

FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire : 2004 – 2005

N°.....

**EVALUATION DES FACTEURS DETERMINANT
L'UTILISATION DES SERVICES DE LA
PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-
ENFANT DU VIH/SIDA DANS LE DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

**Présentée et Soutenue publiquement le à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-
stomatologie.**

Par Mr GBEGNEDJI Kodjogan Y.

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(DIPLOME D'ETAT)

*ADMINISTRATION
ET PERSONNEL
ENSEIGNANT DE
LA FMPOS*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : MASSA SANOGO – MAÎTRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : GANGALY DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAÎTRE DE CONFERENCES
AGREGE
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES
FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA :	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL :	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE :	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA :	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE :	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY :	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE :	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE :	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE :	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO :	Médecine interne
Mr Aly GUINDO :	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE :	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE :	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE :	Orthopédie – Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA :	Urologie
Mr Amadou DOLO :	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO :	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE :	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP :	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO :	Anesthésie – Réanimation
Mr Gangaly DIALLO :	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW :	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE :	Gynéco-Obstétrique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE :	Gynéco-Obstétrique
Mr Mamadou TRAORE :	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA :	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSOKO :	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA :	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA :	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE :	Orthopédie - Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO :	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY :	Orthopédie - Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS :	Ophtalmologue
Mr Nouhoum ONGOÏBA :	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA :	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO :	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE :	Orthopédie - Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY :	Anesthésie - Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO :	O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO :	O.R.L.
Mr Sanoussi BAMANI :	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO :	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA :	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO :	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE :	Bactériologie - Virologie
Mr Siné BAYO :	Anatomie – Pathologie - Histoembryologie
Mr Yéya T. TOURE :	Biologie
Mr Amadou DIALLO :	Biologie
Mr Moussa HARAMA :	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO :	Parasitologie – Mycologie – Chef de D.E.R.

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE :	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA :	Immunologie
Mr Amadou TOURE :	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO :	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE :	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA :	Parasitologie
Mr Adama DIARRA :	Physiologie
Mr Mamadou KONE :	Physiologie
Mr Massa SANOGO :	Chimie Analytique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE :	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE :	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO :	Malacologie – Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA :	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAÏGA :	Bactériologie – Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA :	Parasitologie
Mr Amagana DOLO :	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE :	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY :	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA :	Parasitologie
Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY :	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE :	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA :	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE :	Psychiatrie – Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE:	Neurologie
Mr Issa TRAORE :	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA :	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE :	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO :	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie/ Hépatologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE :	Pédiatrie
Mr Bah KEITA :	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO :	Cardiologie
Mr Somita KEITA :	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE :	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE :	Radiologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE :	Médecine Interne
Mr Mamady KANE :	Radiologie
Mr Tatiana KEITA :	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO † :	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA :	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA :	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE :	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA :	Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE :	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO :	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO :	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY :	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO :	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE :	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE :	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA :	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Daouda MINTA	Maladies infectieuses
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO :	Neurologie
--------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE :	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

3. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA † :	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Eliman MARIKO	Pharmacologie – Chef de DER

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bénéoit KOUMARE	Chimie analytique
Mr Drissa DIALLO :	Matières Médicales
Mr Alou KEITA :	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA :	Toxicologie
Mr Yaya KANE :	Galénique

5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA :	Santé Publique – Chef de D.E.R.
-----------------------	--

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA :	Santé Publique
----------------------	----------------

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE :	Santé Publique
----------------------	----------------

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE :	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA :	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO :	Santé Publique
Mr Massambou SACKO :	Santé Publique
Mr Moussa A. DICKO	Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA :	Botanique
Mr Bouba DIARRA :	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO :	Physique

Mr Bocary Y. SACKO:	Biochimie
Mr Boubacar KANTE:	Galénique
Mr Souleymane GUINDO:	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA :	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA :	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA :	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE :	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY :	Psychologie Médicale
Mr Yaya COULIBALY :	Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA :	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE :	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD :	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS :	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP :	Biochimie

Dédicaces

Au divin bâtisseur de ma vie,

*Moi, un pauvre pécheur il m'a donné la vie, toute ta miséricorde par
Jésus mon sauveur qui est la raison de ma vie.*

*Ce travail est ton œuvre. Ton amour, tes conseils et tes
encouragements par ton esprit saint m'ont soutenu pas à pas.*

Reçois ici mon Dieu, toute ma révérence et ma reconnaissance.

Je dédie ce travail :

❖ **A toutes les mères** qui ont donné leur vie en voulant donner la vie et toutes celles qui se battent pour éviter la transmission du VIH à leur descendance.

❖ A la mémoire de **ma tante Beauty** et à travers elle tous ceux qui souffrent de faim, de maladie et d'oppression à travers le monde.

❖ **A mon père Robert Kossi GBEGNEDJI :**

Voici devant toi le fruit de tant d'année de sacrifice. Tu t'es toujours battu pour que je réussisse dans la vie et par la grâce de Dieu tu as devant toi un de tes rêves qui se réalise.

J'y suis arrivé après tant d'années de sacrifices et de souffrances.

Merci Papa de m'avoir soutenu jusqu'au bout.

Je pris Dieu pour qu'il veille sur toi et te couvre de bonté et de grâce.

Papa c'est le lieu de te dire que tu es formidable et je t'aime très fort.

❖ **A ma tendre et adorable Maman Odile Essi GBEGNEDJI :**

Ton amour inconditionnel et ton soutien permanent ont toujours été un grand secours. Ce travail est le fruit, le couronnement de toutes ces années de séparation et de patience.

Tes coups de fil reçus à des moments où j'en avais besoin, ont été pour moi d'un grand réconfort. Tu es l'exemple de douceur et d'amour incommensurable. Je pris Dieu de te donner toujours son amour et sa grâce.

Maman je t'aime très fort et c'est plus que de simples mots.

❖ **A mon grand-Frère et ami Olivier Cas GBEGNEDJI :**

Tu as été pour moi un exemple. Merci pour tes conseils. J'aurai tant aimé que tu sois là pour être témoin de ces instants qui couronnent toutes ces

années d'étude. Que Dieu accord sa grâce et son amour à toi et ta petite famille.

❖ **A ma petite sœur Atsoupi GBEGNEDJI :**

Toi ma complice depuis l'enfance, la séparation pendant ces sept dernières années a été aussi dure pour moi que pour toi. Mais saches que je ne peux t'oublier ni t'abandonner. J'aurai voulu t'avoir à mes côtés dans ces moments, mais je suis sûr que nous nous reverrons bientôt.

❖ **A ma petite sœur Dovi GBEGNEDJI :**

Tu es un amour, pendant tous ces temps loin de toi, tu as toujours été présent dans ma vie. Merci pour tout ce que tu as apporté dans ma vie. Que Dieu le tout puissant te protège et te couvre de sa gloire.

❖ **A toi mon petit Dotsè GBEGNEDJI :**

Le peu de temps passé ensemble était des moments de joie. C'est le lieu de te dire que je suis très fier de toi. Merci pour ton soutien moral.

REMERCIEMENTS

Je voudrais dire merci

- ❖ **A tous mes oncles et tantes**, en tant qu'enfant je vous ai souvent offensé, avec tout votre amour vous m'avez toujours pardonné et tout donné. Je vous promets de chercher la sagesse ; ces quelques pensées à :
 - Tonton Omer et tante Gladys vous étiez là au moment où j'avais besoin de votre soutien, tous les livres offerts, recevez mes sincères remerciements.
 - Tonton Daniel et tante Marcelline de la part du petit garçon qui vous a toujours considéré comme un modèle dans la vie.
 - Mes tontons : Fofu, Emmanuel, Bruno
 - Mes tantes : Emilie, Ami, Erika
- ❖ **A mes cousins et cousines** : Assion, Eric, Messan
- ❖ **Mention spéciale à M^{lle} Schola Carmelle ASSOGBA**, nous nous sommes connus comme de simples camarades de faculté et partageons les mêmes valeurs sociales et intellectuelles. Puis, de la simple camarade de faculté, tu étais devenue une amie ensuite une confidente. Au cours de ces dernières années nos relations ont abouti à des sentiments réciproques. Tu as fait preuve d'une grande affection à mon égard et d'un grand soutien tout au long de ce travail. En ce jour où il s'accomplit, je fais le vœu que mon avenir ne se passera pas sans toi.
- ❖ **A mes amis**, l'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Je vous porte dans mon cœur et vous y êtes ancrés par tant de choses partagées ensemble qu'en oubliant de vous citer, vous y serez plus que jamais ancrés.
 - Abdel Kader, plus qu'un ami tu es un frère dans ma vie
 - Edem, Romain et Yakou vous étiez une référence pour moi dans mon cursus

- Aharba, Aicha, Carole, Nadia, Lisette, Charles, Fatou, hamzatou, Epiphanie, Nadia, Hamsatou souvenir inoubliable.

❖ **A la communauté togolaise au Mali**

❖ **A l'UESTM** et tous les étudiants togolais au Mali

❖ **A mes camarades**, depuis la maternelle jusqu'aux années d'internat de la fac de médecine tant de choses apprises ensemble.

- A Angelo, Ayité, Kader, Délali, Diane, Oni, Ségbéaya, Patrick, Ismaël, Nelly, Charles, Bartoloméo, Adamou, Karim, Fofana.
- A toute la promotion 1998-99, Soude, Yaby, Alassane, Karim, Mike, Sandrine.
- A nos aînés, Annick, Joëlle, Yakou, Edem, Itiann, Florent, Julienne, Claude Roger, Michel, Kelly, Eric, Bemath.
- A nos cadets externes, Wilfried, Adjo, Max, Fati, Akouwa, Diane, Modest, Yasfir, Nadia, Marc, Angelo.
- A mes amis à Bamako, Roland, Charles, Madina.
- La cité OUA au point G

❖ **A tous mes maîtres**, depuis la maternelle jusqu'à la faculté de Bamako. Voici votre œuvre commune, gratitude infinie.

❖ **Aux officines** : de la MAIRIE à Lomé et MOHAMEDV, GRAND MARCHE, KENEYA à Bamako pour leur appui indéfectible à ma formation.

❖ **A toutes les familles qui m'ont accepté comme enfant**, merci pour ce bout de paradis sur terre que vous m'avez offert en m'accueillant chez vous. Mes pensées vont vers Fatou SALL et toute la famille SALL ; Ousmane et la famille DJARISSO, merci pour m'avoir considéré comme ton fils.

❖ **A tous ceux qui de loin, près ou de loin n'ont aidé dans mon travail,**
sincère gratitude

- Les sage-femmes des centres de PTME de Bamako en particulier Mme SANOGO, Mme COULIBALY et M^{lle} TRAORE.
- Les responsables des centres de PTME
- Le Mr PIERRE Robert de l'UNICEF Mali, Mme Sara BORE de la DRS, Dr CISSE du PNLS.
- A tous mes maîtres et collaborateurs de MRTC Bamako
- Siriki COULIBALY pour ton appui en analyses statistiques.
- A tous mes collaborateurs et aînés de la section GIS /RS : Dr Touré, Nafomon, Jansky, Sibiry, Boubacar, Danaya, Moussa. Merci de votre aide ce travail est fruit de votre collaboration.

❖ **Je rends hommages**

- **A mon pays le Togo** : Tu as dirigé mes premiers pas. Mon souhait est que tu sois toujours un havre de paix.
- **A ma terre d'accueil le Mali** : Tu es et resteras ma deuxième patrie, j'ai été émerveillé par ton hospitalité. Que Dieu bénisse le Mali.

Mes Hommages
aux
membres du jury

A notre Maître et président de jury

Professeur Amadou DIALLO

Professeur à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Professeur titulaire en Biologie

Grand fut notre honneur lorsque vous avez accepté la présidence de ce jury. Nous avons été toujours défiés et encouragés par votre lutte pour la cause des étudiants et de la profession pharmaceutique. Nous vous remercions de votre disponibilité. Vos critiques et suggestions ne feront qu'améliorer la qualité de ce travail.

Nous vous prions de trouver ici Cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect

A notre juge

Mr Pierre ROBERT

Administrateur VIH/SIDA UNICEF Bamako

Ancien Conseiller technique pour le VIH/SIDA auprès du International Rescue Committee à Kigali et au PNUD à Dakar

Ancien Agent de programme pour la Coalition interagence SIDA et développement à Ottawa

Ancien Agent de programme pour le Southern Africa AIDS Training à Harare

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté tout d'abord d'apporter votre appui dans la conception de ce travail et aujourd'hui de siéger à ce jury. Votre énorme expérience en santé publique fait de vous une personne incontournable dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre infinie gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur agrégé en gynéco-obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Nous avons découvert en vous un homme de grande droiture et plein d'humanisme. Votre calme et votre simplicité font de vous un homme au-delà du maître auquel nous aimerions ressembler.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profond attachement.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Seydou DOUMBIA

Médecin épidémiologiste

Titulaire d'un PhD en Epidémiologie

Assistant de santé Publique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef de l'Unité d'Epidémiologie et du système d'Information Géographique au Malaria research and training center, de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Permettez nous, cher maître de vous adresser ici nos remerciements. Vous avez toujours voulu que nous embrassions le domaine de la recherche scientifique. Aujourd'hui, nous pensons que vous avez eu raison de croire en notre volonté de réussir. En nous confiant ce travail c'est une marque de confiance que vous venez de placer en nous.

Vous côtoyant réellement, nous avons été émerveillés par votre humilité, votre disponibilité, votre sympathie et surtout votre détermination dans le travail.

Autant dire que vous avez sacrifié pour nous votre temps libre afin de nous transmettre vos connaissances. Bien plus qu'un Maître vous êtes pour nous comme grand frère soucieux de la réussite de ses cadets.

