

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Ministère de l'enseignement  
Supérieure

REPUBLIQUE DU MALI

Un PEUPLE Un BUT Une FOI

Université des Sciences, des Techniques  
Et des Technologies de Bamako (USTTB)  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie  
FMOS

Année universitaire 2015-2016

N°

**THESE :**

Etude de la séroprévalence du VIH chez les  
femmes enceintes au centre de santé de  
référence de la commune VI du district de  
Bamako.

Présenté et soutenue publiquement le .../.../2016

devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, Mali

**Par M. Adama DIAKITE**

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

**JURY**

**Président du jury :** Professeur Souleymane DIALLO

**Membre :** Dr Mamadou KEITA

**Co-directeur :** Dr Lassina Danseni TRAORE

**Directeur de thèse :** Professeur Sounkalo DAO

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

# DEDICACES

## *Dédicaces*

*Par la grâce de Dieu, le Tout Puissant,  
le Clément et le Miséricordieux*

Qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.

Je m'en souviendrai tout au long de cette vie si éphémère et je te resterai  
toujours fidèle.

## REMERCIEMENTS

*A toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu leur  
vie en donnant naissance à la vie*

*Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant  
naissance*

### **\* A ma famille :**

Issu d'une famille unie et solidaire, je promets de transmettre ici l'éducation que j'ai reçue de vous tous à mes sœurs et frères. Grand merci pour ton assistance.

### **\*A mon père : Feu Mamadou DIAKITE**

Même si je t'ai perdu quand j'avais deux ans, je sais que l'un de tes premiers soucis était la réussite de tes enfants dans toutes leurs entreprises.

Papa que le bon Dieu t'accueille dans son paradis.

### **\*A ma très chère mère : Mariam BOUARE, qui a guidé mes premiers pas.**

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration.

Tu as donné le meilleur de toi-même pour que je puisse réussir. Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes sacrifices consentis.

### **\*A mes frères et sœurs bien-aimés : Issa, Hawa, Maimouna, Sidiki**

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas ses frères et sœurs, aujourd'hui j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire le choix, je n'aurai pu mieux faire que de vous choisir.

Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés.

Que Dieu vous prête encore longue vie pour que vous puissiez goûter au fruit de ce travail.

**\*A mes oncles : Adama BOUARE, Daouda BOUARE ET Lassina BOUARE**

Vous avez été pour moi comme un père et l'affection dont vous avez fait preuve à mon égard m'a touché profondément. Durant ces années, vos soutiens de toute nature furent inconditionnels. Ce travail a pu être réalisé grâce à vous aussi, je vous en remercie infiniment.

Que la grâce de Dieu soit avec vous.

**\*A mes tantes : Salimata DEMBELE, Mah DIARRA et Assetou DEMBELE**

Votre générosité et votre amour à mon égard sont sans ambiguïté.

Ce travail a pu être réalisé grâce à votre soutien de toute nature.

Vos actes resteront graver dans ma mémoire pour toujours.

Que la grâce de Dieu soit avec vous et à toute votre famille.

**\*A ma femme : Aminata N. COULIBALY**

Ta connaissance a été pour moi un nouveau départ.

Ta compréhension et ton soutien moral ont contribué à la réalisation de ce travail.

Qu'Allah bénit notre foyer.

**\* A mon fils : Mamadou DIAKITE**

Qu'Allah le Tout Puissant, l'Omniscient, l'omnipotent, l'être par la providence de qui ce monde est gouverné puisse guider tes pas.

**\* A toutes les familles DIAKITE à M'Pèssoba, Koutoala et à Bamako**

**\*Aux familles BOUARE, DIALLO, COULIBALY, respectivement à Yirimadio, Missabougou et à Kalabancoura pour leur accueil et leur hébergement.**

**\*A mes cousines et cousins : Madou DIAKITE, Mamadou BOUARE, Oumar DIAKITE, Adama DIAKITE, Aicha BOUARE, Oumar BOUARE Ousmane BOUARE, Abi BOUARE, Drissa BOUARE**

**\*A Madame Doumbia Kadi Ba, Fatoumata KONE, Tante SANATA et Sabou SIDIBE** pour leurs soutiens et leur disponibilité.

**Au corps professoral de la FMPOS :**

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

**\*A mes maîtres formateurs : Dr Boubacar TRAORE, Dr Lassina TRAORE, Dr Alou SAMAKE, Dr Mamadou KEITA, Dr Seydou FANE, Dr Baber KAYENTAO, Dr Mamadou DIALLO, Dr Moussa KONATE, Dr Ibrahim Kalil DIAKITE, Dr Pinda**

Merci pour l'encadrement et la disponibilité sans faille

**\*A tous les anciens internes du CSRéf CVI : Dr Souleymane SIDIBE, Dr Daouda SANOGO, Dr Issa KONATE, Dr Djanguiné KOINA, Dr Issa SAMAKE, Dr Nanténé K DIAKITE, Sory SATAO, Dr Boubacar COULIBALY, Dr Lassine KONATE, Dr Noumory DIAKITE,**

**Dr Samaké Djénéba COULIBALY, Dr Mamady KAMISSOKO, Dr Moumine DIALLO** je vous souhaite bon vent dans vos carrières professionnelles.

**\*A tous les faisant fonction d'interne du CSRéf CVI : Moussa GORO, Moussa TOGOLA, Boubacar KANAMBAYE, Abdoulaye DOUMBIA, Souleymane MALLE, Salif MARIKO, Sekou SANOGO, Gninoussa KAMATE, Daouda SAMAKE, Abdramane DIABY, Moulaye SANOGO**

Merci pour votre collaboration, je vous souhaite bon courage.

**\*Au personnel de toutes les unités de la Maternité du CSREF CVI.**

Grand merci pour votre formation, vos enseignements et les bons moments passés ensemble

**\*A tous mes amis : Pierre DAOU, tu as beaucoup contribué à ma réussite à la faculté ; Yacouba K KONE dit King, mon conseiller général ; Halidou S MAIGA ; Kalifala SAMAKE ; Drissa KONE dit Dridjon ; Sékou COULIBALY ; Sékou DOUCOURE ; Bréhima L TRAORE dit Alain ; Saibou TANGARA ; Moussa BABY dit Balla ; Omar GADIAGA. Merci à tous pour votre amitié sans faille.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**



## **A notre maître et Président du jury :**

### **Professeur Souleymane DIALLO**

- **Maitre de conférences de Bactériologie/Virologie à la Faculté de Pharmacie du Mali.**
- **Directeur Général du Centre d'Infectiologie Charles Mérieux.**
- **Pharmacien, colonel major.**

### **Cher Maître**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse. Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité, votre rigueur et votre amour du travail bien fait. Vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tous. Cher maître veuillez accepter nos sincères remerciements.

## **A notre maître et juge :**

### **Docteur Mamadou KEITA**

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune VI.**
- **Médecin chargé de la PTME au Centre de Santé de Référence de la Commune VI.**

**Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury**

### **Cher Maître**

Nous avons bénéficié avec un grand intérêt de votre savoir-faire en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines très exemplaires au centre mais également en dehors de celui-ci.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier pour votre courtoisie  
Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout  
Puissant vous garde longtemps auprès de nous  
Amen !

**A notre maître et co-directeur :**

**Docteur Lassina Danseni TRAORE**

- **Médecin généraliste au CSRéf de la commune VI**
- **Membre de l'ARCAD SIDA**
- **Médecin Coordinateur de l'USAC du Centre de Santé de Référence de la commune VI**

**Cher Maître,**

Une fierté de mon terroir, en nous acceptant dans votre service et diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre travail font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre .Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

**A Notre maître et Directeur de Thèse :**

**Professeur Soukalo DAO**

- **Maitre de conférence en Maladie Infectieuse à la FMOS**
- **Professeur titulaire en maladie infectieuse à la FMOS**
- **Directeur Adjoint au Serefo**
- **Chef de service des maladies infectieuses et tropicales, du CHU du point G.**
- **Chef de DER de Médecine et spécialités médicales à la (FMOS)**
- **Membre de la société africaine de pathologie infectieuse (SAPI)**
- **Membre de la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)**

**Cher maître,**

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Soyez assuré de notre reconnaissance éternelle

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **SIGLES ET ACRONYMES**

## **SIGLES ET ACRONYMES**

ADN : acide désoxyribonucléique

ARN : acide ribonucléique

ARV: antirétroviral

AZT: zidovudine

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CPN : consultation prénatale

CS Réf : centre de santé référence

CSCoM : centre de santé communautaire

EDS : enquête démographique et de santé

GIE : groupement d'intérêt économique

IDV/r : indinavir/ritonavir

IM : intramusculaire

INNTI : inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse

INTI : inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse

IO : infections opportunistes

IP : inhibiteur de protéase

IST : infections sexuellement transmissibles

LAV: lymphadenopathy associated virus

NVP : nevirapine

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PTME : prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience acquis

