus :

Q42 Résultat du test (...)

1 : Positif 2 : Négatif

Q43 Dépistage au cours des CPN (.....)

1 : Fait 2 : Non fait

Q44 Sous traitement ARV (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q45 Information sur le VIH/SIDA (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q46 Source d'information sur le VIH/SIDA (.....)

1 : Agent de santé 2 : Télévision 3 : Radio 4 : Causerie

Q47 Réaction des parturientes dépistées positives après l'annonce de leur

résultat (.....)

1 : Accepter 2 : Résignation 3 : Pleur 4 : Dén

Q48 Veulent informer leurs partenaires de leur statut sérologique (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q49 La gestante a-t-elle informé son conjoint

1 : Oui 2 : Non

Q50 Motif de refus

Histoire de l'accouchement :

Q51 Mode d'admission (.....)

1 : Adressée par ses parents 2 : Evacuée

Q52 Motif d'admission/d'évacuation

1 : Douleur abdominale 2 : Rupture prématurée des membranes

3 : Dilatation stationnaire 4 : Défaut d'engagement

5 : Sans motif 6 : Autres

Q53 Période d'admission de la patiente

1 : Latence 2 : Active 3 : Expulsion 4 : Post partum immédiat

Q54 Counseling VIH en salle d'accouchement

1 : Fait 2 : Non fait

Q55 Dépistage VIH en salle d'accouchement

1 : Fait 2 : Non fait 3 : Refus 4 : Raison du

refus

Q56 Résultat du dépistage

1 : Négatif 2 : Positif

Q57 Traitement ARV débuté en salle d'accouchement

1 : Oui 2 : Non

Q58 Age gestationnel (.....)

a : 28-33 SA b : 34-36 SA c : 37-42 SA d : >42 SA

Q59 Rupture des membranes (.....)

1 : Prématuration 2 : Précoce 3 : Artificielle

Q60 Durée entre la rupture des membranes et l'accouchement (.....)

a: 6 heures b: 7-10 heures c: ≥ 11 heures

Q61 Types d'accouchement (.....)

1 : Voie basse 2 : Extraction instrumentale 3 : Césarienne

Q62 Episiotomie

1 : Effectuée 2 : Non effectuée

Q63 Délivrance (.....)

1 : Artificielle 2 : Naturelle 3 : Active

Q64 Suites de couche (.....)

1 : Compliquée 2 : Non compliquée

Q65 Pronostic maternel

1 : Vivante 2 : Décédée

Nouveau-né :

Q66 Traitement ARV

1 : Oui 2 : Non

Q67 Bain antiseptique du nouveau-né

1 : Oui 2 : Non

Q68 Sexe (.....)

1 : Masculin 2 : Féminin

Q69 Apgar (.....)

a: 0 b: 1-7 c: ≥ 8

Q70 Poids (.....)

a : <2500 gr b: 2500-3999 gr c: ≥ 4000 gr

Q71 Taille (.....)

a : < 47 cm b : ≥ 47 cm

Q72 Pré maturité (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q73 Hypotrophie (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q74 Macrosomie (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q75 Réanimé (.....)

1 : Oui 2 : Non

Q76 Référé en pédiatrie

1 : Oui 2 : Non

Q77 PCR1

1 : Réalisé 2 : Non réalisé

Q78 Résultat PCR1 1 : Positif 2 : Négatif

Q79 Pronostic (.....)

1 : Vivant 2 : Décédé

Q80 Mode d'allaitement (.....)

1 : Maternelle 2 : Artificiel 3 : Mixte

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Diakité

Prénom : Mamadou K

Titre de la thèse : Dépistage du VIH/SIDA chez les parturientes admises en salle d'accouchement à l'hôpital de district C IV de Bamako

Année universitaire : 2024-2025

Ville de la soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Epidémiologie.

E-mail/ N° de téléphone : Mamadoudiakit324@gmail.com

RESUME DE LA THESE:

Nous avons mené une étude transversale à collecte de donnée prospective, la période de collecte allant du 1 Décembre 2024 au 31 Mai 2025 soit une période de 6 mois, dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de district commune IV de Bamako.

Les résultats obtenus au terme de cette étude ont été les suivants:

- La fréquence de séropositivité a été de 8,8% chez les parturientes dépistées, l'âge moyen des patientes dépistées était de 29ans.
- Le dépistage du VIH/SIDA a été proposé aux 212 patientes après counseling/dépistage dans la salle d'accouchement; parmi lesquelles 8 ont refusé le test soit 4% et 204 ont accepté soit 96%.
- Dans notre étude, 88,9% des parturientes dépistées positives soit 16 patientes ont bénéficié d'un traitement ARV dans la salle d'accouchement; 2 patientes n'ont pas reçu de traitement dans la salle avant l'accouchement soit 11,1%.
- Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse normale avec 76,4% et les accouchements par voie basse avec instrument(ventouse) étaient 13,6%. La césarienne a représenté 10% des cas.
- Les nouveaux nés de poids normal étaient les plus représentés avec 61,1% et les 38,9% étaient des hypotrophes (poids inférieurs à 2500g).
- Le pronostic maternel était de 100% dans les suites de couche immédiates. Les nouveaux nés avaient un bon pronostic dans leurs premières semaines de vie dans 83,3% ; 1 cas de décès soit 5,6% et deux avortements soit 11,1%.

Mots clés : Dépistage, VIH/SIDA, parturientes.

IDENTIFICATION SHEET

Last name : Diakité

First name : Mamadou K

Thesis title : HIV/AIDS Screening among Parturient Women Admitted to the Delivery Room at District Hospital C IV of Bamako

Academic year : 2024–2025

City of defense : Bamako

Country of origin : Mali

Place of submission : Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Mali

Field of interest : Gynecology-Obstetrics, Epidemiology

Email / Phone number : Mamadoudiakit324@gmail.com

THESIS ABSTRACT

We conducted a prospective cross-sectional analytical study from December 1, 2024 to May 31, 2025, over a period of six months, in the Gynecology and Obstetrics Department of the District Hospital of Commune IV in Bamako.

The results obtained at the end of this study were as follows:

- The HIV seroprevalence among screened parturient women was 8.8%, and the mean age of the screened patients was 29 years.
- HIV/AIDS screening was offered to 212 patients after counseling in the delivery room; among them, 8 refused the test (4%), while 204 accepted it (96%).
- In our study, 88.9% of HIV-positive parturient women (16 patients) received antiretroviral (ARV) treatment in the delivery room ; 2 patients (11.1%) did not receive treatment before delivery.
- The most frequent mode of delivery was normal vaginal delivery (76.4%), while assisted vaginal deliveries using instruments (vacuum extraction) accounted for 13.6%. Cesarean section represented 10% of cases.
- Newborns with normal birth weight were the most represented (61.1%), while 38.9% were low birth weight infants (weight less than 2500 g).
- Maternal prognosis was favorable in 100% of cases during the immediate postpartum period. Newborn prognosis was good during the first weeks of life in 83.3% of cases; there was one death (5.6%) and two abortions (11.1%).

Keywords : Screening, HIV/AIDS, Parturient women.

SERMENT D'HIPPOCRATE

-----0-----

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 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 race, de parti ou de classe 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 !