Recevez ici cher maître nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome

CDC: Center for disease control

ADN: Acide désoxyribonucléique

ARN: Acide ribonucléique

AZT: Zidovudine

CD4: Cluster of Differentiation 4

CESAC: Centre de Soins, d'Animation et de Conseil

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf : Centre de santé de référence.

CPN : Consultation Périnatale

CTV : Conseil - Test - Volontaire

DNS : Direction Nationale de la Santé

EDS-MIII :Troisième Enquête démographique de santé au Mali

IEC : Information éducation communication

Ig : Immunoglobuline

IMAARV : Initiative malienne des antirétroviraux

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IST : Infection sexuellement transmissible

MST : Maladie sexuellement transmissible.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernemental

ONUSIDA : Programme commun des nation unis sur le VIH/SIDA

PIB: Produit Intérieur Brute

PNLS : Programme Nationale de Lutte contre le Sida

PTME : Prévention de la transmission de la Mère à l'enfant du VIH/SIDA

PVVIH: Personne Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome Immunodéficience acquise

SMI : Santé maternelle et infantile

TME : Transmission de la mère à l'enfant

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

Sommaire

Chapitre premier : INTRODUCTION

1. Introduction.....Page 26
2. Les objectifs.....Page 28
3. Questions de recherche..... Page 28

Chapitre second : GENERALITE

1. Le VIH/SIDA.....Page 30
2. Biologie du VIH.....Page 32
3. Epidémiologie du VIH.....Page 33
4. Transmission verticale du VIH.....Page 40

Chapitre troisième : METHODOLOGIE

1. Cadre général d'étude : Mali.....Page 58
2. Sites d'étude.....Page 58
3. Description des activités de la PTME sur les sites
d'études.....Page 59
4. Type d'étude.....Page 62
5. Période d'étude.....Page 62
6. Population d'étude.....Page 62
7. Echantillonnage.....Page 63
8. Collectes des données.....Page 65
9. Informations recueillies sur les conditions de mise en
oeuvre de CDV.....Page 66
10. Techniques de collectes.....Page 66

Chapitre quatrième : **LES RESULTATS**

1. Résultats descriptifs	Page 69
1.1. Répartition de l'échantillon par site d'étude.....	Page 69
1.2. Etude CAP sur la connaissance des femmes en matière de VIH/SIDA lors de CPN.....	Page 70
1.3. Etude CAP des parturientes.....	Page 75
1.4. Evaluation passive du counseling.....	Page 81
1.5. Etude sur la satisfaction des femmes vis-à-vis du programme PTME.....	Page 83

Chapitre cinquième: **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

1. Connaissance et attitude vis-à-vis du VIH/SIDA.....	Page 89
2. Evaluation passive des counseling et satisfaction des consultées.....	Page 91
3. Connaissance de l'existence du programme PTME au Mali.....	Page 92

Chapitre sixième : **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Chapitre septième : **ANNEXES**

Introduction
et
Objectifs

1. Introduction

Au Mali, le taux de séroprévalence du VIH dans la population générale est relativement bas avec un taux global de 1,7 %, et variant de 1,3% chez les hommes et 2 % chez les femmes (EDS-III, 2001). Cependant ce taux est beaucoup plus élevé chez les femmes enceintes selon les données de la première année de la surveillance sentinelle menée par le PNLS et le CDC (PNLS/CDC 2003). En effet, cette étude estime la séroprévalence VIH entre 2,3% et 3,4% chez les femmes enceintes participant aux Consultations prénatales (CPN) dans le district de Bamako. Au Mali, la prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositives est mal connue. Toute fois on estime que 15-45% des enfants nés de mères séropositives seraient infectés par le VIH à travers la transmission mère-enfant (Newell ML, 2004). Parmi ceux ci, dans 15 à 20% des cas d'infection la transmission est faite à travers l'allaitement maternel. Environ 36% de ces enfants infectés meurent avant leur 12 premiers mois et 56% avant l'âge de 2 ans (Newell, 2004).

Des interventions plus efficaces ont permis de réduire considérablement la TME (FHI, 2001, Dabis F, 1999, Leroy V, 2003, Jackson JB 2003). Ces interventions qui portent sur l'accès au test de dépistage du VIH, le traitement anti-retroviral l'allaitement artificiel et la césarienne ont permis de réduire considérablement les risques péri partum et post-partum de la transmission mère-enfant (Thorn C, 2004). Cependant la mise en œuvre de ces interventions au niveau de la population constitue un grand défi pour les programmes de lutte contre le VIH. En effet des études dans 13 pays africains ont montré que ces programmes atteignent moins de 3% des femmes infectées par le VIH (Dabis F 2002).

Au Mali, depuis septembre 2001, une stratégie nationale de PTME a adopté et est basée sur le dépistage volontaire lors des CPN, l'utilisation des traitements de courtes durées (NVP, AZT) chez la mère et le nouveau-né, un choix éclairé d'option de l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive et le suivi de ces

enfants. Au total 6 sites pilotes sont fonctionnels depuis 2002 et de nouveaux sites sont en train d'être créés dans les différentes régions du pays. Un premier rapport après huit mois d'activité avait souligné de nombreuses insuffisances dans l'exercice de la PTME au Mali (PNLS, 2003). Parmi ces insuffisances on notait entre autre

- 1] un manque des personnels formés,
- 2] l'absence de directives claires par rapports à certaines actions essentielles comme le dépistage volontaire (CTV) ;
- 3] difficultés d'ordre organisationnel (surcharge de travail, attente longue)
- 4] l'absence d'une prise en charge adéquate des femmes ayant subi un test de dépistage volontaire (TDV). Ces difficultés se traduisent par un faible taux de suivi des femmes ayant subi le CTV.

En effet dans certains sites PTME par exemple, même si le taux d'acceptabilité du CTV était relativement élevé (50-77%), plus de la moitié des femmes ne revenaient pas récupérer le résultat de leur test. Aussi, moins de 40% des femmes révélées séropositives accouchent dans les centres dans lesquels elles ont effectué le CTV. Notre travail qui vient en appui à la politique nationale du Mali a pour but d'étudier les facteurs qui affectent l'utilisation des services PTME au Mali et de fournir des informations de base qui pourront contribuer à améliorer le programme de PTME nouvellement mis en place dans le pays.

2. LES OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Etudier les facteurs déterminants l'utilisation des services de la PTME dans le district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Etudier les connaissances et attitudes sur la transmission du VIH et la prévention de la TME chez les femmes enceintes et chez les femmes ayant accouchées récemment.
- Evaluer l'application des procédures du CTV dans les centres PTME de Bamako (IEC, Conseil avant le test, test de dépistage, résultat et conseil après le test)
- Effectuer un sondage auprès des femmes ayant accouchée récemment dans des maternités de Bamako sur leur connaissance et l'utilisation des services PTME de Bamako

3. Questions de recherche :

Quels sont les facteurs qui déterminent l'utilisation des services PTME ?

- Les femmes enceintes ont-elle une bonne connaissance du VIH/SIDA, des risques de la transmission mère - enfant et de l'existence d'un programme de PTME au Mali ?
- Quelles sont les insuffisances dans l'application des normes et procédures du conseil test volontaire dans les services PTME de Bamako (selon le standard ONUSIDA/PNLS - Mali).

Généralités

1. Le VIH/SIDA

1.1. Définition

Le SIDA par définition est un Syndrome Immunodéficience acquise chez l'homme dont l'agent responsable est un virus nommé VIH (HIV en langage international).

D'après la définition du dictionnaire **Hachette** :

- un syndrome est ensemble de signes, de symptômes qui appartiennent à une entité clinique, mais dont les causes peuvent être diverses.

-L'immunodéficience est une insuffisance fonctionnelle du système immunitaire.

-Le terme 'Acquise' signifie tout simplement que le SIDA n'est pas une maladie héréditaire mais due à un agent mis accidentellement au contact du malade.

1.2. Historique du VIH/SIDA

Les premiers cas de Sida ont été décrits aux Etats-Unis, au début des années 1980 au CHU de Californie à Los Angeles par l'équipe du docteur Michael Gottlieb. En cette période, on ne parlait pas encore de Sida (Syndrome d'Immunodéficience Acquise) pour décrire le syndrome d'immunodéficience inexplicable : il portait plusieurs noms, dont le " gay syndrome ", car il fut initialement identifié chez des homosexuels. Les défenses immunitaires des malades étaient considérablement amoindries. Divers agents pathogènes, bactéries, virus, parasites, normalement peu infectieux, profitèrent de cet état pour proliférer et provoquer des affections gravissimes et jusqu'alors rares (pneumonies à *Pneumocystis carinii*, ou un cancer appelé " sarcome de Kaposi ", par exemple).

En mai 1981 alors que les patients étaient décédés, le docteur décidait d'envoyer leur dossier médical au Center of Disease Control d'Atlanta qui diffusait la nouvelle dans tous les U.S.A. Cela permit de recenser 31 cas identiques à ceux du Dr Gottlieb en moins de 15 jours et touchant toujours la communauté

homosexuelle masculine. Déjà en juin 1981 Un cas avait été détecté en France à l'Hôpital Claude Bernard de Paris, chez un homosexuel. A la fin de l'année 1981 Les premières études montrent que cette affection jusque là inconnue, se transmettait par voie sexuelle et sanguine et qu'elle ne frappait pas que les homosexuels. Les américains décidaient d'appeler cette affection AIDS pour Acquired Immuno Deficiency Syndrome, que les Français traduisirent par SIDA pour Syndrome d'Immunodéficience Acquisée. En 1985, les premiers tests de dépistage sont mis sur le marché. Premiers essais thérapeutiques par l'AZT aux U.S.A. et une Conférence mondiale sur le SIDA avait été organisée à Atlanta (USA) avec près de 3.000 participants. Depuis de nombreuses découvertes ont été faites, mais tout l'environnement complexe du VIH n'est pas encore totalement élucidé.

2. BIOLOGIE DU VIH

2.1 Classification

Le virus de l'immunodéficience humaine appartient à la famille des rétrovirus. Ces virus sont répandus dans l'espèce animale (GIRARD P. M. et *al* 1998). La famille de rétrovirus recouvre toutes les particules virales possédant la transcriptase inverse. Elle se divise en trois grands groupes répartis selon les critères de pathogénie et des paramètres de phylogénétique :

- Les *oncovirus* à ARN : ils sont les plus répandus et entraînent des tumeurs et des leucémies ; HTLV-1 et HTLV-2
- Les lentivirus entraînent des maladies à évolution lente
- Les spumavirus identifiés chez de nombreux mammifères ne sont associés à aucune pathologie chez l'homme et l'animal.

2.1 Structure du virus de VIH

Comme un rétrovirus à ARN, le matériel génétique du virus est codé en ARN qui est rétrotranscrit en ADN grâce à une enzyme, la transcriptase inverse. Sa morphologie est également comparable à celle des autres rétrovirus. Les particules matures ont un diamètre de 90 à 120 nanomètres et bourgeonnent à la surface de la cellule infectée. La structure des VIH est similaire; seuls changent les poids moléculaires des protéines et enzymes constitutives de ce virus. Le génome des VIH, sous forme d'ADN, a une longueur d'environ 9200 nucléotides et est flanqué de chaque côté par des séquences répétitives qui, après retro-transcription, donneront les LTR ou long terminal repeat. Les LTR jouent un rôle essentiel dans l'intégration du virus et sa transcription.

Comme tous les rétrovirus, les VIH ont trois gènes de structure : gag, pol, et env, codant respectivement les protéines internes, les trois enzymes virales et les glycoprotéines d'enveloppe. Les VIH ont une organisation génomique complexe du fait de la présence des gènes supplémentaires, régulateurs de la réplication virale, qui s'expriment principalement lors de la multiplication du virus dans la cellule. On en compte six au minimum : tat, rev, nef, vif, vpr, et vpu. Leurs fonctions exactes ne sont pas toujours bien connues. L'homologie globale entre VIH-1 et VIH-2 est de l'ordre de 50%, assez forte au niveau des protéines internes et plus faible au niveau des glycoprotéines d'enveloppe (39%).

3. EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA

3.1. Dans le monde

Le SIDA est une crise d'une nature complexe : il est à la fois une urgence et un problème de développement à long terme. Malgré l'augmentation du financement, de l'engagement politique, et les progrès accomplis pour élargir l'accès au traitement du VIH, l'épidémie de SIDA a une évolution plus rapide que

la riposte mondiale. Aucune région du monde n'a été épargnée. L'épidémie reste très dynamique, et se développe en changeant de caractère au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles occasions de transmission.

En 2003, près de 5 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, le chiffre annuel le plus élevé depuis le début de l'épidémie. A l'échelle mondiale, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter – de 35 millions en 2001 à 38 millions en 2003. Cette même année, près de trois millions de personnes sont mortes du SIDA ; plus de 20 millions sont décédées depuis que les premiers cas ont été identifiés en 1981 (ONUSIDA, 2004).

La portée et l'impact de l'épidémie ne sont pas les mêmes dans toutes les régions ; certains pays sont plus touchés que d'autres et dans un même pays il y a généralement d'importants écarts du niveau d'infection entre provinces, états ou districts, par exemple.

L'épidémie en Asie s'étend rapidement. La brusque augmentation des infections à VIH en Chine, en Indonésie et au Vietnam en est une preuve patente. On estime que 7,4 millions de personnes vivent avec le VIH dans la région et que 1,1 millions de personnes ont été nouvellement infectées uniquement l'an dernier, soit davantage que les années précédentes. L'Asie abritant 60% de la population du globe, l'épidémie en hausse rapide qui s'y déroule des implications énormes pour le monde entier (ONUSIDA, 2004).