TME : transmission mère-enfant

USAC : unité de soins, d'accompagnement et de conseil

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Objectifs.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Objectif général.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Objectifs spécifiques.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Généralités.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1. Aspects généraux.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.1. Définition.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.2. Historique.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.3. Epidémiologie.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.3.1. Agents pathogènes.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.3.2. Réservoir de virus.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.3.3. Epidémiologie descriptive.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.4. Transmission.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.4.1. Mode de transmission.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.4.2. Déterminants majeurs de la propagation du VIH au Mali.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Méthodologie.....</b>	<b>28</b>
<b>A. Cadre d'étude.....</b>	<b>29</b>
<b>1. Présentation de la commune VI du district de Bamako.....</b>	<b>29</b>
<b>2. Présentation du CSRéf de la commune VI.....</b>	<b>29</b>
<b>3. Les ressources du CSRéf.....</b>	<b>30</b>
<b>B. Méthodes d'étude.....</b>	<b>34</b>
<b>1. Type et période d'étude.....</b>	<b>34</b>
<b>2. Population d'étude.....</b>	<b>35</b>
<b>3. Collecte de données.....</b>	<b>35</b>
<b>4. Information des données.....</b>	<b>35</b>



<b>5. Considération éthique.....</b>	<b>35</b>
<b>6. Variables étudiées.....</b>	<b>36</b>
<b>5. Résultats.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2. Les déterminants d'acceptation ou de refus du test.....</b>	<b>42</b>
<b>5.3. Statut sérologique.....</b>	<b>45</b>
<b>6. Discussion.....</b>	<b>49</b>
<b>7. Conclusion .....</b>	<b>54</b>
<b>8. Recommandations.....</b>	<b>56</b>
<b>9. Références.....</b>	<b>58</b>
<b>10. Annexes.....</b>	<b>63</b>

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **INTRODUCTION**

## 1. Introduction

Les premiers cas de sida ont été décrits aux Etats- Unis d'Amérique en 1981. Trente-trois ans après, la situation reste préoccupante dans les pays en développement (PED), et tout particulièrement en Afrique Subsaharienne [1].

Les femmes et les enfants constituent les cibles les plus vulnérables depuis le début de la pandémie [1].

Même si la prévalence mondiale du Sida s'est stabilisée, le nombre total de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) était de 33 200 000 fin 2007 (*versus* 36 500 000 fin 2006). 2 500 000 adultes et enfants ont contracté l'infection en 2007, dont 420 000 enfants de moins de 15 ans, soit un taux global de 51,33% de femmes et d'enfants.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est très élevée en Afrique Australe avec un taux de 40% au Botswana, 16% au Malawi, et 20% en Zambie ; au Mali le taux d'infection chez les femmes enceintes étaient de 2,9% en 2012 selon EDSM V [2]. La quasi-totalité de ces femmes séropositives ont été contaminées par la voie hétérosexuelle ou par la voie sanguine (transfusion). Elles sont susceptibles de transmettre à leurs enfants par plusieurs voies : in utero précoce ou tardive (10%), au cours de la période périnatale (15%), et au cours de l'allaitement maternel (10%) [3].

L'impact considérable de cette affection sur la morbidité et la mortalité infantile a amené la communauté internationale à plus d'engagement dans la lutte contre celle-ci [4].

Le traitement antirétroviral chez les gestantes permet de réduire le taux de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post- partum [5]. Dans les pays du Nord, où les femmes bénéficient d'une prise en charge globale (trithérapie ARV et allaitement artificiel), le taux de transmission est de l'ordre de 1% à 2% [6].

En l'absence d'un accès généralisé aux traitements antirétroviraux, à l'exception de certains pays comme le Brésil ou la Thaïlande aux seins desquels des actions de la Prévention de la Transmission Mère- Enfant (PTME) sont complétées par des programmes d'accès aux antirétroviraux, ce sont 1% des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays du Sud qui bénéficient de cette prévention [6]. Le programme PTME du VIH a vu le jour en 2002 au Mali. [7]. Selon une étude faite au CHU Gabriel TOURE par Bakayoko [2] en 2004 sur 72 femmes enceintes vivant avec le VIH, 7 étaient sous ARV pendant leurs grossesses, soit un pourcentage de 9,8%.

Beaucoup d'études ont porté sur le VIH/Sida au Mali mais aucune n'a encore été effectuée chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako. C'est pour cette raison que nous avons entrepris l'étude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

# OBJECTIFS

## **2. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général :**

Estimer la séroprévalence du VIH chez les gestantes dans l'unité CPN de la maternité du CSRéf de la commune VI

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- déterminer le taux d'acceptation du dépistage volontaire.
- déterminer les déterminants d'une acceptation du dépistage Volontaire.
- déterminer les déterminants de refus du dépistage volontaire.
- déterminer la séroprévalence du VIH dans la population d'étude.

# GÉNÉRALITÉS

### **3. GENERALITES**

#### **3.1. ASPECTS GENERAUX**

##### **3.1.1. DEFINITION**

L'infection par le VIH correspond à l'introduction et au développement dans l'organisme humain d'un virus de la famille des rétrovirus, dont la conséquence la plus évidente est l'installation d'une immunodéficience d'où le nom de virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) [9]. Le VIH détermine alors une infection chronique, conduisant à plus ou moins long terme à sa forme la plus évoluée : le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA). Le Sida rassemble un ensemble de pathologies appartenant au spectre de l'infection par le VIH, et qui sont rapportées dans la classification CDC d'Atlanta dont la dernière modification date de 1993[10].

##### **3.1.2. Historique :**

1981 : Découverte de l'épidémie du Sida par le CDC aux Etats-Unis après l'annonce d'une recrudescence des cas de pneumonies à *Pneumocystisjiroveci* et de sarcomes de Kaposi dans les villes de Los Angeles, San Francisco et New York. Ces deux maladies ont pour particularité d'infecter les personnes immunodéprimées. Ces premiers sont des homosexuels [12]

1982 : Premier cas recensé chez un homme hémophile.

1983 : Identification d'une lymphadénopathie considérée comme une maladie opportuniste du stade pré Sida.

Isolement à l'Institut Pasteur de l'agent responsable du Sida par l'équipe du Pr. Montagnier, baptisé LAV, pour <<lymphadenopathy Associated Virus>> [12].

1984 : L'équipe de Robert Gallo publie dans la <<revue Science >> les résultats de l'isolement d'un virus qu'elle considère comme responsable de Sida et le nomme HTLV-3.

La même année, l'équipe de Jay A. Levis trouve plusieurs rétrovirus, qu'elle nomme AIDS-related virus (ARV) [12].



1985 : découverte du VIH (Virus de singe apparenté au virus SIDA).Après l'identification du virus, et grâce aux tests de dépistage, le VIH sera mis en évidence dans des prélèvements qui avaient été effectués en 1959 au Congo Belge(Zaire) [13].

1986 : le nom de VIH (HIV en anglais) remplace les noms de LAV et HTLV3.Découverte à l'Institut Pasteur d'un deuxième virus nommé VIH-2 par l'équipe de Luc Montagnier. Il est majoritairement présent en Afrique de l'Ouest. Mise en évidence de l'activité antivirale de L'AZT [12].

1987 : la communauté internationale prend conscience de la gravité de l'épidémie qui se transforme rapidement en pandémie [12]

1990 : Mise évidence de l'actualité antivirale de L'AZT.

L'arrivée sur le marché des traitements vraiment efficaces contre la réplication du VIH, appelés trithérapies [13]

1996 :l'efficacité des trithérapies est confirmée.

Confirmation de l'efficacité de L'AZT et de la NVP dans la PTME respectivement en 1998 et 1999[14].

### **3.1.3 EPIDEMIOLOGIE**

#### **3.1.3.1. Agents pathogènes :**

Les VIH sont des virus extrêmement divers, ils sont classés en deux types : le VIH-1 et le VIH-2.IL y a trois groupes de VIH-1 : Le groupe M (majeur),le groupe O(outlier), le groupe N(non-M, non-O).Les VIH-1du groupe M sont responsables de la pandémie du VIH/SIDA.

A ce jour, neuf sous-types ont été caractérisés (A, B, C, D, F, G, H, J et K) et plus de vingt formes recombinantes ont été identifiées, dont certaines très récemment .Parmi les sous-types du VIH-1 du groupe M, le sous- type B est à l'origine de l'épidémie dans les pays industrialisés.

Les autres sous-types sont regroupés sous la dénomination de VIH-1 non-B. Ces VIH-1 de sous-type non-B sont à l'origine de plus de 90 p.100 de la pandémie, notamment sur le continent africain

Les VIH sont des particules virales de forme sphérique de 100nm de diamètre, enveloppées [15].Le VIH-1 et le VIH-2 appartiennent à la famille des rétrovirus : subdivisée en trois sous familles selon un classement qui prend en compte des critères de pathogénicité et des paramètres phylogénétiques : les oncovirus les spumavirus et les lentivirus [16]

Le VIH est inactivé par la plupart des procédés physiques et chimiques utilisés en vue de désinfection ou de stérilisation [17].

Le VIH est un virus thermosensible. Il est inactivé par un chauffage à 56°C pendant 30 minutes, en moins de 15 minutes à une température supérieure à 100°C (autoclave) [18].

Dans le milieu extérieur, il peut survivre en solution aqueuse, plus de 15 jours à température ambiante (23à27°C) et plus de 11 jours à 37°C [19].

### **3.1.3.2. Réservoir de virus**

La multiplication du virus est possible chez tous les mammifères mais le réservoir est devenu strictement humain (séropositives asymptomatiques et symptomatiques) [13].