L'épidémie en Asie reste dans une large mesure concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, leurs clientèles et leurs partenaires sexuel(le)s immédiat(e)s. Dans ces populations, la couverture des programmes de prévention efficaces est inadéquate, en raison notamment de la stigmatisation et de la discrimination. Les pays asiatiques qui ont, à l'instar de la Thaïlande et du Cambodge, choisi de s'attaquer franchement aux comportements à

risque, comme le commerce du sexe par exemple, ont été beaucoup plus efficaces dans leur combat contre le VIH, comme le montre le recul des taux d'infection parmi les professionnel(le)s du sexe.

Pourtant, il n'y a pas lieu de pavoiser. On note peut-être une baisse du nombre de jeunes hommes thaïs qui fréquentent les maisons de passe, mais aussi une augmentation des relations occasionnelles. La surveillance comportementale montre entre 1996 et 2002 une nette augmentation du nombre d'élèves du secondaire sexuellement actifs, ainsi qu'un recours au préservatif qui se maintient à un niveau bas.

Si les autres pays d'Asie ne parviennent pas à cibler les populations les plus exposées au risque, l'épidémie touchera un nombre beaucoup plus grand de personnes dans la population générale.

C'est l'Inde qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH derrière l'Afrique du Sud avec près de 5,1 millions. Mais les connaissances sur le virus et sa transmission sont encore limitées et insuffisantes et il est à craindre que de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes infectent des femmes avec qui ils ont également des relations sexuelles.

L'Europe orientale et l'Asie centrale continuent à connaître des épidémies en expansion, alimentées par la consommation de drogues injectables. Environ 1,3 millions de personnes y vivent avec le VIH, par rapport à 160 000 environ en 1995. Il est frappant de constater que plus de 80% d'entre elles ont moins de 30 ans. L'Estonie, la Lettonie, la Fédération de Russie et l'Ukraine sont les pays les plus affectés mais le virus continue à se propager en Biélorussie, au Kazakhstan et en République de Moldavie.

Le principal moteur de l'épidémie dans toute la région est la consommation de drogues injectables. Mais dans certains pays, la transmission sexuelle est de plus en plus fréquente, en particulier parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires.

La Russie, qui compte plus de trois millions de consommateurs de drogues injectables, reste l'un des pays les plus gravement touchés de la région. La proportion de femmes parmi les nouveaux cas de VIH diagnostiqués y croît rapidement et atteignant une proportion d'une femme sur quatre en 2001 et une sur trois un an plus tard.

3.2. En Afrique

On estime que 25 millions de personnes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne. Les taux de prévalence du VIH semblent se stabiliser, mais cette impression est principalement due à une hausse des décès imputables au SIDA et à une augmentation continue des nouvelles infections. La prévalence continue d'augmenter dans certains pays comme Madagascar et le Swaziland et recule à l'échelle nationale en Ouganda.

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH. En 2003, on estime à trois millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au SIDA (soit 75% des trois millions de décès dus au SIDA cette année-là dans le monde).

Il n'existe pas d'épidémie 'africaine' ; la diversité des niveaux et tendances de l'infection à VIH est considérable sur ce continent. Dans six pays, la prévalence du VIH chez l'adulte est inférieure à 2%, alors que dans six autres, elle dépasse 20%. Les sept pays d'Afrique australe connaissent tous des taux de prévalence supérieurs à 17%, le Botswana et le Swaziland atteignant une prévalence dépassant 35%. En Afrique de l'Ouest, la prévalence du VIH est beaucoup plus faible : aucun pays ne connaît une prévalence supérieure à 10% et la plupart d'entre eux se situent entre un et cinq pour cent. La prévalence dans les pays d'Afrique centrale et orientale se situe entre ces deux groupes, de 4% à 13%.

Les femmes africaines sont plus exposées au risque et l'infection survient chez elles à un âge plus jeune que chez les hommes. Aujourd'hui on compte en

moyenne 13 femmes infectées pour 10 hommes par rapport à 12 femmes pour 10 hommes en 2002. La différence est encore plus marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Une étude a comparé le ratio des jeunes femmes vivant avec le VIH aux jeunes hommes vivant avec le VIH. Il s'établit entre 20 femmes pour 10 hommes en Afrique du Sud et 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali.

En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 480 000 personnes environ vivent avec le VIH, mais la surveillance systématique de l'épidémie n'est pas satisfaisante, en particulier dans les groupes à haut risque tels que les consommateurs de drogues injectables. Pourtant, dans une bonne partie de la région, l'infection à VIH semble concentrée dans cette population. On craint aussi que le virus ne se propage sans être détecté chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, car les rapports sexuels entre hommes sont illégaux et largement condamnés dans de nombreux endroits.

3.2.1. Au Mali

Selon l'analyse de la situation présentée dans le Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA 2001-2005, Bamako est une zone ayant une forte convergence des déterminants de risque du VIH et des groupes vulnérables. Selon l'analyse de la situation présentée dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005, Bamako est la destination pour 43% des migrations internes (taux nationale = 10%).

Le Mali se situe dans une phase d'expansion rapide surtout dans les quartiers périurbains où la majorité de la population vit dans des conditions de promiscuité et de précarité socio-économique. Ceci constitue les facteurs favorisant les rapports sexuels occasionnels non protégés et la propagation des IST/VIH.

Les populations particulièrement vulnérables en milieu urbain sont : Les chauffeurs routiers, les coxeurs, les vendeuses ambulantes, les jeunes, les femmes en âge de procréer, les aides ménagères.

Selon l'étude intégrée sur la prévalence des IST et comportements sexuels dans des "lieux à haut risque" du Mali (CDC Atlanta, PNLS et INRSP, 2001) les données pour Bamako indiquent que la prévalence du VIH et des IST parmi certains groupes vulnérables est nettement plus élevée que celle parmi la population générale (2,2%).

Couches sociales	VIH+	IST
Les chauffeurs routiers et les apprentis	6,3%	3,7%
Les coxeurs	7%	8,8%
Les femmes libres	23,4%	4,5%
Les vendeuses ambulantes	13,9%	10%
Les aides ménagères	0,8%	4,6%

Selon la même étude, les rapports sexuels non protégés parmi les groupes à haut risque sont :

Dernier rapport avec :

	Partenaires occasionnels	Copain/Copine
Chauffeurs	29,6%	70,4%
Coxeurs	5,3%	72,6%
Vendeuses ambulantes	87,5%	78,8%
Aides ménagères	100%	78,6%

3.3. Mode de transmission

Trois principaux modes de transmission sont connus :

3.3.1. La transmission par voie sexuelle

Chez les homosexuels et les bisexuels masculins, les études s'accordent sur le fait que les rapports ano-génitaux (sodomie) représentent le risque le plus élevé de contamination. Les pratiques réceptives ont un risque plus élevé que les pratiques insertives, du fait des effractions de la muqueuse anale qu'elles provoquent. Le risque lors d'un rapport anal réceptif avec un partenaire contaminé est compris entre 0,5 et 3% (Gruttola V. 1989).

Chez les hommes et les femmes hétérosexuels, le risque est extrêmement faible au court d'un seul rapport vaginal comparé aux autres MST (moins de 1%) mais dépend du caractère insertif ou réceptif du sexe du partenaire (P. M. Girard 1996). Le risque de contamination est plus élevé au stade avancé de la maladie et pour une charge virale élevée (P. M. Girard, 1996).

3.3.2. La transmission par voie sanguine

Elle concerne trois grands groupes de populations : Les usagers des drogues par voies intraveineuses, les hémophiles et les transfusés. Plus rarement les contaminations professionnelles en milieu de soins et (ou) au laboratoire. Chez les usagers de la drogue le risque de contamination après le partage d'une seringue souillée est de 67% (P. M. Girard, 1996).

Chez les hémophiles, la contamination était liée à l'utilisation du facteur de coagulation, produits extraits de milliers de don de sang dans les années 1980 au cours desquelles ils n'étaient pas dépistés. Les techniques d'inactivation virales et le dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH applicable à ces produits depuis fin 1985 ont considérablement diminué le risque de contamination (P. M. Girard, 1996).

3.3.3. La transmission verticale (mère-enfant)

Elle sera l'objet de notre étude.

3.3.4. Autres modes de transmission

En dehors du sang, sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques : la salive, les larmes, les urines, le liquide céphalorachidien et le liquide broncho-alvéolaire. Mais la présence du virus n'explique pas automatiquement sa transmissibilité, en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus.

4. TRANSMISSION VERTICALE DU VIH : de la mère à l'enfant

4.1. Introduction :

La transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant demeure un problème de santé publique majeur au plan mondial, en particulier dans les pays en développement, où vivent plus de 95 % des personnes porteuses du VIH/SIDA (Fowler MG, et *al* février 2000). La transmission hétérosexuelle est le mode le plus courant de propagation du virus dans les pays en développement, avec pour corollaire un nombre très important de femmes en âge de procréer dans ces régions du monde. Ces femmes séropositives transmettront probablement l'infection à leurs enfants, contribuant ainsi à la propagation de l'épidémie de l'infection à VIH pédiatrique. En fait, l'on estime qu'il naît chaque année environ 600.000 enfants séropositifs donc au moins 1600 par jour dans les pays en développement (De Cock KM et *al* , 2000).

La transmission de la mère à son enfant se produit pendant la grossesse (in utero), pendant le travail et l'accouchement (intra-partum) et au cours de l'allaitement maternel (postnatale). Chez les femmes qui ne pratiquent pas l'allaitement maternel, l'on estime qu'environ 65 % des infections périnatales adviennent en fin de grossesse, pendant le travail et l'accouchement (Ehrnst A.

Juillet 1991). A Kinshasa, au Zaïre, on estime à 23 % la transmission de la mère à son enfant qui survient in utero, 65 % la transmission intra-partum et post-partum précoce et 12 % la transmission postnatale au cours de l'allaitement maternel (Bertolli J. octobre 1996).

4.2. Epidémiologie de la transmission mère enfant

La probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant est fonction du site où cette transmission se produit. Trois points sont possibles : dans l'utérus pendant la gestation (intra-utérine), pendant l'accouchement (vaginal ou par césarienne) et pendant l'allaitement (maternel exclusif ou alimentation mixte).

Notez que l'option d'allaitement maternel exclusif est assortie d'une probabilité de transmission nulle car, dans une étude récente menée en Afrique du Sud, les enfants nourris exclusivement au sein pendant trois mois ou plus ne présentaient pas plus de risque d'infection par le VIH à 6 mois que ceux qui n'avaient jamais été allaités (Coutsoudis *et al*, 2001). Ces valeurs par défaut peuvent être modifiées si de nouvelles informations se présentent.

4.3. Mode de transmission du VIH par voie materno-foetal

Beaucoup d'arguments convergent en faveur d'une transmission tardive en fin de la grossesse, voire à l'accouchement. La transmission se fera pendant le dernier trimestre de la grossesse où le 1/3 des enfants sont infectés et le jour de l'accouchement pour les 2/3 des cas. Le moment de la transmission est influencé par certains paramètres. En effet une mère à un stade avancé de la maladie a un risque plus élevé de transmission in utéro. En période post-natale, c'est par l'allaitement que l'enfant risque de s'infecter. Ceci s'explique par la présence du virus dans le lait maternel. Ce risque est plus élevé au début de l'allaitement car le colostrum contient un taux élevé en virus de VIH. En plus le taux de contamination materno-foetale du VIH-1 est de 18 à 25% quelque soit le mode de contamination en absence de tout traitement. En ce qui concerne le VIH-2 ce

risque est de 1%. Cette transmission est aussi influencée par les manifestations cliniques (SIDA) ou le taux de CD₄ bas (<200/mm³) au moment de la grossesse (Connor E *et al* 1994).

4.4. Les facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La prévention de la transmission du VIH passe souvent par la connaissance des facteurs de risque de l'infection. Parmi les nombreux facteurs nous avons énuméré les plus importants

- Charge virale (niveau de VIH-ARN)
- Charge virale des voies génitales
- Le nombre de lymphocytes CD₄
- Stade clinique du VIH
- Rapports sexuels non-protégés avec des partenaires multiples
- Tabagisme
- Usage de drogues
- Carence en vitamine A
- MST et autres co-infections
- Agents antirétroviraux
- Accouchement prématuré
- Rupture placentaire
- Durée de la rupture des membranes
- Accouchement par voie basse versus césarienne
- Allaitement

4.5. Interventions pour réduire la transmission de la mère à l'enfant.

Les pays ne disposaient que de deux stratégies principales pour limiter le nombre d'enfants infectés :

- La prévention primaire consistant à essayer de prévenir l'infection chez la femme en âge de procréer
- La disponibilité des services de planification familiale voire interruption de grossesse dans les pays où cette dernière est légale pour éviter aux femmes les grossesses non désirées.

Ces deux options restent les stratégies principales de réduction des infections par le VIH chez les jeunes enfants et constituent les activités essentielles des campagnes nationales. Aujourd'hui il y a une troisième option pour les femmes séropositives et qui désirent avoir un enfant. Elle consiste en un traitement antirétroviral pour la mère (et parfois l'enfant) et une alimentation de remplacement pour l'enfant.

A des fins de prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et pour réduire le nombre de grossesses non désirées chez les femmes séropositives, le dépistage et le conseil doivent être proposés aux femmes dans des centres autonomes ou en même temps que d'autres services (par exemple la planification familiale). En outre, lorsque l'infection à VIH est très répandue, il convient de proposer systématiquement le dépistage et le conseil dans les centres de soins prénatals au titre des prestations normales. Dans ces conditions, les services de dépistage et de conseil sont conformes aux meilleures pratiques s'ils prévoient au minimum.

Une séance d'information de groupe avant le test, suivie d'une proposition de dépistage au titre de la procédure normale. Selon la méthode dite de l'acceptation (« opt in »), les femmes doivent exiger un test. Selon la méthode dite du refus (« opt out »), elles peuvent refuser le test si elles ne souhaitent pas qu'il soit pratiqué. Ces deux méthodes sont acceptables si les femmes sont

individuellement informées qu'elles ont le droit de refuser le test et que la possibilité leur en est effectivement donnée.

4.6. CONSEILS, DEPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)

4.6.1. Définition.

Le Conseil, dépistage volontaire du VIH est un test sérologique offert aux clients volontaires dans un environnement confidentiel, avec un service de counseling de qualité dispensé avant et après le test. Le conseil et le dépistage volontaire du VIH s'effectuent dans un centre qui s'appelle Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire (CCDV).

4.6.2. Service de dépistage volontaire : Nouvelle approche

A mesure que s'élargira l'accès aux traitements et aux soins, il faudra dépasser le modèle unique et rigide de services de dépistage et de conseil pour faire en sorte que ces services soient disponibles:

- Pour tous ceux qui souhaitent connaître leur statut VIH
- Chaque fois qu'ils seront médicalement indiqués dans le cadre des soins cliniques
- En tant que services de prévention de l'infection de VIH chez la mère et l'enfant.

Même si le dépistage du VIH peut devenir une pratique courante dans n'importe laquelle de ces circonstances, il doit s'effectuer conformément aux principes directeurs.

4.6.3. Principes directeurs pour le développement des services de dépistage et de conseil VIH

4.6.3.1. Le but du counseling pendant la grossesse.

C'est le lieu d'éduquer et de conseiller à propos du VIH et de la grossesse avant la grossesse. Le conseiller doit faire ressortir l'impact du VIH

sur la grossesse et / ou l'inverse. Santé maternelle et infantile doivent-êre abordée au cours du counseling. Sans oublier les principaux modes de transmission du virus surtout la transmission périnatale. C'est le lieu aussi de parler des opportunités d'accès aux traitements d'antiretroviraux et autres médicaments lors de la grossesse.

4.6.3.2. Le dépistage doit être librement consenti

Le dépistage obligatoire n'est ni utile à la réalisation des objectifs de santé publique, ni conforme à l'éthique, car il prive les individus de leur libre arbitre et viole les principes tels que l'intimité de la vie privée ainsi que les règles déontologiques de consentement éclairé et de confidentialité.

Même si le processus d'obtention du consentement éclairé varie d'un endroit à l'autre, il faut en tout cas donner suffisamment d'informations aux personnes à qui le test est proposé et les aider à bien comprendre tout ce qu'il implique. Les trois éléments cruciaux garantissant que l'intéressé consent en toute connaissance de cause au dépistage du VIH sont les suivants:

- L'informer avant le test sur le but du dépistage ainsi que sur le traitement et le soutien qui lui sera offerts une fois le résultat connu.
- S'assurer qu'il comprend bien
- Respecter son autonomie.

C'est seulement lorsque ces éléments sont réunis que les individus peuvent décider en toute connaissance de cause si oui ou non ils vont faire le test, compte tenu de leur situation et de leurs valeurs. Une fois que cela est acquis, le processus même d'obtention du consentement éclairé peut être adapté aux circonstances dans lesquelles les services élargis de test et de conseil seront mis en œuvre.

4.6.3.3. Il faut désormais généraliser le test et le conseil VIH

Le conseil, test de VIH doivent être proposé chaque fois qu'il peut être synonyme de meilleure santé et de bien-être pour l'individu. L'objectif est que le plus grand nombre possible de personnes bénéficient des méthodes de préventions, de soins et de traitement de plus en plus performantes et exercent leur droit à recevoir des soins de la meilleure qualité possible.

4.6.3.4. Le soutien des services après le test est crucial

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

4.6.3.5. La confidentialité doit être respectée

Tous les dossiers médicaux, qu'ils contiennent ou non des renseignements relatifs au VIH, doivent être tenus conformément aux règles de confidentialité qui s'appliquent. Seuls les professionnels de la santé qui interviennent directement dans la prise en charge des patients ou des clients doivent avoir accès à ces dossiers, et uniquement en cas d'absolue nécessité.

Ces principes sont cruciaux chaque fois qu'il s'agit de dépister le VIH, mais les moyens choisis pour les appliquer varieront en fonction du contexte dans lequel les services de test et de conseil seront assurés.

4.7. Les conseils dépistage volontaires en PTME au Mali.

C'est au cours des consultations prénatales qu'ils sont effectués. En effet les femmes participant au CPN reçoivent des conseils de la part du personnel

médico-social. Ces conseils débutent souvent par des séances de causerie et débat. Puis un conseil individuel est prodigué à chaque femme à l'issue duquel elle devrait librement choisir de se faire dépister (counseling pré-test). 24 heures après le test, les résultats sont disponibles et sont communiqués à la femme enceinte après un conseil (post-test) (PNLS, 2003).

Les conseils dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant suivent des normes élaborées par le PNLS. Ce sont des règles qui sont toujours réadaptées aux réalités du pays.

La politique actuelle dans la PTME est le développement du suivi de la mère et de l'enfant. C'est ainsi qu'un projet est en train de voir le jour à Bamako dans le cadre d'un suivi des enfants nés de mères séropositives. Certaines ONG apportent l'appui nutritionnel à ces enfants.

Malheureusement force est de constater que beaucoup d'efforts sont entrepris dans le programme de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour réduire le risque de la transmission du virus au nouveau-né. Mais très peu d'efforts sont consacrés à l'infection de la mère.

4.8. Algorithme du test de dépistage en PTME

L'OMS recommande dans le diagnostic du VIH deux sortes de test : les tests immuno-enzymatiques, tests rapides et la PCR. Pour la PTME il recommande de pratiquer deux ou trois tests rapides suite aux nombreux avantages qu'ils ont. Il recommande une stratégie à trois étapes.

Les tests rapides sont utiles là où il n'est pas possible ni facile de pratiquer des tests immunologiques et dans les régions où les infrastructures de laboratoire laissent à désirer.

Au Mali le PNLS a choisi trois réactifs de tests rapides dans le dépistage : les Détermine, Oraquick et Hemastrip. Le PNLS les a adoptés pour :

- Leur niveau satisfaisant de sensibilité et de spécificités testées ailleurs (littérature scientifique)

- Leur facilité de conservation des kits (pas de nécessité de réfrigération)
- Leur facilité dans la performance du test (tampon unique, pas de lavage nécessaire, etc.)
- Leur possibilité d'utiliser le sang complet capillaire (piqûre au bout du doigt)
- Leur prix abordable
- La rapidité du test
- L'accessibilité sur le marché

Dans un souci de contrôle de qualité, le Mali fait appel à l'INRSP.

En effet pour chaque 10^{ème} client, les centres de CDV devront alors prélever du sang sur du papier filtre qu'il faudra acheminer à l'INRSP pour analyse en utilisant l'algorithme en vigueur à l'Institut. En même temps que l'envoi des échantillons, le centre enverra aussi sur papier les résultats obtenus chez eux pour permettre à l'INRSP de faire une comparaison entre les résultats obtenus.

A la fin de chaque trimestre, l'INRSP fournira un feed-back à chaque centre en précisant le taux de concordance et le taux de discordance entre les résultats.

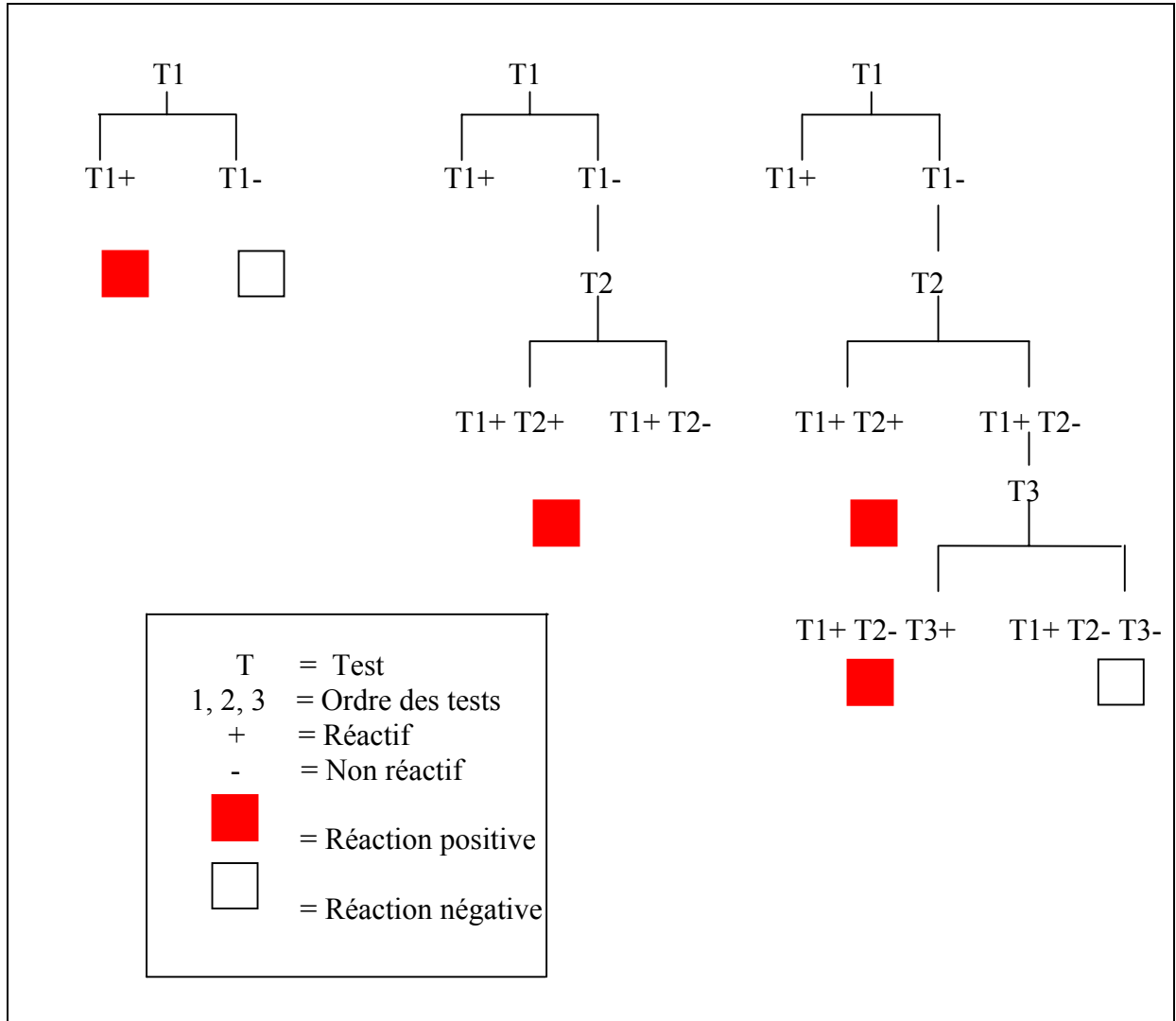


Fig1 : SCHEMA DE L'ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH EN PTME

4.9. L'organisation des soins prénataux et périnataux

La principale mesure d'intervention de santé publique contre la transmission de la mère à l'enfant reste la prévention primaire des infections chez la femme en âge de procréer. Jusqu'à une époque récente, il n'existait aucun moyen de prévenir la transmission de la mère à l'enfant en cours de grossesse et de travail ou d'accouchement chez la femme VIH-positif souhaitant avoir un enfant. La situation a changé maintenant que l'on a pu étudier et apprécier les mérites de diverses méthodes de prévention. Jusqu'en 1998 une seule forme de traitement par médicament avait fait la preuve de son efficacité dans la réduction du risque de la transmission de la mère à l'enfant. Une étude connue sous le code ACTG 076 a démontré que la ZIDOVUDINE (ZVD ou AZT) administrée par voie orale à partir du 4^e mois de grossesse ou par intraveineuse pendant le travail diminue considérablement le risque de transmission à l'enfant. Des expériences menées en Thaïlande, qui se sont achevées en février 1998 ont révélé qu'un bref traitement par le ZDV au cours des quatre dernières semaines de la grossesse et pendant le travail divise par deux le risque de la transmission verticale à la naissance.

4.9.1. Autres interventions au stade de la grossesse, du travail et de l'accouchement.

- Apport complémentaire de vitamine

Certains chercheurs pensent que la carence en vitamine A augmente le risque de la transmission mère-enfant. Des expériences en Afrique du sud, au Malawi, en Tanzanie et au Zimbabwe consistent à déterminer si le fait de fournir un complément en vitamine aux femmes enceintes contribue à réduire le risque dans la transmission du virus à l'enfant.

- Aseptisation de la filière d'expulsion pendant le travail et l'accouchement

Le risque de la transmission mère-enfant pendant l'accouchement est relativement élevé du fait de la présence du virus dans le sang et dans les mucosités de la filière d'expulsion. En conséquence, divers systèmes de douches vaginales avant et pendant l'accouchement sont à l'étude dans plusieurs pays en développement. Au Malawi, des expériences basées sur la douche vaginale à la CHLORHEXIDINE n'ont entraîné aucune variation globale des taux d'incidence de la transmission tout en produisant un abaissement très sensible de ces taux en cas de rupture de membrane pendant plus de quatre heures, de même qu'un abaissement de la mortalité et de la morbidité infantile.

- Accouchement par césarienne

Comme la douche vaginale, il réduit l'exposition de l'enfant au sang de la mère pendant l'accouchement.