### **3.1.3.3. Epidémiologie descriptive :**

#### **➤ Dans le monde :**

A l'échelle mondiale, le nombre de PVVIH est estimé à 33,2million (30,6-36,1) avec 2,5 millions (1,8-4,1) de nouvelles infections à VIH et 2,1millions (1,9-2,4) de décès dus au VIH [20]

#### **➤ En Afrique :**

Plus de 25 ans après les premiers cas du SIDA, la situation reste dramatique dans les pays en voie de développement, et tout particulièrement en Afrique Sub-saharienne. Cette région la plus affectée en 2007 avec :

- 2/3 de toutes les PVVIH ;
- 90% de tous les enfants vivants avec le VIH ;
- 3/4 tous les décès dus au Sida ;
- 1,7 million (1,7-2,1) de nouvelles infections ;
- 61% des PVVIH sont des femmes [21].

➤ **Au Mali :**

La séroprévalence était de 1,3% dans la population adulte et 2,8% des femmes enceintes en 2006 [21].

La prévalence chez la femme enceinte est en moyenne de 3 à 4% [22]. Le taux élevé de l'infection à VIH chez l'enfant en Afrique résulte directement du taux élevé de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et de l'efficacité de la TME [19].

Selon l'EDESM-IV, la séroprévalence en général est de 1,3% avec 2% pour les femmes et 1,3% pour les hommes.

La tranche d'âge la plus touchée est de 25-39 ans (2,1-3,3).

### **3.1.4-TRANSMISSION :**

#### **3.1.4.1. Mode de transmission :**

Le VIH est présent dans de nombreux fluides organiques. On en a retrouvé dans la salive, les larmes et l'urine, mais en des concentrations insuffisantes pour que des cas de transmission soient enregistrés. La transmission par ces fluides est ainsi considérée comme négligeable.

Par contre, des quantités de VIH assez importantes pour une infection ont été détectées dans le sang, le lait maternel, la cyprine, le sperme, ainsi que le liquide précédant l'éjaculation [25]. Cependant trois modes de contamination majeurs sont reconnus à l'heure actuelle [23]

- **Transmission sexuelle :**

La transmission homosexuelle : entre personnes de même sexe, c'est -à-dire d'un homme à un autre et plus rarement d'une femme à une autre ;

La transmission hétérosexuelle : entre personnes de sexe différent, de l'homme à la femme et la femme à l'homme.

Si le premier est le plus fréquemment incriminé en Europe ou aux Etats-Unis, bien qu'en baisse aujourd'hui, le second est responsable de plus de 80% des cas de séropositivité en Afrique.

Le risque d'infection existe si les rapports ne sont pas protégés et augmente le nombre de relations sexuelles. Cependant un seul rapport peut être infectant. Les IST, surtout celles provoquant les ulcérations de la muqueuse comme les chancres, augmentent le risque de contamination

- **La transmission sanguine**

Par transfusion et injection des dérivés sanguins : cette voie est devenue rare dans les pays où le dépistage systématique du virus est effectué dans les banques de sang .C'est ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays du tiers monde. Il est donc important de ne transfuser que lorsque c'est indispensable. Par l'intermédiaire de seringues ou d'aiguilles souillées quand elles sont partagées : c'est le cas de la toxicomanie par voie intraveineuse. Ce mode de transmission est surtout développé en Europe (65% des cas déclarés en Italie) et en Amérique du nord. Le risque existe également avec les injections intramusculaires (IM) réalisées avec du matériel contaminé, mal ou non stérilisés. Par tous les objets tranchants ou servant à percer la peau (couteau, rasoir, lame, aiguille, ciseaux...) lorsqu'ils sont souillés. Par certaines pratiques traditionnelles qui font courir le risque d'une contamination si certaines règles d'asepsie ne sont pas respectées (tatouage gingival, percée d'oreille, scarification, circoncision, excision).

- **La transmission de la mère à l'enfant(TME)**

Cette transmission peut se faire :

- Pendant la grossesse à travers le placenta (1/3 de risque)
- Au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses (1/3 de risque)

➤ Au cours de l'allaitement (1/3 de risque)

Une femme contaminée par le VIH, a environ 25-40% de risque d'avoir un bébé infecté. C'est pourquoi il est conseillé à toute femme séropositive de consulter son médecin. A noter que l'administration d'un ARV(ou AZT) diminuera considérablement ce risque de transmission.

Après la naissance, l'allaitement est une source avérée de contamination. A ce jour, l'OMS recommande, de manière générale, de maintenir l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement, où le risque lié à l'allaitement artificiel (biberon) est supérieur (mauvaise hygiène de préparation entraînant diarrhées ou sous dosage des produits lactés générant une malnutrition) au risque lié à la transmission du VIH par le lait maternel. Toutefois, la décision sera individualisée et prise avec concertation entre le conseiller et la patiente, compte tenu de son degré d'instruction et de son statut socio-économique. Bien qu'on ait signalé un nombre limité de cas anecdotiques d'infection au VIH contracté par le lait maternel, il semble qu'il ne contribue pas de façon significative à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le tort causé par l'alimentation au biberon dépasserait probablement tout avantage que présenterait le fait d'éviter la transmission par le lait maternel. Ainsi il n'y a aucune raison de modifier la promotion actuelle de l'allaitement maternel dans les régions des pays en voie de développement où le VIH est endémique [23]

### **3.1.4.2. Déterminants majeurs de la propagation de l'infection à VIH au Mali**

On distingue des déterminants

#### **3.1.4.2.1. Biologiques :**

L'anatomie de la femme (caractéristiques des organes sexuels) : la femme a deux fois plus de risque d'être contaminée lors des rapports sexuels que l'homme.

### **3.1.4.2.2. Socioculturels :**

- La précocité des rapports sexuels
- Polygamie, lévirat, sororat, mariage précoce, mariage temporaire, nomadisme matrimonial, divorce, concubinage et mariage forcé.
- Statut de la femme (faible poids social, faible pouvoir de décision au plan sexuel et de la méthode de prévention, dépendance socio-économique)
- Analphabétisme surtout féminin (ignorance des questions de santé et prévention et déni de la réalité du SIDA et les IST)
- Effritement de l'éducation parentale et les normes culturelles traditionnelles, tabou sur la sexualité
- Religion peu favorable à la promotion des préservatifs.
- Pratiques traditionnelles néfastes (excision tatouage, scarification), prise en charge non appropriée des malades du SIDA par les thérapeutes traditionnels.

### **3.1.4.2.3. Environnementaux et économiques :**

- Les migrations internes et externes,
- La pauvreté et le faible revenu économique entraînent les filles et les femmes vers des activités à risques. Ex : professionnelles du sexe, Vendeuses ambulantes.
- Libre circulation des films cassettes vidéo se rapportant aux pratiques sexuelles et libre accès des jeunes aux maisons closes en expansion rapide,
- Insuffisance de cadre juridique, éthique et réglementaire de lutte contre le VIH /Sida [24]

## **II- VIH et GROSSESSE**

Près de la moitié des adultes qui sont contaminés aujourd'hui sont des femmes. À mesure que le nombre de femmes infectées augmente, celui des enfants susceptibles d'être contaminés à la naissance croît en proportion [33].

### **1. Fréquence.**

- Dans le monde, plus de 3 millions de femmes qui vivent avec le VIH accouchent chaque année [33].
- En Europe, la séroprévalence chez les femmes qui accouchent varie entre 2 et 2.5/1000 [33]
- En Afrique la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 9,5% en 2000 à 3,4% en 2008 (OMS Afrique)
- Au Mali La séroprévalence était de 2,8% des femmes enceintes en 2006 [21]. Elle se situe en moyenne au Mali entre 3 à 4% [22].

### **2. Mode de transmission mère -enfant.**

Cette transmission peut se faire :

- Pendant la grossesse à travers le placenta (1/3 du risque) ;
- Au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses (1/3 du risque) ;
- Au cours de l'allaitement (1/3 du risque).

### **Mécanisme de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [34]**

Le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et la période post-natale. Sans intervention, la transmission du VIH1 de la mère à l'enfant se situe entre 10 et 40%, plus élevée en Afrique qu'en Europe.

Quant au VIH2, sa transmission est peu importante 1 à 3% à Abidjan en Côte d'Ivoire.

✓ **Transmission in utero pendant la grossesse :**

Le VIH1 peut infecter le placenta à tous les stades de la grossesse. Certaines cellules secrètent le récepteur CD4 qui permet au virus de traverser le placenta. L'enfant pourrait ensuite se contaminer par le liquide amniotique infecté. Néanmoins, le mécanisme de transmission le plus probable in utero est un transfert de cellules infectées lors des échanges sanguins fœto-maternels en fin de grossesse.

✓ **Transmission peri-partum pendant l'accouchement :**

Elle s'explique par trois mécanismes :

- a) Le 1<sup>er</sup> est le contact direct du fœtus avec le sang maternel et les sécrétions vaginales contenant des particules virales libres ou des cellules infectées.
- b) Le second est l'existence des contractions utérines au cours du travail qui peuvent entraîner des micro-transfusions de sang maternel vers le sang fœtal.
- c) Le 3<sup>e</sup> est le contact direct du nouveau-né avec les cellules infectées ou les particules virales libres du sang maternel lors de la section du cordon ombilical.

✓ **Transmission post-natale :**

Elle s'effectue essentiellement par l'allaitement maternel. Le risque de la transmission du VIH par le lait maternel est le plus élevé lorsque la mère est contaminée par le VIH1 au cours de l'allaitement, ce taux avoisine 26%.

Lorsque la contamination de la mère se produit avant ou pendant la grossesse, le risque additionnel de transmission par le lait maternel est moindre (14%). Le risque de transmission existe pendant toute la durée d'allaitement et augmente avec sa durée.

Le taux de transmission de la mère à l'enfant du VIH est moindre chez les enfants sous allaitement artificiel exclusif par rapport à ceux sous allaitement



mixte ou sous allaitement maternel exclusif. De ces trois types d'alimentation, l'allaitement mixte est le plus dangereux et doit être proscrit.

Le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques comme la salive, les larmes, les urines, le liquide céphalo-rachidien, et le liquide broncho-alvéolaire. Mais la présence du virus n'implique pas systématiquement sa transmission par ces produits pathologiques en raison de la faible concentration virale.

### 3. **Conséquences cliniques et biologiques** [35]

Les signes cliniques de l'infection à VIH varient considérablement selon le stade auquel est fait le diagnostic de la maladie. La femme se distingue de l'homme par des pathologies gynécologiques liées au VIH et à sa relation avec l'infection à papillomavirus humain. L'examen gynécologique doit de ce fait faire partie intégrante du bilan clinique initial et de la surveillance de toute femme séropositive, avec un frottis à la recherche d'une dysplasie, voire d'un cancer du col utérin. Les symptômes de la primo infection apparaissent entre une et huit semaines après le rapport contaminant, sont peu spécifiques, et disparaissent en quelques semaines sans traitement. Toutes les personnes infectées, même celles qui n'ont pas de symptômes, fabriquent des anticorps contre le VIH, mais ceux-ci ne sont pas décelables immédiatement, c'est le stade de la séroconversion qui se produit habituellement un à trois mois après l'infection. L'infection passe ensuite par une phase asymptomatique, période pendant laquelle le virus peut vivre dans l'organisme durant de nombreuses années sans provoquer de symptômes. Puis l'infection entre dans une troisième phase dite symptomatique lorsque divers symptômes persistants se manifestent : fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids, gonflement des ganglions, diarrhées, infections de la peau. Lorsque le virus devient de plus en plus présent et que les lymphocytes CD4 sont de moins en moins nombreux, le système immunitaire n'arrive plus à lutter. C'est au cours de cette quatrième phase qu'apparaissent des affections dites opportunistes qui peuvent être de nature bactérienne, virale comme les cancers

« associés au VIH », parasitaire ou fongique et que le diagnostic de syndrome d'immunodéficience acquis est posé. Une personne est atteinte du Sida si elle a une infection au VIH confirmée en laboratoire (test sanguin), un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 200 (c'est-à-dire 200 cellules par millimètre cube ou microlitre de sang), une ou plusieurs maladies opportunistes ou cancers reliés au Sida.

En ce qui concerne les spécificités féminines virologiques et immunologiques de l'infection à VIH, de nombreuses études sont discordantes quant à l'influence du sexe sur la charge virale mais il semble que la progression vers le stade Sida soit indépendante du sexe. Le cycle hormonal aurait une influence sur la charge virale avec une diminution entre le début de la phase folliculaire et le milieu de la phase lutéale. Le taux de lymphocytes CD4 est significativement plus élevé dans les premières années de l'infection chez les femmes que chez les hommes mais la survenue du Sida a lieu à peu près dans les mêmes délais. La décroissance annuelle du taux de lymphocytes CD4 semble plus importante chez la femme.

#### 4. **Diagnostic du VIH chez la femme enceinte et l'enfant.** [36]

Cinq facteurs sont essentiels dans le cadre d'un programme de dépistage, il s'agit :

- la sensibilité et la spécificité du test diagnostique;
- l'acceptabilité et la faisabilité du test diagnostique;
- les bienfaits du dépistage précoce;
- les inconvénients du dépistage;
- la prévalence de la maladie.

#### **4.1 La sensibilité et la spécificité du test**

Le mode de diagnostic habituel de l'infection par le VIH est un dépistage rapide permettant d'obtenir des anticorps du VIH en moins de 30 minutes. Ce dépistage est facilement disponible partout. Il semble avoir une sensibilité et une spécificité acceptables, mais un résultat positif obtenu à l'aide de cette technologie doit être confirmé par des tests de sérologie standard. En fin de grossesse ou pendant l'accouchement, il est avantageux de dépister les femmes qui n'ont pas reçu de soins prénatals ou celles qui sont à haut risque.

#### **4.2 L'acceptabilité et la faisabilité du test**

Bien des femmes séropositives au VIH ne déclarent à leur médecin ou à leur sage-femme aucun des facteurs de risque habituellement associés à l'acquisition de l'infection par le VIH. Le dépistage du VIH inclut non seulement le prélèvement de l'échantillon de sang, mais également le counseling avant et après le test, au moment de la divulgation des résultats.

#### **4.3 Les bienfaits du dépistage précoce**

On constate des taux de transmission périnatale du VIH d'environ 25 % en l'absence d'interventions pendant la grossesse, l'accouchement ou la période néonatale. Certains cas de transmission se produisent pendant la période intra-utérine, mais la majorité a lieu pendant l'accouchement, et le risque augmente lorsque le nouveau-né est allaité. Plus la femme a connaissance rapidement de sa séropositivité au VIH, plus elle a l'occasion d'optimiser son état de santé, de réduire le risque de propagation horizontale à ses partenaires sexuels et de prévenir la transmission verticale.

#### **4.4 Les inconvénients du test**

La femme qui apprend qu'elle est séropositive au VIH vit un grand stress personnel, familial et sociétal. Afin de faciliter une prise de décision éclairée, il est essentiel que la mère et l'enfant aient accès à des experts dans la prise en charge de l'infection par le VIH.

## **5-Prévention de la transmission de la mère infectée à son fœtus/ nouveau – né :**

Toute femme qui croit avoir pu être infecté par le VIH/SIDA devra consulter avant de concevoir un enfant ou aussitôt que possible si la grossesse est déjà amorcée. Le conseiller doit informer la femme des risques encourus en cas de séropositivité : la transmission du VIH à son enfant et les conséquences de cette contamination .La décision sera prise par la femme, guidée par le conseiller. En ce qui concerne l'allaitement au sein, ses risques et avantages seront pris cas par cas. Le conseiller doit savoir que le risque de transmission de la mère infectée par le VIH à son enfant est de 20% environ.

Le lait maternel est une source inégalée de protection contre la diarrhée du nourrisson et joue aussi un rôle dans la protection contre certaines infections respiratoires et d'otites. Du point de vu nutritionnel, les besoins du petit enfant sont amplement pourvus sans nécessité de supplémentation pendant une période de six mois. Pour les mères ayant une faible lactation, la succion est connue pour provoquer une réponse hormonale protégeant la femme contre une nouvelle grossesse trop rapprochée .Selon les recommandations de l'OMS, ce n'est que lorsque la mère est infectée que l'on peut trouver des alternatives fiables et saines à l'allaitement au sein. On pourra alors se poser la question d'une nourrice, elle-même testée vis-à-vis du VIH et à l'utilisation du don en lait maternel , pasteurisé pendant vingt minutes à zéro degré (0°C) ou l'alimentation artificiel (biberon) aussi si toutes les garanties d'hygiène et de dosage des aliments lactés semblent réunies . Le conseiller prodiguera l'ensemble des alternatives.

Si l'alimentation artificielle semble être la décision la plus pertinente, ceci pourra être nuancé selon le statut socio-économique et le niveau d'instruction de la cliente. [23]

**Politique et protocole de la PTME au Mali [37]**

## **Objectifs de la PTME**

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

Elle doit s'intégrer dans un programme global proposant :

- La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes
- la prise en charge médicale et psychosociale des mères infectées et de leurs enfants.

## **Protocole chez la mère**

Doit tenir compte de :

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

## **Femmes ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV**

Si traitement efficace : poursuivre le traitement

Si traitement comprend l'effavirenz et si grossesse est dépistée au 1<sup>er</sup> trimestre, remplacer effavirenz par la nevirapine

## **Femmes ayant débuté sa grossesse en l'absence de traitement ARV**

- si le taux de CD4  $<350/\text{mm}^3$  ou stade III ou II de l'OMS ; trithérapie avec surveillance de la grossesse
- si la femme est asymptomatique (stade I), ou peu symptomatique avec  $\text{CD4} > 350$ , trithérapie ou bithérapie à visée prophylactique à débiter au début du troisième trimestre de la grossesse
  1. AZT dès la 28<sup>e</sup> semaine de la grossesse ou dès que la femme se présente.
  2. pendant l'accouchement (600mg puis 300mg toutes les 3H jusqu'au clampage du cordon ombilical)

3. AZT+3TC pendant 7 jours après l'accouchement, pour minimiser les risques de résistance de la nevirapine

**Si la femme enceinte non suivie et non traitée et dont le diagnostic de l'infection est retardé**

Il y a deux situations :

Après le 8<sup>e</sup> mois et avant le travail, on propose une trithérapie ou bithérapie prophylactique

Si la femme se présente en début de travail on propose :

1. AZT 300mg +NEV 200mg(en début de travail).
2. AZT+3TC pendant le travail et poursuivre pendant 7 jours après l'accouchement.