- Immunisation

Des études sont menées actuellement en Haïti et en Ouganda portant sur l'immunisation passive des femmes et des enfants (injection d'anticorps neutralisants dirigés spécifiquement contre le VIH).

4.10. Option allaitement

L'ONUSIDA recommande de choisir une option en matière de nutrition du bébé né d'une femme VIH positif avant l'accouchement. Il existe un réel risque de contamination par le lait maternel (Nduati R., 2000). Les données les plus récentes, bien que limitées semblent associer l'allaitement maternel exclusif à un risque de transmission plus faible que l'allaitement mixte (Coutsoudis A., 1999).

Des tests effectués sur le lait maternel ont permis à l'OMS de faire un certain nombre de recommandations (Laurent Bélec., 1997)

- La charge virale est plus élevée dans le lait colostrale

Des observations isolées d'enfants contaminés au début de la période d'allaitement maternel ou encore d'enfants contaminés lors de la phase d'invasion de leurs mères après une durée d'allaitement relativement brève ont été rapportées. La charge virale du lait maternel en VIH semble importante dans le lait colostrale (première semaine d'allaitement), riche en cellules lymphoïdes potentiellement infectées. Mais le risque reste présent les six premiers mois de vie de l'enfant.

- La transmission postnatale précoce élevée

Le suivi longitudinal de 49 enfants nés de mères infectées par le VIH-1 de sous-type A vivant à Bangui, en République centrafricaine nous a permis d'estimer le taux de transmission globale du VIH-1 de la mère à l'enfant, quel que soit le mode de contamination, entre 45 % et 55 %, le taux de transmission périnatale à environ 28 %, le taux de transmission postnatale précoce à environ 27 %. Ces valeurs concordent avec les chiffres rapportés dans la littérature.

Le taux particulièrement élevé de transmission postnatale précoce (27%) est un résultat inattendu. Il indique que la transmission postnatale précoce (< 6 mois) est un moyen efficace de transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant. Le taux de transmission postnatale précoce de la cohorte de Bangui correspond à près de deux fois et demi celui du taux de transmission postnatale tardive (12%) estimé par Ekpini et collaborateurs à Abidjan (Ekpini, 1995). Le risque d'infection postnatale précoce pourrait ainsi être supérieur au risque d'infection postnatale tardive. Cette hypothèse devra être confirmée par d'autres études; sa confirmation pourrait être déterminante pour orienter les choix de santé publique visant à réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par le lait.

Les observations suggèrent que le lait précoce est un fluide corporel dont l'infectivité est élevée (Laurent Bélec, 1997). Cette possibilité est étayée par certaines observations biologiques. Ainsi, le colostrum est très riche en

cellules mononucléées. Ce lait est donc vraisemblablement très riche en VIH proviral, ce qui le rend potentiellement très infectant. Ruff et collaborateurs ont constaté que la quantité d'ADN proviral de VIH-1 détecté par PCR dans le lait maternel diminuait progressivement au cours de la lactation (Journal AIDS 1994; 7: 68-73). Ainsi, alors que 70 % des 47 femmes suivies avaient une PCR du VIH-1 positive dans leur lait avant 3 mois, la moitié d'entre elles avaient une PCR positive dans leur lait après 6 mois, et seulement un tiers après 9 mois. De même, l'antigène p24 n'était plus détectable dans le lait des mères 4 jours après la délivrance. L'hypothèse que le colostrum est un liquide corporel responsable de transmission postnatale très précoce ou précoce du VIH-1 pourrait être confirmée par la détermination de l'origine de variants qui infectent l'enfant, en comparant sur le plan génétique les variants du sang de l'enfant et ceux du lait maternel, à différentes dates de lactation.

Une autre possibilité pouvant expliquer le taux élevé de transmission postnatale précoce par le lait maternel est que les variants viraux de sous-type A pourraient être particulièrement efficaces pour le passage transmuqueux, à travers les muqueuses orales, oesophagiennes, gastriques, voire intestinales de l'enfant. Un tropisme pour les muqueuses génitales, et plus particulièrement pour les cellules de Langerhans intra-épithéliales, a en effet été récemment montré pour les variants de sous-types A et E.

Il est, enfin, important de souligner que, dans notre cohorte, la moitié des enfants n'étaient pas infectés à l'âge de 6 mois. Comme l'allaitement au sein dure de 12 à 18 mois en République centrafricaine, ces enfants non infectés sont à risque élevé de transmission post-natale tardive.

Signalons que toutes les études sur la TME par le lait sont un peu difficiles à réaliser en Afrique vu la différence des pratiques d'allaitement et d'hygiène. Et les tests par les méthodes immuno-enzymatiques, ELISA ou Western Blot ne sont pas praticables avant 12 à 15 mois seul la PCR est utilisé.

4.11. Prise en charge de l'enfant

La prise en charge du nouveau-né débute à la maternité. Outre la thérapie dont il bénéficie, il va être l'objet de divers examens qui ont pour but de diagnostiquer ou de pronostiquer sur le statut VIH du nouveau-né.

4.11.1. Dépistage du VIH chez le nouveau-né

Les nouveau-nés de mères VIH positives possèdent des anticorps IgG transmis passivement et qui peuvent persister au-delà de 15 mois. La recherche d'IgM n'est pas fiable. Un diagnostic précoce de certitude repose ainsi sur la mise en évidence du virus au moyen de techniques de diagnostic direct chez le nouveau-né et se fait par culture virale sur lymphocytes ou mise en évidence de l'ADN viral par PCR. De 35 à 50 % à la naissance, la sensibilité de ces tests atteint 75 à 90 % à 1 mois et près de 100 % à 3 mois. La pratique de ces tests est justifiée en période néonatale malgré leur sensibilité médiocre car le potentiel évolutif et le risque d'encéphalopathie d'un enfant dont la culture/PCR-ADN VIH est positive dès la naissance est plus élevé que celui dont l'isolement viral ne sera possible qu'après quelques semaines de vie. Ceci est encore plus net lorsqu'une antigénémie p24 peut être détectée dès la naissance. En revanche, chez l'enfant plus grand, le diagnostic sera indirect comme chez l'adulte, et mettra en évidence les anticorps sériques dirigés contre les divers constituants du VIH par méthode Elisa ou Western Blot.

Les méthodes de diagnostic du nouveau-né sont résumées dans le tableau suivant :

Naissance	Contrôle sérologie Elisa et Western Blot Culture virale et/ou PCR-ADN VIH Antigénémie p24
1 mois	Culture virale et/ou PCR-ADN VIH
3 mois	Culture virale et/ou PCR-ADN VIH
12/18 mois	Sérologie VIH Elisa

4.11.2. Thérapie antiretrovirale chez le nouveau-né

Au niveau des antiretroviraux, six analogues nucléosidiques sont disponibles chez l'enfant : l'AZT (zidovudine), la ddi (didanosine), le 3TC (lamivudine), la ddc (zalcitabine), la d4t (stavudine) et l'Abacavir (Ziagen*). Néanmoins leur forme galénique n'est pas toujours adaptée à l'enfant. La pharmacocinétique et la tolérance des analogues nucléosidiques semblent peu différentes chez l'enfant et chez l'adulte mais seuls l'AZT et le 3TC ont fait l'objet d'études détaillées de pharmacocinétiques chez le nouveau-né et le nourrisson. Des analogues non nucléosidiques peuvent aussi être employés (Névirapine, Efavirenz ...). Les antiprotéases (Indinavir et Ritonavir, Nelfinavir surtout et Amprénavir) ont aussi fait leur apparition dans la pharmacopée pédiatrique avec les mêmes limites que chez l'adulte (J. Dormont, Paris 1996).

L'efficacité de ces différents types de molécules est identique à ce qui est observé chez l'adulte : réduction de la réplication virale, élévation du taux de CD4 et émergence de souches virales résistantes après administration d'une mono ou bithérapie d'analogues nucléosidiques. Les résultats obtenus avec les trithérapies chez l'enfant (2 analogues nucléosidiques et 1 antiprotéase) montrent un effet transitoire chez 30 % des enfants ; une résistance complète au traitement dans 30 % des cas et un effet transitoire chez 30% (>1an) mais le recul est encore faible (<2 ans). Ces enfants doivent bénéficier d'un suivi très étroit, clinique, biologique et psychologique car

l'observance est fondamentale pour éviter l'émergence rapide de souches résistantes mais l'adhérence difficile en raison des effets secondaires et des contraintes liées à la prise des médicaments (J. Dormont, 1996).

4.12. Prise en charge de la mère après l'accouchement

Très souvent, beaucoup de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant se penchent plus sur la santé de l'enfant. Des efforts sont faits pour combler ce déficit. Au Mali le CESAC (centre de soins, d'animation et de conseils) pour les personnes vivant avec le VIH/Sida de Bamako a été créé en septembre 1996 dans le but d'assurer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cette ONG permet une prise en charge psychosociale et médicale des femmes après leur accouchement. Mais beaucoup de chemin reste à faire dans ce sens pour que les femmes ne disent pas comme cette botswanaise à qui les médecins proposaient un traitement d'ARV pour diminuer les risques de transmission du VIH à son enfant : «... à quoi cela sert-il [de maintenir l'enfant en vie si]... il n'y aura pas de mère pour élever l'enfant?» (Glaxo Smith Kline, 1999).

Méthodologie

1. Cadre général d'étude : district de Bamako

Le district de Bamako est la capitale administrative et économique du Mali. Il est situé sur les rives du fleuve Niger en pleine zone soudanaise avec une superficie de 267 km². Il s'étend sur 22 km d'Est en Ouest et 12 km du nord au sud de part et d'autre du fleuve Niger.

Bamako jouit d'un climat tropical de type soudanais. Il existe des collines de part et d'autre du district. Sur l'une de ces collines se trouve l'un des hôpitaux du pays appelé "Point G". C'est là que se trouve la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Le District de Bamako compte 66 quartiers regroupés en 6 communes. Il existe une disparité des conditions d'hygiène entre les quartiers. La population est de 1 482 376 habitants et les femmes en âge de procréer représentent 22% de cette population (INRSP, 2003).

L'économie du district repose sur le commerce, l'artisanat, l'industrie et la pêche. Les infrastructures sanitaires sont nombreuses. On compte deux hôpitaux nationaux, un centre de santé de référence par commune, des structures sanitaires privées, communautaires, professionnelles et militaires.

2. Sites de l'étude.

Bamako a servi de région test pour l'exécution de la première phase dite expérimentale de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA. Ce qui permettait d'élaborer ou de diffuser les outils et protocoles en tenant compte du contexte malien et de l'expérience tirée de la mise en œuvre des activités à Bamako. Selon des critères épidémiologiques et sanitaires, structurels et organisationnels neuf sites avaient été initialement choisis au niveau des communes I, V et VI de Bamako. Cinq de ces sites sont actuellement opérationnels: il s'agit de 1] CSRéf de la Commune I ; 2] ASACOBOL II, 3] ASACOB A ; 4] CSRéf Commune V ; et 5] CSRéf Commune VI.

Nous avons choisi les 5 centres PTME pour cette étude car l'existence de services de santé maternelle et infantile (SMI) adéquats est la pierre angulaire de toute intervention visant à prévenir la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (FHI, 2001). Ces 5 centres sont des centres de références ou des Associations de Santé Communautaire (ASACO) où s'effectuent à la fois les consultations prénatales et les accouchements. Contrairement aux centres de conseil test volontaire, les activités dans les centres de PTME sont intégrées aux CPN. Cette intégration a pour objectif d'éviter une stigmatisation du centre de prévention de la transmission de la mère à l'enfant d'une part et d'autre part d'intégrer le conseil test volontaire des femmes enceintes aux soins de santé maternelle.

Tous ces centres sont dotés d'infrastructures adéquates aux activités de conseils tests volontaires : un espace d'IEC, une salle d'attente, une salle de counseling individuel, un laboratoire d'analyses, personnels qualifiés.

3. Description des activités de la PTME sur les sites d'étude:

Les activités dans les centres se déroulent suivent les normes de (ONUSIDA/PNLS 2003).

- Les femmes participent à une séance de IEC en groupe (de 15-25 femmes venant dans le centre pour la CPN) sous un hangar aménagé pour la circonstance. Cette IEC peut porter sur le thème VIH ou tout autre problème de santé maternelle et infantile. Le thème sur le VIH couvre les modes de transmission du VIH, les risques de transmission à l'enfant, les méthodes pour prévenir cette transmission... etc.

- Après cette séance d'IEC, les femmes rentrent dans la salle de consultation prénatale selon l'ordre d'arrivée au centre pour un examen prénatal au cours duquel la femme reçoit un counseling avant d'être proposée un test VIH (pré-test). Au cours de ce counseling la femme connaissance de la femme en matière de VIH est explorée pour rectifier les

idées fausses. Des conseils sont données sur les implications des résultats de test ainsi que la prise en charge.

- En cas d'acceptation de la proposition de test, une fiche d'analyse sérologique est donnée à la femme pour effectuer le test au laboratoire. Le test de laboratoire est effectué selon l'algorithme recommandé par le PNLS.

- Après avoir effectué le test, la femme est conseillée de revenir retirer le résultat de son test 24 heures plus tard. Lors de ce retrait, elle reçoit un counseling post-test avant de lui communiquer son résultat. Ce counseling consiste à vérifier une bonne connaissance de la transmission du VIH, discuter les implications sur le plan personnel et familial, la prise en charge et la gestion des réactions émotionnelle.

- En cas de séropositivité de la femme elle reçoit de la Névirapine gellules qu'elle prend dès le début de ces premières contractions et après l'accouchement, l'enfant reçoit de la Névirapine en sirop.