**Cas particuliers**

**VIH2**

▪Trithérapie avec inhibiteur de protéase

Ou

Monothérapie par AZT débuté dès la 28<sup>e</sup> semaine. (Sans indications thérapeutiques)

Ou

Bithérapie AZT +3TC (1cp 2xj pendant 7 jours) pour les femmes se présentant au moment de l'accouchement

**Chez le nouveau-né**

**Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse**

1. AZT 2mg/kg débiter 6à12 heures après la naissance et poursuivre toutes les 8 heures pendant 14 jours (jusqu'à 4 semaines si la mère a reçu moins d'un mois d'AZT)

2. NVP sirop : 2mg/kg au cours des 72 heures

•mère traitée, moins d'une semaine où n'ayant pas reçu de prophylaxie

•AZT+NVP (AZT sirop, 2mg/kg 2xj pendant 4 semaines associé à la NVP dose unique.

**Cas particulier de VIH2 nouveau-né de mère infectée par le VIH2**

AZT+3TC pendant 14 jours.

Prophylaxie des IO, 4 à 6 semaines, vaccination BCG (sauf symptomatique), lait artificiel accessible.

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **METHODOLOGIE**



#### **4. METHODOLOGIE:**

##### **A. Cadre d'étude :**

Notre étude a été menée à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

##### **1. Présentation de la Commune VI du District De Bamako**

C'est la plus grande commune et la plus peuplée de Bamako avec 94 km<sup>2</sup> de superficie et 504738 habitants en 2011 et une densité de 5002 habitants par km<sup>2</sup>.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux.

Chaque quartier dispose d'au moins un CSCom excepté Sokorodji et Dianeguella qui ont en commun un CSCom. Niamakoro et Yirimadio possèdent chacun deux structures de ce type.

Les principales activités menées par la population de la commune sont: l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le petit commerce, le transport, l'artisanat et les fonctionnaires.

Il existe aussi quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako, la capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre).

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

##### **2. Présentation du centre de santé de référence de la commune VI**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

### **3. Les ressources du centre de santé de référence**

#### **a) Les infrastructures**

Le service se compose de trois bâtiments :

➤ Le premier bâtiment abrite le bloc opératoire composé de :

- deux salles d'opération,
- une salle de réveil,
- une salle de préparation pour chirurgien,
- une salle de consultation pré-anesthésique,
- une salle de nettoyage des instruments,
- deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

➤ Le deuxième bâtiment en étage :

• au rez-de-chaussée :

- deux salles de consultation pour les médecins généralistes,
- la salle d'injection,
- la salle de pansement,
- l'unité de vaccination (PEV),
- la pharmacie et magasin,
- l'unité de consultation pédiatrique,

• A l'étage :

- le service d'administration comprenant : un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène,
- la salle de réunion,
- le système d'information sanitaire (SIS),
- la salle de consultation pour médecin chirurgien,
- la salle de consultation médecin cardiologue
- des toilettes.

➤ Le troisième bâtiment :

La maternité composée de :

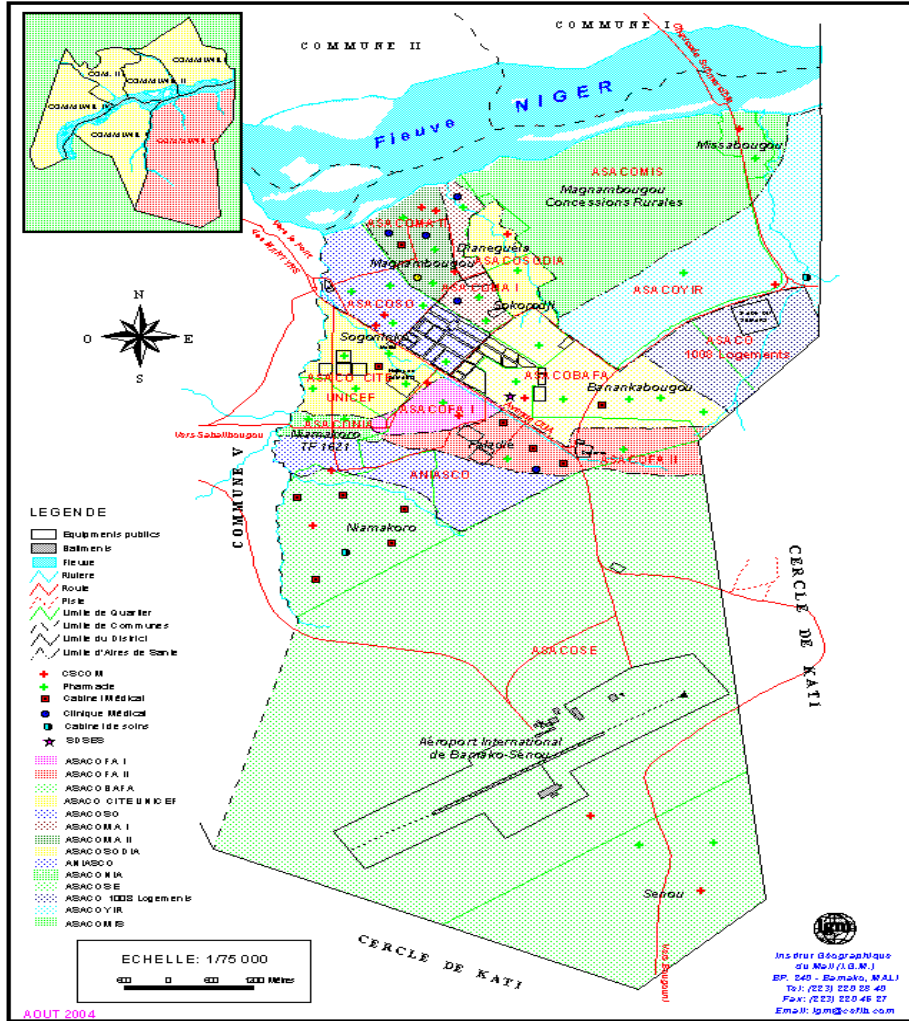
- la salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et six (06) lits, on y réalise en moyenne quinze (15) accouchements par jour ;
  - une salle des nouveaux nés ;
  - une salle d'observation des femmes ;
  - une salle d'hospitalisation des femmes ;
  - une salle de garde pour sage- femme ;
  - une salle de garde pour Médecin ;
  - une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne ;
  - une salle de consultation gynécologique ;
  - une salle de consultation prénatale ;
  - une salle de consultation planning familial ;
  - une salle de SAA
  - et quatre toilettes.
- Le quatrième bâtiment :
- au rez-de-chaussée :
    - Le laboratoire
  - A l'étage :
    - Une salle pour consultation ORL ;
    - Une salle pour consultation ophtalmologique ;
    - Une salle pour consultation odontostomatologie ;
- L'unité USAC qui comprend :
- Une salle d'accueil ;
  - Une salle pour consultation ;
  - Une pharmacie.
- Le centre comprend également :
    - la maison pour le gardien,
    - deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
    - des toilettes.

- Une morgue non encore fonctionnelle

### **b) Les ressources humaines :**

<b>Catégories</b>		<b>Nombre</b>
Médecin gynécologue		3
Médecin généraliste		7
Médecin chirurgien		3
Médecin pédiatre		1
Etudiants faisant fonction d'interne		8
Infirmier diplômé d'Etat	Technicien de laboratoire	5
	Infirmier de premier cycle	10
Sagefemme		28
Infirmière obstétricienne		9
Assistants médicaux	Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
	Techniciens spécialisés en ophtalmologie	1
	Techniciens spécialisés en ORL	4
	Techniciens spécialisés en santé publique	3
	Techniciens sanitaires	3
Secrétaires		3
Gestionnaire		1
Comptable		2
Adjoint administratif		1
Gardien		1
Chauffeurs		4
Aide soignants		5
Manœuvres		6
Portier		3
<b>Total</b>		<b>113</b>

### c) Cadre sanitaire de la commune VI



#### **d) Ressources financières**

Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

- la tarification des actes,
- l'Etat.

#### **e) L'organisation du service**

Au plan technique:

- un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.
- des consultations gynécologiques sont réalisées chaque Lundi, Mardi et Mercredi ;
- une séance d'échographie par semaine à (chaque vendredi),
- le programme des actes opératoires est exécuté chaque Mercredi et Jeudi,
- les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables,
- une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours
- les activités de santé publique sont menées,
- les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi.
- les consultations de médecine générale, ORL, ophtalmo, odonto-stomato, chirurgie,
- la prise en charge des malades tuberculeux, les malades du VIH,
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus.

#### **B. Méthodes d'étude :**

##### **1. Type d'étude et période d'étude :**

Nous avons mené une étude de type transversale, prospective et descriptive portant sur une durée de quatre (04) mois allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 octobre 2014

## **2. Population d'étude :**

Notre étude a concerné toutes les femmes enceintes reçues en salle de consultation prénatale à la maternité du CS Réf de la commune VI durant la période d'étude, toutes ces femmes ont bénéficié d'un counseling.

### **2.1. Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes enceintes reçues en consultation prénatale ayant accepté volontairement le dépistage du VIH et de répondre aux questions.