Un examen du premier rapport d'activité de PTME sur ces 5 sites avait montré des résultats suivants : sur 15494 femmes reçues en consultation prénatale, 29% ont eu le counseling et accepté de faire le test, 69,5% ont eu leur résultat et un taux de séoprévalence de 3,6%.

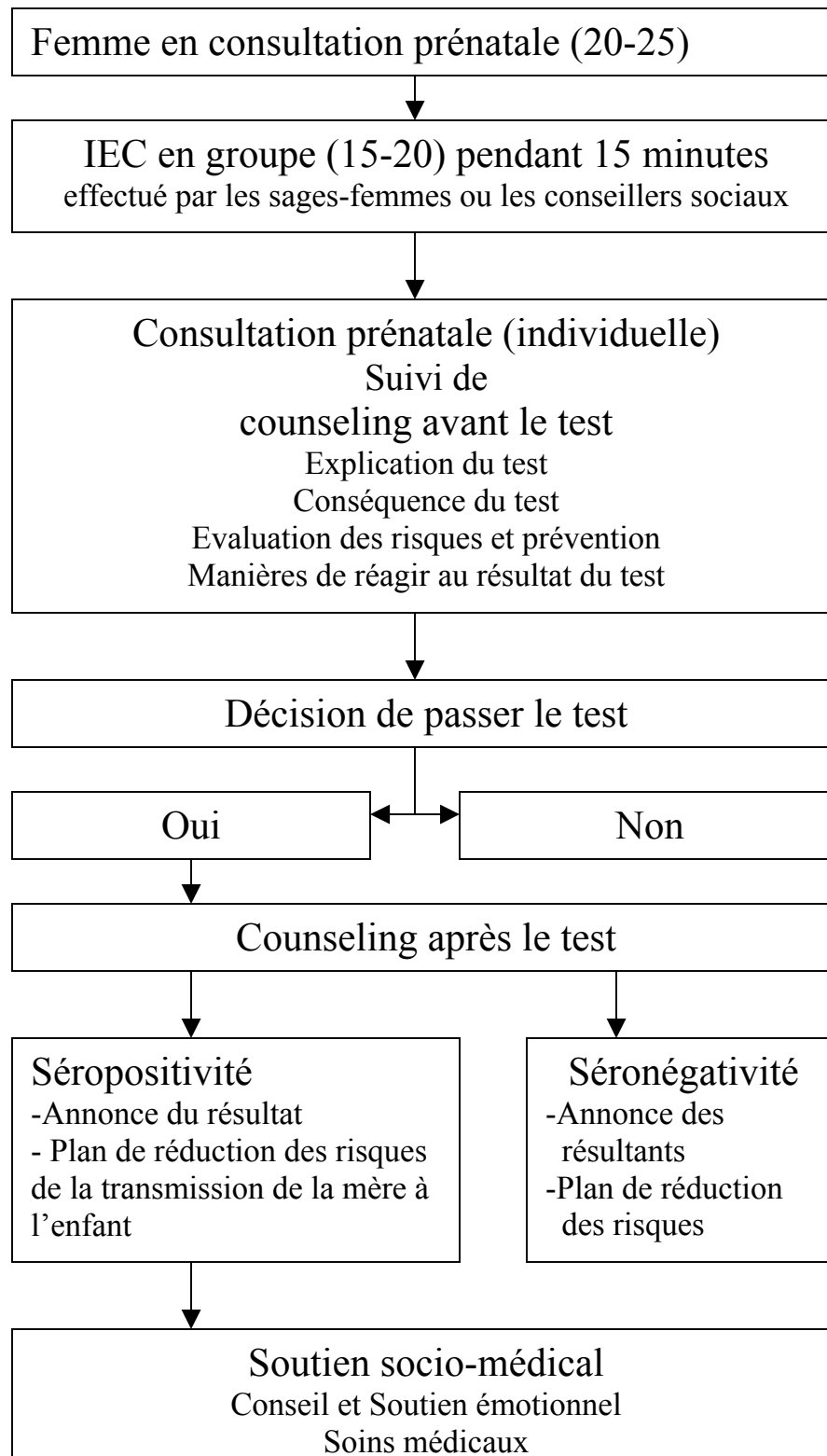


Fig 2 : Protocole recommandé pour CPV en PTME

4. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale consistant en 1] une observation des prestataires au cours des conseils de test volontaires 2] un entretien individuel avec les femmes enceintes en CPN et les parturientes en utilisant des questions directes et semi-directes. L'observation passive était faite en suivant les normes de l'ONUSIDA qui recommande à ce que l'observateur soit le plus discret que possible et qu'il n'interrompt pas la séance. Il faut également donner l'assurance que la confidentialité sera respectée (ONUSIDA, 2001).

5. Période d'étude

Notre étude prospective s'est étendue sur quatre mois: du mois juin au mois de novembre 2004.

6. Population d'étude

6.1. Femmes enceintes

Nous avons évalué la connaissance des femmes enceintes lors des consultations prénatales. Cela consistait à interviewer les femmes à la sortie de la consultation prénatale. Les questions portaient sur leurs connaissances générales sur le VIH/SIDA, les modes de transmission du virus, les comportements à risque et leurs connaissances sur les moyens de prévention de la maladie. Les femmes enceintes ont été recrutées dans le centre de référence de la commune I.

6.2. Femmes parturientes

Ce sont des femmes ayant nouvellement accouchées recrutées dans deux centres PTME (CSRéf Commune I et ASACOBA). Après l'accouchement et un temps de repos de la parturiente, elles étaient interviewées sur ses connaissances en VIH/SIDA et l'existence d'un

programme de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant dans le district de Bamako. Le choix de ASACOBA a un double avantage : 1] ASACOBA constitue le centre PTME où il y a le plus de consultations prénatales ; 2] le centre dispose d'une infrastructure et d'une politique qui lui permet d'assister les parturientes pendant au moins 12 heures après leurs accouchements ce qui facilitait nos interviews.

6.3. Les prestataires

Nous avons eu à faire une observation passive sur la qualité du contenu des conseils avant et après le test de VIH. Cette observation a été effectuée sur tous les 5 centres de PTME dans le district de Bamako. Nous avons suivi les conseillers sans interférer leur prestation et avec l'accord des femmes. Nous avons effectué cette enquête dans tous les centres PTME de Bamako dans un souci de surmonter les polémiques liées aux centres.

7. Echantillonnage

Les activités de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH dans le district de Bamako sont incluses dans les consultations prénatales et accessibles à toutes les femmes. Dans le cadre de notre étude nous avons choisi des femmes enceintes et des nouvelles parturientes.

Nos critères d'inclusion sont : toutes les femmes fréquentant le site d'étude lors de nos passages, remplissant les critères de sélection suivant les types d'enquête et qui manifestent un désir de participation à l'étude.

Nos critères de non inclusion sont le plus souvent les femmes en consultation gynécologique, celle exprimant un refus de participation à l'étude et les parturientes dont l'état de santé ne permet pas d'être interviewées.

7.1. Conditions de récolte de l'échantillon

7.1.1. Chez les femmes en CPN

Les femmes recrutées dans le cadre de cette étude étaient celles qui étaient enceintes et fréquentaient le centre pour leur CPN. Après la séance d'IEC en groupe, elles étaient individuellement reçues pour la consultation prénatale par la sage-femme. A leur sortie de la consultation prénatale, les femmes étaient individuellement interviewées pendant 10 minutes en moyenne dans un endroit de la salle d'attente aménagé pour la circonstance. Les questions portaient sur la connaissance du mode de transmission du VIH, les comportements à risque, les moyens pour l'éviter. Nous avons bénéficié de l'aide des sages-femmes qui expliquaient aux plus réticents que nos entretiens peu leur compléter leur connaissance sur le VIH.

7.1.2. chez les parturientes

Les parturientes sont interviewées en période de repos. En effet nous effectuions lors de cette collecte deux passages dans le centre dans la journée ; le matin pour récolter les parturientes de la nuit précédente et le soir pour interviewer celle qui avait accouché dans la journée. En général la femme était recrutée trois heures après l'accouchement lors de leur passage dans la salle de repos. Cette salle de repos est aménagée pour accueillir les femmes qui ont accouché dans le centre pour une période de suivi de 12 heures. C'était des interviews individus d'une durée moyenne de huit minutes pour ne pas épuiser la femme. Souvent, nous étions aidés par le personnel de santé dans le choix des femmes capables de répondre à nos questions. Les femmes ayant nouvellement accouchées sont interrogés sur leurs connaissances en VIH/SIDA et leur connaissance de l'existence d'un programme PTME à Bamako.

8. Collectes des données

La collecte des données a consisté en des entretiens individuels en utilisant deux types de questionnaires de la façon suivante:

8.1. Les questionnaires recensant les données quantitatives :

Nous avons eu recours à deux méthodes pour mener ces enquêtes. Des questions directes et questions semi-ouvertes ont été souvent posées aux femmes. Mais dans certains cas où les femmes ont des réticences à répondre à certaines questions qu'elles estiment embarrassantes nous leur soufflions les propositions de réponses pour qu'elles puissent être rassurées et s'intégrer à l'enquête. Les données recensées concernaient :

- Les connaissances et attitudes des femmes enceintes vis a vis du VIH/SIDA en PTME ; administré en commune I.
- L'évaluation passive du counseling avant et après le test dans tous les centres de PTME.
- L'impression des femmes à leur sortie du counseling post-test.
- Les connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA destinées aux femmes accouchant dans un centre PTME.

8.2. Les questionnaires recensant des données qualitatives

Ce fut également des questions directes et semi-directes. Nous avons pu avoir certains entretiens avec quelques responsables de programme PTME, certains conseillers (médicaux et sociaux), un responsable du PNLS. Il s'agissait de :

- Questionnaire destiné aux conseillers concernant leur sélection, le soutien à leur formation et leur satisfaction dans le travail.
- Questionnaire aux responsables du Centre PTME et aux prestataires du CTV consternant les différentes activités du centre.

- Questionnaire destiné aux administrateurs de programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) ; aux coordonnateurs des services de conseil et aux coordonnateurs ONG participant aux activités CDV.

9. Informations recueillies sur les conditions de mise en oeuvre de CDV

Tout counseling dans le cadre de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA exige un lieu rassurant, tranquille et répondant aux conditions suivantes :

- la confidentialité
- la tranquillité
- la propreté
- l'aération
- le confort
- les supports nécessaires à la compréhension de l'information

Nous avons souvent rencontré dans les centres des infrastructures obéissent

partiellement ou totalement aux conditions susmentionnées.

- Un espace : Au moins une salle d'attente, une salle de conseil et un laboratoire
- Des matériels et équipements des salles de conseil et d'attente
- Personnel minimal qualifié

10. Saisie et analyse des données

Les données des enquêtes ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 11.0. Il s'agit d'une analyse essentiellement descriptive des déterminants de l'utilisation des services PTME. Pour évaluer les connaissances en matière de VIH, nous avons attribué un même score égal à « un » pour chaque bonne réponse sur les connaissances en VIH/SIDA et « zéro » à toute réponse fausse. Un score moyen (nombre total de bonnes

réponses sur total des questions répondues) de connaissance pour chaque femme a ainsi été établi. Nous avons utilisé la méthode d'attribution de scores aux diverses variables portant sur les connaissances.

Dans le cas de l'évaluation passive des conseils avant et après le test

Le plus souvent, pour les études portant sur des évaluations des conseils en CTV, on attribut généralement quatre types scores (S. K. Ginwalla *et al* 2002) :

- 1 = A bien fait la prestation
- 2 = prestation satisfaisante
- 3 = doit s'améliorer
- 4 = n'a pas fait la prestation

Dans notre étude nous avons attribué deux types de score :

- 1 = A fait la prestation
- 0 = N'a pas fait la prestation

« Une bonne connaissance » est celle dont le score est entre 75% et 100% des bonnes réponses. « Une mauvaise connaissance » a un score inférieur à 75% du score maximum.

Le traitement de texte et la confection des tableaux et graphiques ont été faits respectivement avec le logiciel Microsoft WORD 2000 et EXEL 2000.

Résultats

1. Résultats descriptifs

1.1. Tableau I : Répartition de l'échantillon par site d'étude

Etude	Site PTME	Taille d'échantillon
Etude de la connaissance et attitude des femmes en VIH/SIDA	SCRéf commune I	68
Etude des connaissances des parturientes	SCRéf commune I	22
	ASACOBA	68
Satisfaction des femmes vis-à-vis du programme PTME	SCRéf commune I	12
	SCRéf commune V	3
	ASACOBA	2
Observation passive des prestataires au cours du counseling pré-test	5 Sites :	
	SCRéf commune I	
	SCRéf commune V	19
	SCRéf commune VI	
	ASACOBA	
Observation passive des prestataires au cours du counseling post-test	ASACOBOUL II	
	5 Sites :	
	SCRéf commune I	
	SCRéf commune V	14
	SCRéf commune VI	
	ASACOBA	
	ASACOBOUL II	

Nous avons interrogé 90 parturientes, 68 femmes enceintes en CPN sur leur connaissance du VIH et 17 femmes enceintes sur leur avis concernant le counseling. Nous avons également observé 33 prestations (19 en pré-test et 14 en post-test).