### **2.2. Critère de non inclusion :**

- Refus de participer à l'enquête ;

## **3. Collecte de données :**

### **3.1. Outil de collecte :**

- une fiche d'enquête pré- établie pour enregistrer les valeurs quantitatives et qualitatives des variables de l'étude.
- les registres et les dossiers d'enregistrement des patientes.

### **3.2. Technique et procédure de la collecte des données :**

Nous avons rencontré individuellement chaque patiente dans le bureau de consultation prénatale. Les questions dirigées sur les objectifs ont été posées à chacune. Parfois une traduction dans la langue de la patiente a été nécessaire. Les variables ont été portées sur la fiche par l'enquêteur.

## **4. Information des données :**

### **4.1. Analyse des données :**

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi-Info 2000 (version française). La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Office Word 2007.

## **5. Considération éthique :**

### **5.1. Démarches administratives et accord du médecin chef :**

Nous avons adressé une lettre au médecin chef du centre de santé de référence de la commune VI, qui nous a ensuite donné une réponse verbale favorable à la faisabilité de notre étude. Nous avons été orientés chez le coordinateur de l'USAC du centre puis dans l'unité de consultation prénatale où nous avons mené notre étude.

## **5.2. Consentement éclairé :**

Le but de l'étude ainsi que ses procédures ont été expliqués à chaque participante. Le choix a été donné à chacune des participantes de décider volontairement. Elles ont été également rassurées que la non-participation n'engendre pas de conséquence néfaste sur leur prise en charge. Le consentement éclairé a été verbal.

## **5.3. Confidentialité et anonymat :**

Un numéro d'identification a été attribué à chaque patiente. Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale est partie intégrante de la présente étude qui s'évertuera au respect des aspects suivants :

- respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adaptée.
- garantir la possibilité de retrait sans sanction.
- garantir la confidentialité et l'anonymat.
- informer les personnes concernées de leur statut sérologique et des possibilités de prise en charge lorsque le diagnostic est positif.

## **6. Variables étudiées :**

- l'âge ;
- la profession ;
- la résidence de la femme ;
- la période de la grossesse ;
- le nombre de CPN effectuées ;
- le niveau d'étude de la femme ;



Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

- le statut matrimonial ;
- le statut sérologique ;

## **RESULTATS**

## 5- RESULTATS

### 5.1 : Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

**Tableau I : Répartition des gestantes en fonction de l'âge**

Catégorie d'Agée	Effectif	%
<b>15 - 24</b>	<b>201</b>	<b>49,6</b>
25 - 34	165	40,8
35 - 45	39	9,6
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 15-24 ans est la plus représentée avec une fréquence de 49,6%.

**Tableau II : Répartition des gestantes en fonction du niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectif	%
Primaire	55	13,6
Secondaire	54	13,3
Supérieur	36	8,9
Medersa	25	6,2
<b>Non scolarisée</b>	<b>235</b>	<b>58,0</b>
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des gestantes était non scolarisée avec une fréquence de 58%

**Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Ménagères</b>	<b>264</b>	<b>65,2</b>
Elèves /Etudiantes	66	16,3
Vendeuses	31	7,7
Fonctionnaires	18	4,4
Commerçantes	14	3,5
Autres	12	3,0
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

La majorité de nos gestantes étaient des ménagères soit 65,2%

NB : Autres= teinturières, couturières, cuisinières

**Tableau IV : Répartition des gestantes en fonction du statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Célibataire	40	9,9
<b>Mariée monogame</b>	<b>306</b>	<b>75,6</b>
Mariée polygame	58	14,3
Autres (divorcée)	1	0,2
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

75,6% de nos gestantes étaient dans un régime monogamique.

**Tableau V : Répartition des gestantes selon la résidence**

Résidence	Effectif	%
<b>Commune VI</b>	<b>342</b>	<b>84,4</b>
<b>Autres</b>	<b>63</b>	<b>15,6</b>
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

84,% des gestantes résident en commune VI

**Tableau VI : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse**

Age de grossesse	Effectif	%
<b>1<sup>er</sup> trimestre</b>	<b>186</b>	<b>45,9</b>
<b>2<sup>ème</sup> trimestre</b>	<b>191</b>	<b>47,2</b>
<b>3<sup>ème</sup> trimestre</b>	<b>28</b>	<b>6,9</b>
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

Les femmes enceintes au deuxième trimestre représentaient la classe modèle dans notre étude soit 47,2%

### **Tableau VII : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Une CPN</b>	<b>362</b>	<b>89,4</b>
Deux CPN	26	6,4
Trois CPN	10	2,5
Quatre CPN	7	1,7
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

89,4% des gestantes étaient à leur première CPN pendant notre étude.

### **5.2 : Les déterminants d'acceptation ou de refus du test**

#### **Tableau VIII : Répartition des gestantes selon l'acceptation ou le refus du test**

<b>Acceptez-vous ou pas le test</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	<b>399</b>	<b>98,5</b>
Non	6	1,5
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

La majorité des gestantes ont acceptée de faire le test de dépistage soit 98,5%.

**Tableau IX : Répartition des gestantes selon le motif d'acceptation**

Motifs d'acceptation	Effectif	%
Connaitre son statut sérologique	199	49,9
<b>Eviter la transmission mère-enfant</b>	<b>200</b>	<b>50,1</b>
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>100</b>

Les gestantes qui acceptaient de faire le test 50,1% d'entre elles affirmaient d'éviter la transmission mère-enfant.

**Tableau X : Répartition des gestantes selon le motif de refus**

Motifs de refus	Effectif	%
Nécessité d'obtenir l'avis du partenaire	3	50
Peur de la maladie	2	33,3
Autres	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

La nécessité d'obtenir l'avis du partenaire représentait 50%.

NB : Autres=connait déjà son statut sérologique

**Tableau XI Répartition des gestantes selon l'acceptation ou non du test de dépistage en fonction des tranches d'âge**

Tranche d'âge	Ont accepté		Ont refusé	
	N	%	N	%
[15 -24 ans]	200	99,5	1	0,5
<b>[25 - 34 ans]</b>	<b>160</b>	<b>97</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
[35 - 45 ans]	39	100	0	0
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>98,5</b>	<b>6</b>	<b>1,5</b>

Le taux de refus le plus élevé était observé dans la tranche d'âge de [25-34 ans] soit 3%

**Tableau XII : Répartition des gestantes selon l'acceptation ou non du test en fonction de la profession**

Profession	ont accepté		ont refusé	
	N	%	N	%
Fonctionnaire	18	100	0	0
Ménagère	260	98,5	4	1,5
Vendeuse	31	100	0	0
Commerçante	14	100	0	0
<b>Elève/Étudiante</b>	<b>64</b>	<b>97</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Autres	12	100	0	0
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>98,5</b>	<b>6</b>	<b>1,5</b>

Le taux de refus le plus élevé était observé chez les élèves/étudiantes soit 3% des gestantes

NB : Autres= teinturières, couturières, cuisinières



**Tableau XIII : Répartition des gestantes selon l'acceptation ou non du test en fonction du statut matrimonial**

Statut matrimonial	Ont accepté		Ont refusé	
	N	%	N	%
<b>Célibataire</b>	<b>39</b>	<b>97,5</b>	<b>1</b>	<b>2,5</b>
Monogame	301	98,4	5	1,6
Polygame	58	100	0	0
Veuve	1	100	0	0
Total	399	98,5	6	1,5

Le taux de refus le plus élevé était observé chez les gestantes célibataires soit 2,5%

### 5.3. Statut sérologique

**Tableau XIV : Prévalence globale dans la population d'étude**

Résultat du test	Fréquence Absolue	Pourcentage(%)
Positif	17	4,3
Négatif	382	95,7
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>100</b>

La prévalence globale du VIH de l'étude était de 4,3%

**Tableau XV : Séroprévalence en fonction de l'âge**

Tranche d'âge	Résultat du test			
	Positif		Négatif	
	N	%	N	%
[15-24 ans]	3	1,5	197	98,5
[25-34 ans]	11	6,9	149	93,1
[35-45 ans]	3	7,7	36	92,3
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>4,3</b>	<b>382</b>	<b>95,7</b>

La prévalence spécifique la plus élevée était observée chez les gestantes de [35-45 ans] soit 7,7%

**Tableau XVI : Séroprévalence en fonction de la profession**

Profession	Résultat du test			
	Positif		Négatif	
	N	%	N	%
Fonctionnaire	1	5,6	17	94,4
Ménagère	11	4,2	249	93,8
Vendeuse	2	6,5	29	93,5
Commerçante	1	7,1	13	92,9
Elève/étudiante	2	3,1	62	96,9
Autres	0	0	12	100
Total	17	4,3	382	95,7

Nous avons observé une prévalence spécifique de 7,1% chez les gestantes de profession commerçante.

**Tableau XVII : Séroprévalence en fonction du statut matrimonial**

Statut matrimonial	Résultat du test			
	Positif		Négatif	
	N	%	N	%
Célibataire	0	0	39	100
Monogame	12	4	289	96
Polygame	5	8,6	53	91,4
Veuve	0	0	1	100
Total	17	4,3	382	95,7

La prévalence spécifique la plus élevée était observée chez les gestantes engagées dans un régime polygamique soit 8,6%.

## **DISCUSSION**

## 6. DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée au CS Réf de la commune VI du district de Bamako de juillet à octobre 2014. Elle avait pour objectif principal de déterminer la séroprévalence du VIH dans la population d'étude.

### Tranches d'âge

Notre échantillon était composé de femmes enceintes de 15 à 45 ans comme de nombreux travaux antérieurs [27]. Nous avons observé une importante représentation de la tranche d'âge de 15-24 ans qui constituait à peu près la moitié de notre échantillon (49,6%).

### Autres caractéristiques sociodémographiques

Les femmes mariées représentaient 89,9% de notre échantillon. 264 femmes étaient des ménagères et représentaient la profession la plus exercée dans l'échantillon soit 65,2%, en accord avec plusieurs auteurs au Mali. La plupart des femmes était dans un régime monogamique (75,6%) de même qu'au cours de certaines études précédentes [29].

### Profil sociodémographique des gestantes qui ont refusé le test de dépistage du VIH.

. Age : Globalement 1,5% des femmes enceintes ont refusé le test de dépistage du VIH. Ce taux est toutefois variable selon les groupes d'âge. Ainsi le taux de refus le plus élevé était observé chez les femmes de 25 à 34 ans. Toutes les femmes de 35 à 45 ans ont participé à l'étude en acceptant de faire le test de dépistage du VIH.

#### . Profession des gestantes

Nous avons observé un taux de refus de 3% chez les élèves/étudiantes, leur peur de la maladie expliquerait ce pourcentage élevé. Concernant les ménagères le taux était de 1,5%.

#### . Statut matrimonial

Nous avons observé un taux de refus de 2,5% pour les gestantes célibataires et de 1,6% des gestantes dans un régime monogamique. Le test statistique de Fischer n'était pas statistiquement significatif.

### Séroprévalence de l'infection à VIH

#### **. Prévalence globale**

Nous avons obtenu une séroprévalence de 4,3%. Ce résultat peut être comparé au résultat obtenu des sites PTME et de la surveillance sentinelle de 2002 respectivement 3,6% et 3,3%. Ce résultat est inférieur au résultat obtenu par KONE K en 2001, DAFPE B en 2002 et T Lamine en 2007 [27] à Bamako, où les taux étaient respectivement de 9,1%, 7,19% et 9,26%. Cette baisse de la prévalence pourrait s'expliquer d'une part par la baisse de la prévalence dans la population générale, par les efforts déployés par les sites de PTME et d'autre part du fait que notre étude s'est déroulée dans le seul centre de santé de référence de la commune VI.

### Profil sociodémographique des gestantes VIH+

#### **Prévalence spécifique**

. **Age** : le niveau le plus élevé de l'infection VIH a été observé chez les femmes de la tranche d'âge de 35 à 45 ans soit 7,7%. Concernant les adolescentes de 15-24 ans, nous avons observé un taux de 1,5%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que toutes les gestantes de la tranche d'âge de 35-45 ans acceptaient de faire leur test comparativement aux adolescentes qui ont enregistré un taux de refus élevé.

. **Profession des gestantes** : Les commerçantes avec un taux de 7,7% sont les plus touchées par l'infection VIH. Ce taux élevé de l'infection s'expliquerait par l'activité ambulatoire qu'elles mènent et l'absentéisme dans le foyer conjugal. Les ménagères avaient un taux de 4,2%. Ce résultat est nettement inférieur au résultat obtenu par T Lamine [27] en 2007.

**. Statut matrimonial :** Les femmes engagées dans un régime polygamique avec un taux de 8,6% sont les plus touchées par l'infection VIH. Elles sont plus exposées que leurs consœurs engagées dans un régime monogamique.

Bien que les femmes acceptent majoritairement le test de dépistage du VIH, les raisons évoquées pour refuser le test de dépistage sont la nécessité d'obtenir l'avis du partenaire qui représentait 50%, suivi de la peur de la maladie 33,3%. Ces résultats sont comparables aux résultats obtenus par T. Lamine en 2007 [27].

Le taux de réalisation du test de dépistage de l'infection par le VIH était de 98,5% de toutes les consultations prénatales de la période d'étude.

Ces résultats peuvent être comparés aux résultats obtenus au cours des travaux antérieurs :

T. Lamine en 2007 (ont obtenu 92%) à Bamako

Cartoux et al en 1996 à Bobo Dioulasso dans le cadre du projet Ditrane (ont obtenu 93% de taux d'acceptation).

Lande et al en 1992-1993 à Kigali (Rwanda) ont obtenu 90% de taux d'acceptation [31]

MegniGbeto-Obey et al en 2002 au Bénin ont obtenu 74,8% de taux d'acceptation [32]

Heyward et al ont obtenu 53,56% du taux d'acceptation à l'hôpital Mamayemo du Kinshasa (RDC) [30]

Le Professeur François David et al en août-octobre 1997 ont obtenu :

- Au Burkina Faso 76% de taux d'acceptation,
- En Côte d'ivoire (I) et (II), 46% et 49%,
- Au Kenya 69%,
- Au Malawi (I) et (II) 36% et 61%,
- En South Africa 95%,
- En Tanzanie 75%,



Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

- En Zambia 81% [**28%**].

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **CONCLUSION**

## **7. CONCLUSION**

L'étude a été descriptive et transversale et a porté sur 4 mois (juillet-octobre 2014). L'objectif principal était d'évaluer la séroprévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au Centre de Santé de référence de la commune VI.

Le taux d'acceptation du test était de 98,5%.

Les principales raisons évoquées pour refuser le test étaient la nécessité d'obtenir l'avis du partenaire et la peur de la maladie.

Concernant le motif d'acceptation plus de la moitié des gestantes affirmaient vouloir éviter la transmission mère-enfant.

La séroprévalence de l'étude était 4,3%

Le dépistage VIH a été pratiqué après counseling et accord.

## **RECOMMANDATIONS**

## 8. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont

Proposées et s'adressent

### ❖ **Au Ministère de la santé et de l'hygiène publique et partenaires.**

- Renforcer la capacité des structures pour que les gestantes aient plus d'information, d'éducation et de communication sur la PTME du VIH ;
- Créer à travers toutes les structures sanitaires un centre de conseil et de dépistage volontaire.
- Améliorer la disponibilité des tests afin d'éviter les ruptures.
- Assurer une formation continue du personnel de Santé afin de tenir correctement le conseil et le dépistage ;
- Créer au sein de tous les sites PTME des réseaux de supports psychologiques pour accompagner le personnel sanitaire dans la gestion du stress lié au counseling et au dépistage ;

### ❖ **Aux responsables du département de la santé publique**

- Compléter cette étude par des recherches sur une éventuelle participation des partenaires aux conseils et dépistage volontaire pour dépister le maximum de femmes enceintes et permettre d'optimiser la prévention de la transmission mère enfant du VIH et réussir le suivi des femmes ;

Veiller à une plus grande sensibilisation des couches les plus vulnérables.

### ❖ **Au centre de santé de référence de la commune VI**

- Créer un local idéal de counseling au niveau de la maternité afin de garantir la confidentialité.

### ❖ **Aux agents de santé**

- Respecter les mesures d'hygiènes et de sécurités avant de prodiguer les soins

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## 9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **AUBRY P.** MEDECINE TROPICALE : le Sida tropical (infection par le VIH/ Sida et tropiques) ; Actualités 2008, consulté le 08- 01-08.
2. **BAGAYOGO A.** Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH dans le service de gynécologie - obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 72 cas. Thèse Médecine, Bamako: 2004 ; 81.
3. **PICHARD E. et al.** Malintropé Afrique : Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique ; infection par le VIH et le Sida. Masson, Paris, 2002, p589.
4. **ALZOUMA A.** Etudes comparatives des politiques des gestions des ARV dans cinq pays de l'Afrique de l'Ouest : Mali ; Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina-Faso et Niger. Thèse : Pharm. ; Bamako : 2002 ; 52.
5. **Ministère de la Santé, Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida (CCCSLS) :** Compétence en counseling, Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale en matière de VIH Sida : août 2006 ; 65-80.
6. **www.international.html**.Avis, suivre des recommandations « promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivants avec le VIH SIDA dans le pays du SUD» : consulté le 17/05/2005.
7. **DOUMBIA D.** Prévention de la Transmission Mère –Enfant du VIH de Janvier 2002 à décembre 2005 dans le service de Gynéco Obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse : Méd ; Bamako : 2008 ; 121 ; 3-95.
8. **DELANOË et al.** La lutte contre le Sida en Afrique les actions de la ville de Paris – 2006 : accès aux antirétroviraux pour les femmes enceintes et leurs familles (Cameroun).Paris info, Baume- les – Dames, novembre 2006 ; 38-48.  
Patiente infectée par le VIH (tests diagnostiques utilisés avec interprétation)
9. **GENTILINI M.** Médecine tropicale, Médecine-science .Flammarion Paris 1982,