1.2. Etude CAP sur la connaissance des femmes en matière de VIH/SIDA lors des CPN

1.2.1. Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Effectifs N=68	Pourcentage
Age		
≤ 20 ans	22	32,4
21-30 ans	39	57,4
≥31 ans	7	10,3
Ethnie de la femme		
Bambara	36	52,9
Sarakolé	13	19,1
Les autres ethnies	19	28
Niveau d'instruction		
Pas d'école	36	52,9
Enseignement primaire	6	8,8
Enseignement secondaire	8	11,8
Ecole coranique	18	26,5
Profession de la femme		
Ménagère	58	85,3
Commerçante	5	7,4
Elève/Etudiante	4	5,9
Servante	1	1,5
Statut matrimonial		
Célibataire	2	2,9
Mariée	66	97,1
J'ai au moins une coépouse	20	30,3
Profession du mari		
Employé de bureau	4	5,9
Commerçant	29	42,6
Ouvriers*	30	44,1

* Les "ouvriers" sont les mécaniciens, les maçons, artisans.

L'âge moyen de notre échantillon était de 23,3 ans avec un minimum de 15 ans et un maximum de 38 ans. Deux principales ethnies s'y dégagent : Les bambara et les Sarakolé. Les autres ethnies étaient constituées de Bobo, de Dogon, de Kassouké et de Peuhl. Les 52,9% n'avaient jamais été à l'école et les 85,3% étaient ménagères. Elles étaient presque totalement mariées et 30,3% des femmes

mariées avaient au moins une co-épouse. Leurs époux étaient le plus souvent des commerçants ou des ouvriers.

1.2.2. **Tableau III** : Antécédents gynéco-obstétricaux

Caractéristiques	Effectifs N=68	Pourcentage
Nombre de gestations		
Primigestes	22	32,4
Multigestes	46	67,6
Parité		
Nullipares	25	36,8
Primipares	12	17,6
Multipares	31	45,6

Les femmes étaient pour la plupart des multigestes (67,6%) et la moyenne de grossesse par femmes était de 3,4 grossesses. En ce qui concerne la parité, près de la moitié des femmes était des multipares.

1.2.3. **Tableau IV** : Connaissances et attitudes générales sur le VIH

Question/Assertion	Effectifs N=68	Pourcentage (Fréquence)
A déjà entendu parler de VIH/SIDA	68	95,6 (65)
A entendu parler de VIH/SIDA dans les CPN	65	24,6 (16)
A entendu parler de VIH/SIDA à la radio	65	87,7 (57)
A entendu parler de VIH/SIDA à la télévision	65	89,2 (58)
A entendu parler de VIH/SIDA dans les journaux	65	1,5 (1)
A entendu parler de VIH/SIDA dans les centres de santé	65	35,4 (23)
Est prête à faire un test de VIH	68	85,3 (58)
A déjà fait le test de VIH	68	63,2 (43)
A eu les résultats du test	43	86 (37)

Les 95% des femmes appartenant à notre échantillon avaient au moins une fois déjà entendu parler de VIH/SIDA. Le plus souvent sur les médias, 24,6%

l'avaient entendu au cours des CPN. Près de 63,2% ont eu à faire un test de VIH et les 86% d'entre elles ont eu leur résultat.

1.2.4. Tableau V : Connaissance des comportements à risque

Question/Assertion	Effectifs N=68	Pourcentage
Un mari qui voyage dans le cadre du commerce est un risque de contamination	30	44,1
Un mari dont sa profession le fait voyager souvent est un risque de contamination	14	20,6
Un mari ayant une profession de transporteur est un risque de contamination	38	55,9
A déjà entendu parler de condom	53	77,9
Reconnais que le condom prévient les grossesses	53	77,9
Reconnais que le condom prévient les MST	51	75
A déjà contracté une MST	32	47,1

Les femmes déclaraient qu'un mari qui voyage souvent dans le cadre de son travail est un risque de contamination de VIH surtout les transporteurs routiers (chauffeurs routiers) 55,9%. Même si 77,9% des femmes connaissaient les préservatifs, l'étude nous a montré qu'une proportion de 47,1% avait une fois contracté une MST.

1.2.5. Tableau VI : Connaissance sur le mode de transmission et le traitement du VIH/SIDA

Question/Assertion	Effectifs N = 68	Pourcentage
Le SIDA se transmet par voie sexuelle	64	94,1
Le SIDA se transmet par voie parentérale	54	79,4
Le SIDA se transmet par les objets souillés de sang	54	79,4
Le SIDA se transmet de la mère à l'enfant	30	44,1
Le SIDA se transmet par voie par la salive	1	1,5
Le SIDA se transmet en côtoyant une PVVIH	4	5,9
Le SIDA se transmet par les moustiques	25	36,8
Le SIDA se contracte lorsqu'on partage la bouilloire de toilette avec un PVVIH	12	17,6
Reconnaît qu'il existe un traitement pour le VIH	12	17,6
Reconnaît qu'on peut avoir le SIDA sans être malade	60	88,2

Sur le mode de transmission du VIH/SIDA, celui par la voie sexuelle était le plus connu 94,1%. Seulement 44,1% des femmes savaient de l'existence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De même 17,6% seulement de femmes reconnaissaient qu'il y avait un traitement contre le VIH. Autres méconnaissances portaient sur la transmission du VIH par piqûres de moustiques et le partage des bouilloires de toilettes avec une PVVIH.

1.2.6. Tableau VII : Connaissance sur les moyens pour éviter le Sida ?

Question/Assertion	Effectifs N=68	Pourcentage
Utilise un condom	53	77,9
Abstinence sexuelle	28	41,2
Fidélité dans le couple	57	83,8
Eviter de côtoyer une PVVIH	5	7,4
Connaître sa sérologie VIH	10	14,7

Pour éviter le VIH l'utilisation des préservatifs et la fidélité étaient les méthodes les plus souvent proposées par les femmes. Si la majorité des personnes

interrogées était consciente de l'effet protecteur des condoms, seulement 14,7% savent l'importance de connaître sa sérologie VIH.

1.2.7. Tableau VIII : Conseils des femmes interviewées à l'endroit des futures mères par rapport à la transmission verticale du VIH/SIDA

Conseils	Fréquence N=68	Pourcentage
Je conseille aux femmes enceintes de connaître leur statut VIH	44	64,7
Je conseille aux femmes enceintes de rentrer dans le programme PTME	1	1,5
Je conseille aux femmes enceintes d'accoucher dans un centre de santé	52	76,5

Accoucher dans un centre de santé et connaître son statut sérologique VIH, étaient les conseils des femmes interviewées à l'endroit des futures mères.

1.3. CAP des parturientes

1.3.1. Tableau IX : Caractères sociodémographiques

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Ethnie de la femme		
Bambara	43	47,8
Sarakolé	20	22,2
Les autres ethnies	27	30
Niveau d'instruction		
Pas d'école	38	42,2
Enseignement primaire	13	14,4
Enseignement secondaire	14	15,6
Enseignement supérieur	1	1,1
Ecole coranique	24	26,7
Profession de la femme		
Ménagère	72	80
Commerçante	13	14,4
Elève/Etudiante	5	5,6
Statut matrimonial		
Célibataire	6	6,7
Mariée	84	93,3
J'ai au moins une coépouse	32	38,1
Profession du mari		
Employé de bureau	4	4,4
Commerçant	42	46,7
Ouvriers	41	45,6
Autres professions	3	3,3

La moyenne d'âge des femmes était de 24,4 ans, deux ethnies se sont dégagées de cette étude : les Bambara et les Sarakolé. D'autres ethnies minoritaires se dégagent : les Peuhls, les Bobo, les Dogon. Une proportion de 42,2% n'était pas instruite et près de 80% étaient ménagères. Les femmes à 93,3% étaient mariées et les 38,1% des femmes mariées avaient au moins une co-épouse. Leurs maris étaient essentiellement des commerçants et des manœuvres. Les autres professions des maris étaient des conducteurs routiers.

1.3.2. Tableau X : Antécédents gynéco-obstétricaux

Caractéristiques	Effectifs N=90	Pourcentage
Nombre de gestations		
Primigestes	15	16,7
Multigestes	75	83,3
Parité		
Nullipares	3	3,3
Primipares	17	18,9
Multipares	70	77,8

L'échantillon était constitué de femmes multigestes (83,3%) et multipares (77,8%) avec une moyenne de 3,4 grossesses et 3 enfants vivants par femme.

1.3.3. Tableau XI : Connaissances générales sur le VIH

Question/Assertion	Effectifs N=90	(fréquence) Pourcentage
Avant cette grossesse une sage femme m'a parlé de VIH au cours d'une CPN	90	(44) 48,9
Pendant cette grossesse une sage-femme m'a parlé de VIH en CPN	90	(53) 58,9
La sage-femme m'a parlé de test de VIH	53	(42) 79,2
La sage-femme m'a parlé du mode de transmission	53	(49) 92,5
La sage-femme m'a parlé de la prise en charge	53	(2) 3,8

58,9% des femmes interrogées avaient au moins une fois entendues parler du VIH en CPN au cours de leur grossesse. Près de 79,2% des femmes conseillées ont eu une proposition de test de VIH. On note que 3,8% des femmes ont affirmé que leur sage-femme leur a parlé de prise en charge VIH.

1.3.4. Tableau XII : Connaissance sur le mode de transmission

Question/Assertion	Effectifs N=90	Pourcentage
Le VIH se transmet par les rapports sexuels	72	80
Le VIH se transmet par les objets souillés de sang	67	74,4
Le VIH se transmet de la mère à l'enfant	29	32,2
Le VIH se transmet par la salive	4	4,4
Le VIH se transmet par contact avec une PVVIH	3	3,3
Le VIH se transmet par les moustiques	26	28,9
Le SIDA se contracte lorsqu'on partage la bouilloire de toilette avec un PVVIH	10	11,1

80% des femmes déclaraient que le VIH pouvait se contracter par les rapports sexuels, 74,4% par les objets souillés de sang, 32,2% reconnaissent une transmission mère à l'enfant. Aussi une proportion de 28,9% pensait que les piqûres de moustique transmettent le VIH.

1.3.5. Tableau XIII: Connaissance sur la prévention du VIH

Question/Assertion	Effectifs N=90	Pourcentage
Utilisation du condom	60	66,7
Abstinence sexuelle	23	25,6
Fidélité du couple	64	71,1
Contact avec des PVVIH	1	1,1
Dormir sous une moustiquaire	16	17,8
Connaissance de sa sérologie	12	13,3

Les modes de prévention les plus connues étaient : l'usage de condoms 66,7%, la fidélité dans le couple 71,1%. Près de 17,8% des interrogées croient qu'en dormant sous une moustiquaire on évite la contamination du VIH.

1.3.6. Tableau XIV : Connaissance sur test et le traitement du VIH

Question/Assertion	Effectifs	Pourcentage (Fréquence)
Je sais qu'il existe un traitement pour diminuer les chances de la TME	90	21,1 (19)
J'ai eu une proposition de test VIH au cours de cette grossesse	90	56,7 (51)
J'ai fait le test de VIH au cours de cette grossesse	90	41,1 (37)
Oui, le test est fait avec votre consentement	37	100 (37)
Oui, j'ai eu les résultats du test	37	86,5 (32)
Oui, je connais mon statut actuel	37	86,5 (32)

21,1% des interrogées connaissent l'existence d'un traitement pour le VIH. 56,7% ont eu au moins une proposition de tests au cours de leur grossesse ; 41,1% ont fait le test. Les 86,5% de femmes ayant fait le test ont eu leur résultat.

1.3.7. Tableau XV : Période des tests au cours de la grossesse

Question/Assertion	Effectifs	Pourcentage
La période de Proposition de test VIH N=51		
Premier trimestre	30	58,8
Deuxième trimestre	16	31,4
Troisième trimestre	5	9,8
La période du Test de VIH N=37		
Premier trimestre	18	48,6
Deuxième trimestre	14	37,8
Troisième trimestre	5	13,6

Les 58,8% des femmes avaient eu une proposition de test VIH le premier trimestre au cours de leur grossesse, 31,4% le deuxième trimestre et 9,8% le troisième trimestre. Les 48,6 % des femmes étaient testées le premier trimestre ; 37,8% le deuxième trimestre et 13,6% le troisième trimestre.

1.3.8. Tableau XVI : Motifs du choix du centre PTME pour les parturientes

Raisons du choix d'un autre centre pour les CPN qui est différent de celui dans lequel la parturiente à accoucher	Effectifs N=21	Pourcentage
C'est plus proche au moment du travail	9	42,9
L'accouchement est mieux dans ce centre	2	9,5
J'ai déménagé	4	19
Je n'ai pas aimé leur prestation	4	19
Autres déclarations	4	19

Parmi 90 parturientes ayant accouché à ASACOBAB, plus de 70% ont effectué leur consultation prénatale dans le dit centre. Par contre 21 (23%) ont fait leur CPN dans un autre centre de consultation prénatale différent de celui de ASACOBAB. Dans les autres déclarations, les femmes affirmaient que les frais d'accouchement sont trop chers ou encore que les césariennes sont très fréquentes dans les centres de références.

1.3.9. Tableau XVII : Connaissance de l'existence et des activités du Programme PTME

Question/Assertion	Effectifs N=90	Pourcentage
Savez-vous qu'il y a un programme de PTME		
Oui	24	26,7
Où avez-vous entendu parler du programme ?		
A la télévision	7	29,2
A la radio	3	12,5
Dans un centre de santé (CPN)	13	54,2
Quels sont les services qu'offre le programme ?		
Conseil des femmes enceintes sur le VIH	17	70,8
Dépistage du VIH	18	75
Les modalités de prise en charge	7	29,1
Le suivi social	0	0

26,7% des interrogées connaissent le programme PTME. Près de la moitié l'a appris dans un centre de PTME. Elles reconnaissent principalement deux grands services du programme : le conseil des femmes et test de VIH.

Une proportion de 26,7% (N=90) est au courant de l'existence d'un programme PTME. A la question « depuis quand connaissez-vous ce programme ? » 91,7% évoquent une durée de 1-24 mois avec une moyenne de 8 mois.