- 10. Center for Diseases Control and Prevention:** Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for Aids among adolescents and adults .MM.WR, 1993, 41(RR-17)
- 11. OMS (Organisation mondiale de la Santé)** Surveillance mondiale du Sida, REI. Epidemiol, Hebd, November1999, 74 ; 401-4
- 12. Wikipedia.Org** Virus de l'immunodéficience humaine.(Site visité le jeudi 05/01/2012 à 12h30mmLe mali (site visité le 13/10/2011 à 16h00)
- 13. BALKISSA Garba K.** L'hépatite chez les donneurs de sang et chez les malades du SIDA à Bamako.Thèse : Pharma ; Bamako 2003 G.65
- 14. TRAORE Z.** Activités de prévention de la TME du VIH/Sida au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Med FMPOS Bamako, 2008, p.75
- 15. BRUN-VEZINET, DAMONDF F.** Variabilité des virus de l'immunodéficience humaine de type 1.
- 16. FOMO B.** Profil épidémiologique et clinique des infections et affections au cours du VIH/Sida dans le service de médecine interne et d'hémato-oncologie de l'hôpital national du point G. Thèse Med FMPOS Bamako, 2007 69.p
- 17. GENTILINI M., DUFLO JC.** Médecine tropicale 1986 ; 401-413
- 18. BRUCKER G. TUBIANAR** Prévention des risques professionnels et règles de désinfection. Don VIH Edition 2001.
- 19. Manuel sur le sida pédiatrique en Afrique.** Edité par le réseau africain pour les soins aux enfants affectés par le VIH/SIDA.
- 20. Rapport ONUSIDA 2007**Le point sur l'épidémie de sida 2007
- 21. Enquête démographique et de santé du Mali 4ième édition 2006 :** Chapitre 15 prévalences du VIH et facteurs associés édité par Pr F. Bougoudogo, Dr S. Traoré et Dr S. Mariko
- 22.<http://www.niaid.gov>HumanImmunodeficiencyVirus/Aquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS)**



**23. Manuel du formateur PTME**

**24. DNS, DPM, PNLs, CESAC/UNICEF :** Compétences en counseling en matière de VIH/SIDA axées sur la PTME au Mali ; Manuel de référence : premier Draft. Septembre 2003

**25. O'DONOVAN D. ARYISHIK, MILLIGAN P. and col.** Maternal plasma viral RNA levels determine market differences in mother-to-Child transmission rates of HIV-1 and HIV-2 in the Gambia. AIDS 2000

**26. CSCLS.OMS. Coopération française, fond Mondial.** Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA

**27. TRAORE L. D.** Dépistage volontaire de l'infection à VIH chez les gestantes en consultation prénatale au CSRéf de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine FMPOS 2007. 07-M-119.

**28. DABI F., LERAY V. and al.** Prevention mother to Child of HIV in Africa in the year 2000, ISSNO 269-9370 Aids 2000.

**29. TCHALA ABALO MEVENESSI :** Etude bibliographique sur l'infection à VIH au Mali, point sur les études réalisées de 1983 à février 2003- février 2004. Thèse Med FMPOS 2007 71.p

**30. ONUSIDA :** Transmission mère-enfant du VIH/SIDA questions et réponses 1999

**31. DESCLAUX A. et al.** Dépistage et conseils auprès des femmes enceintes. Sociétés d'Afrique et SIDA, Numéro 14-3-4 octobre 1996.

**32. Congrès de la société africaine de gynécologie-obstétrique Benin-Togo. Livre de conférence et de communication Janvier 2002.**

**33. OMS/Afrique (site visité le 28/02/2012)**

**34. ONUSIDA :** Conseil et dépistage en matière de VIH ; Département des politiques, des stratégies et de la recherche Novembre 1996

**35. SIDASCIENCES.inistr.fr (site visité 29/02/2012)**

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

**36. société canadienne de pédiatrie (scp) : paediatr Child Heath ; 13(3) :227-30** Numéro référence : ID08-02

**37. politiques et protocole de la transmission mère-enfant au Mali (2010)**

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

## **ANNEXES**

## 10. ANNEXES

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je me nomme DIAKITE ADAMA étudiant en fin de cycle à la FMOS (faculté de médecine et d'odontostomatologie).

Dans le cadre des travaux de ma thèse de doctorat, nous avons initié une étude intitulée <<ETUDE DE LA SEROPREVALENCE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES AU CSRéf DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO. >>

Nous vous invitons à prendre part à cette étude .Il est important que vous comprenez certains principes généraux qui s'appliquent à toutes celles qui prennent part à cette étude.

1 la participation à cette étude est totalement volontaire.

2 vous pouvez vous retirer de l'étude sans sanction.

3 la confidentialité et l'anonymat seront respectés.

4 votre participation à cette étude peut vous apporter des bénéfices personnels, mais aussi les résultats pouvant être générés seront bénéfiques pour d'autres.

Le VIH/SIDA est une infection dû à un virus (VIH) qui peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et pendant l'allaitement.

Pour cela, cette étude a été initiée avec pour objectif principal la détermination de la prévalence de l'infection à HIV chez les femmes enceintes fréquentant le CSRéf de la commune VI. Pour la réussite de l'étude, nous avons besoin de votre collaboration et consentement volontaire.

Signature DIAKITE ADAMA :

Signature gestante :

Signature témoin :

## Fiche d'enquête

Numéro d'identification : .....

**Q1 Age de la gestante :** ..... **Ans**

**Q2 Niveau d'instruction** .....

1 : primaire 2 : secondaire 3 : supérieure 4 : médersa

5 : non scolarisée

**Q3 Profession** .....

1 : fonctionnaire 2 : ménagère 3 : vendeuse 4 : commerçante

5 : Elève /Etudiante 6 : autre

**Q4 Nationalité** .....

1 : Malienne

2 : autre

**Q5 Statut matrimonial** .....

1 : célibataire

2 : mariée monogame

3 : mariée polygame

4 : divorcée

5 : veuve

**Q6 Résidence** .....

1 : commune VI

2 : autre

**Q7 Age de la grossesse** .....

1 : 1<sup>er</sup> trimestre

2 : 2 ieme trimestre

3 : 3 ieme trimestre

**Q8 Nombre de CPN effectuée.....**

- 1 : une CPN
- 2 : deux CPN
- 3 : trois CPN
- 4 : quatre CPN et plus

**Q9 A votre avis ce test de dépistage doit-il être volontaire.....**

- 1 : oui
- 2 : non
- 3 : ne sait pas

**Q10 Acceptez-vous de faire le test de dépistage.....**

- 1 : oui
- 2 : non

**Q11 Si oui pourquoi.....**

- 1 : connaître son statut sérologique
- 2 : éviter la transmission mère-enfant

**Q12 Si non pourquoi.....**

- 1 : nécessité d'obtenir l'avis du partenaire
- 2 : peur de la maladie
- 3 : peur de la stigmatisation
- 4 : autres

**Q13 Résultat du test.....**

- 1 : positif
- 2 : négatif
- 3 : indéterminé

## **FICHE SIGNALITIQUE**

Nom : **DIAKITE**

Prénom : **ADAMA**

**Titre de la thèse** : Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

**Année académique** : 2014-2015

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de dépôts** : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Secteurs d'intérêt** : Gynéco obstétrique, Santé Publique

**E-mail** : adamadiakite85@yahoo.fr

### **RESUME**

Il s'agissait d'une étude descriptive de type transversale qui a été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune VI durant la période de juillet à octobre 2014 dont l'objectif général était d'étudier la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI. L'étude a porté sur un échantillon représentatif de 405 femmes enceintes âgées de 15-45 ans obtenu après un sondage systématique. Le taux d'acceptation du test de dépistage VIH était de 98,5%. Les principales raisons évoquées pour ne pas accepter le dépistage VIH étaient entre autres :

- la nécessité d'obtenir l'avis du partenaire représentait (50%)
- la peur de la maladie (33,3%).

S'agissant de la séroprévalence, les femmes de la tranche d'âge de 35-45 ans étaient les plus touchées par l'infection VIH avec un taux de 7,7%. Parmi les professions, les commerçantes étaient les plus concernées par l'infection avec une prévalence spécifique de 7,1%. Par rapport au statut matrimonial, les femmes engagées

Etude de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

dans un régime polygamique venaient en tête avec une séroprévalence de 8,6%.

**Mots clés :** dépistage, femmes enceintes, séroprévalence, VIH,



## Card index signalitic

**Name:** DIAKITE **First Name:** ADAMA

**Title of the thesis:** seroprevalence of HIV infection in pregnant women in reference health center in the town of Bamako District VI.

**Academic year:** 2014-2015

**City of defense:** Bamako

Place of deposits: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry

**Areas of interest:** Obstetrics Gynecology, Public Health

**E-mail:** adamadiakite85@yahoo.fr

### ABSTRACT

This was a descriptive study of transversal type that was carried out in central referral health VI of the municipality during the period July to October 2014 with the overall objective was to investigate the prevalence of infection HIV among pregnant women at referral health center of the town VI. The study involved a representative sample of 405 pregnant women aged 15-45 years obtained after a systematic survey. The acceptance rate of HIV test was 98.5%. The main reasons given for not accepting HIV testing among others were:

- the need to obtain the partner's opinion represented (50%)
- fear of disease (33.3%).

Regarding the prevalence, women in the age group of 35-45 years were most affected by HIV infection with a rate of 7.7% .Among professions, traders were most affected by the infection with a specific prevalence of 7.1% .By relation to marital status, women engaged in a polygamous regime led the way with a seroprevalence of 8.6%.

Keywords: screening, pregnant women, HIV prevalence, HIV,

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

**JE LE JURE !!!**