1.4. Evaluation passive du counseling

1.4.1. Tableau XVIII: Evaluation du counseling avant le test.

Prestations	Effectifs N=19	Pourcentage
Discussion des raisons de la visite	2	10,5
Contrôle des connaissances du client sur le VIH et les modes de transmission	17	89,5
Rectifications des idées fausses	12	63,2
Appréciation du risque du client	5	26,3
Transmission de l'information sur le test VIH (processus, signification des résultats possibles, période sérologiquement muette)	11	57,9
Vérification de la bonne compréhension	4	21,1
Discussion des implications d'un résultat positif ou négatif pour le client	4	21,1
Appréciation de l'aptitude à faire face à l'annonce séropositivité VIH	0	0
Discussion des besoins éventuels et de l'appui disponible	10	52,6
Etude d'un plan de réduction du risque personnel	3	15,8
Octroi de temps pour examiner en détail les problèmes	0	
Consentement (ou non) éclairé librement donné	12	63,2
Discussion des modalités de suivi	5	26,3
Suffisamment de temps pour les questions les éclaircissements	1	5,3

Cette évaluation du counseling pré-test, s'était déroulée selon les critères de l'ONUSIDA et réadapter au contexte malien par le PNLS. Nous avons alors attribué un même score à toutes les prestations au cours du conseil. Cela nous donne un score moyen de 32.3%. Cependant il y a certains critères tels que « l'appréciation par l'administrateur du counseling de l'aptitude du client à faire face à l'annonce séropositivité VIH » et « l'octroi de temps au client pour examiner en détail les problèmes » qui ne sont aucunement respectés alors que d'autres ont un taux d'application supérieur à 50% notamment « le contrôle des

connaissances du client sur le VIH et les modes de transmission » avec un taux avoisinant les 90%.

1.4.2. Tableau XIX: Counseling pos-test (N=14)

Prestations	Effectifs N=14	Pourcentage
Communication claire et simple des résultats	13	92,9
Octroi de temps pour « accuser le coup »	0	0
Vérification de la bonne compréhension	5	35,7
Discussion sur la signification du résultat pour le client	2	14,3
Discussion des implications sur les plans personnels, familiaux et sociaux, et notamment à qui le dire	2	14,3
Etude d'un plan de réduction du risque personnel	1	7,1
Gestion des réactions émotionnelles immédiates	0	0
Vérification de la possibilité d'un soutien immédiat suffisant	0	0
Discussion sur les soins et l'appui en continu	1	7,1
Inventaire des options et des ressources	0	0
Revue des projets, des intentions et des mesures immédiates	0	0
Discussion des possibilités de suivi, et aiguillage, si nécessaire	0	0

Les résultats montrent un score moyen de 14,3%. Certaines prestations telles que « Gestion des réactions émotionnelles immédiates », «Vérification de la possibilité d'un soutien immédiat suffisant » «Inventaire des options et des ressources », « Revue des projets, des intentions et des mesures immédiates », « Discussion des possibilités de suivi, et aiguillage, si nécessaire » qui ne sont aucunement respectées ; mais d'autres ont un taux d'application supérieur à 50% notamment «Communication claire et simple des résultats » avec un taux dépassant les 90%.

1.5. Satisfaction des femmes vis-a-vis du programme PTME.

1.5.1. Tableau XX: Caractères sociodémographique.

Profession de la femme	Effectifs (N=17)	Pourcentage
Commerçante	2	11,8
Couturière	3	17,6
Elève	2	11,8
Ménagère	10	58,8

D'une moyenne d'âge de 23,3 ans, les femmes de cette étude étaient toutes mariées et près 58,8% d'entre elles étaient ménagères

1.5.2. Tableau XXI : Comment avez-vous connu le centre ?

Réponses	Fréquence	Pourcentage N=17
Les parents m'ont conseillé	3	17,6
Mon mari m'a conseillé	2	11,8
J'ai connu le centre par hasard	7	41,2
J'ai suivi une amie pour connaître le centre	3	17,6

1.5.3. Tableau XXII : Intervalle de temps entre le test et la récupération des résultats

Questions	Moyenne	Minimum -Maximum
Combien de temps avez-vous attendu pour venir retirer vos résultats (jour) ?	23,7	1-120
Combien de temps avez-vous attendu aujourd'hui dans le centre pour pouvoir retirer résultats (min) ?	72,8	5-180

En moyenne les femmes de notre échantillon avaient attendu 23,7 jours en moyenne pour venir retirer leurs résultats. Le jour du retrait des résultats du test, les femmes avaient attendu en moyenne 72,8 minutes.

1.5.4. Tableau XXIII : Les impressions sur la prestation des conseillers

Réponses	Effectifs N=17	Pourcentage
La prestation des conseillers est trop rapide	6	35,3
les conseillers ne nous écoutent pas	0	0
les conseillers sont très attentifs	6	35,3
Les conseillers sont trop lents dans leur prestation	3	17,6
Les conseillers n'expliquent pas correctement	7	41,2
Je n'ai pas été conseillée	4	23,5
Vous conseillerez une amie de suivre le programme?	16	94,1

Les 35,3% de l'échantillon pensaient que les conseillers sont trop rapides dans leur prestation et 41,2% disaient que les conseillers n'expliquent pas correctement.

1.6. Tableau XXIV: Scores obtenus par les femmes en CPN vis-à-vis de leur connaissance en VIH/SIDA

Score	Effectifs (N=68)	pourcentage
Mauvaise connaissance	38	55,9
Bonne connaissance	30	44,1

Un même score est attribué à toutes les connaissances en matière de VIH/SIDA le score maximum étant 15, nous avons dégagé deux groupes en fonction des scores obtenus. Le premier groupe « une mauvaise connaissance » comportant les femmes ayant une connaissance inférieure à 75% du score maximum et le second groupe « bonne connaissance » correspond aux femmes ayant une connaissance supérieure inférieure à 75% du score maximum. Les résultats montrent que 55% des femmes ont une mauvaise connaissance et 44,1 une bonne connaissance.

3.1.1. Tableau XXV : Score des parturientes vis-à-vis de leur connaissance en VIH/SIDA

Score	Effectifs (N=90)	pourcentage
Mauvaise connaissance	46	51,1
Bonne connaissance	44	48,9

Sur un score maximum de 14, nous avons utilisé la même méthode que précédemment. Les résultats nous montrent également que près de la moitié des parturientes ont une bonne connaissance en VIH.

3.1.2. Tableau XXVI : Connaissance de l'existence du programme PTME en fonction du score obtenu en connaissance VIH

Existence du programme PTME	Effectifs N=24	Pourcentage
<u>Scores en connaissance VIH</u>		
Mauvaise connaissance	6	25
Très bonne connaissance	18	75

Parmi les 24 parturientes qui disent avoir connu programme de prévention de transmission mère-enfant 75% ont une connaissance en VIH, tandis que 25% avaient plutôt mauvaise connaissance sur VIH.

Commentaires
et
Discussion

Notre étude s'est déroulée dans les centres de prévention de transmission mère-enfant du VIH/SIDA de Bamako. C'est une étude transversale dont la collecte des données a duré quatre mois. La population cible était les femmes en consultation prénatale et celle ayant accouché nouvellement dans les centres PTME de Bamako. Cette étude a contribué à répondre à 3 questions fondamentales dont les réponses sont essentielles pour la réussite de la PTME : 1] Les femmes enceintes fréquentant ces centres PTME ont-elles une bonne connaissance du VIH/SIDA (transmission, prévention, disponibilité de traitement anti-VIH) ? 2] Ces femmes sont-elles conscientes de l'existence d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant et de la prise en charge des mères séropositives et enfants nés de mère séropositive (accès aux ARV, prise en charge psychosociale) ? Le counseling (pré-test et post-test) qui est la pierre angulaire de la PTME est-il correctement administré selon les normes de l'ONUSIDA adopté et adapté par le PNLIS ? Ces 3 questions nous paraissent fondamentales car la proportion de femmes recevant un counseling et poursuivant le processus jusqu'au test de dépistage du VIH, est affectée par la qualité de ce counseling autant que par la conscience de pouvoir bénéficier de soins et de soutien à l'issue du test.

Nous n'avons pas évalué l'acceptabilité du CDV ou le taux de retour des femmes pour récupérer les résultats du test et subir le counseling post-test. Ceci exigeait un suivi complet des femmes enceintes depuis l'IEC jusqu'au post-test, c'est-à-dire suivre ces femmes utilisant les services de PTME depuis leur première consultation jusqu'à l'accouchement. De même, plusieurs études ont abordé cet aspect (Cartoux M, 1998 ; Cartoux M, 1999 ; The VCT efficacy study group, 2000 ; Maman S, 2001). Le taux d'acceptabilité varie autour de 70%. Les taux de retour dans ces études varient de 50 à 100%. (Cartoux M, 1998). Au Mali, le premier rapport sur les activités de PTME rapporte un taux d'acceptabilité variant

de 21% en Commune V à 95% à ASACOBUL II. (PNLS 2003). Dans les sites de Banconi et Commune I où nous avons effectué l'interview des femmes enceintes et des parturientes, l'acceptabilité était de 77,7% et 70% respectivement. Nous n'avons pas évalué également la prévalence du VIH dans notre échantillon. Ceci avait été estimé dans le premier rapport d'activité du de 2,65% au CSRef de la commune I à 9,6% à ASCOBOUL (PNLS 2003).

Cependant, cette étude nous a permis d'étudier les connaissances en matière de VIH/SIDA (surtout en TME) et l'existence d'un service PTME chez les femmes ; d'évaluer des conseils avant et après le test suivant les normes de ONUSIDA, de recueillir la satisfaction des femmes fréquentant le service PTME.

A notre connaissance, c'est la première étude évaluative de l'utilisation des services de réduction verticale de la transmission du VIH/SIDA au Mali. Les données disponibles actuellement en santé publique sont le plus souvent des rapports d'activité des différents centres de PTME (PNLS 2003).

Pour des raisons logistiques, nous n'avons pas été en mesure d'effectuer plusieurs observations dans plusieurs centres simultanément comme dans le cas de l'évaluation de l'attitude de femmes enceintes en HIV à Abidjan et Bobo-Dioulasso (Michel Cartoux, *et al* 1998).

Ainsi, malgré ces insuffisances méthodologiques, cette étude nous semble-t-il, aura le mérite d'être la première évaluation des services de CVT dans la prévention de transmission mère-enfant du VIH/SIDA depuis sa mise en place en 2002 au Mali et servira de modèle à de futurs projets de recherche dans ce domaine.

1. Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA

Les résultats de notre étude nous ont montré qu'une grande proportion de femmes avait déjà entendu parler du VIH/SIDA soit 95,6% des femmes en CPN. Les médias constituent le plus souvent la source de l'information ; (radio 87,7% et télévision 89,2%) mais aussi 35,4% dans un service de santé. Ce qui peut-être

expliqué par les campagnes des programmes de luttres contre le SIDA sur les médias. Par contre, cela soulève également une insuffisance dans la communication de l'information sur le VIH au niveau des centres de santé qui devraient être une source par excellence de l'information sur le VIH.

Nos résultats nous montrent aussi que cette connaissance est souvent incomplète ou erronée. Près de 36,8% des femmes affirmaient pouvoir contracter le VIH par une piqûre de moustique. Seulement 44% des femmes avaient connaissance de l'existence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De même 17,6% seulement de femmes reconnaissaient qu'il y avait un traitement contre le VIH. La connaissance globale des femmes enceintes évaluée selon le score obtenue sur l'ensemble des questions relatives à la transmission, prévention et prise en charge du VIH/SIDA, montre que plus de 55% des femmes n'ont pas une bonne connaissance de la maladie. Les mêmes tendances étaient observées chez les parturientes. En effet, près 96,9% des femmes interrogées ont entendu parler au moins une fois du VIH. Parmi elles 58,9% ont entendu parler de la maladie au cour de leur grossesse, essentiellement au cours des CPN. Près de 80% des femmes déclaraient que le VIH pouvait se contracter par les rapports sexuels, mais seulement 32,2% reconnaissent une transmission mère à l'enfant. Ce qui est consistant avec les résultats obtenus auprès des femmes enceintes. A Abidjan et à Bobo, la connaissance sur la transmission sexuelle variait autour de 80% (Cartoux M, 1998), mais la connaissance de la transmission verticale était très faible (1,8% à Abidjan et 8% à Bobo). Une étude similaire menée en Ethiopie où un aspect portait sur la connaissance et l'attitude des utilisateurs des services de PTME a révélé que près de 41,5% des personnes interrogées pensent avoir le VIH par une piqûre de moustique, (Shitaye Alemu, *et al* 2004).

La connaissance des risques dans la transmission du VIH a souvent un impact sur la prise de décision de connaître son statut (Miller KS *et al* 1996). Alors nous avons étudié la connaissance de comportement à risque chez les femmes qui nous a montré qu'un peu plus de la moitié pense qu'un mari

transporteur routier est un risque de transmission et les 77,9% savaient que le condom protège contre le VIH. Une étude comparative de l'attitude des personnes vis-à-vis du VIH/SIDA dans les villes et les zones rurales en Ethiopie donnait une proportion de 78,6% dans les villes qui reconnaissent la protection du condom contre le VIH (Shitaye Alemu *et al*, 2004).

2. Evaluation passive des counseling et satisfaction des consultées.

L'un des objectifs de notre étude était d'examiner si les conseils avant et après le test étaient administrés selon les normes ONUSIDA/PNLS. Nous avons suivi dans tous les centres PTME les conseils avant et après le test de manière passive suivant les normes de l'ONUSIDA. Accordant le même score à chaque prestation du conseiller (S. K. Ginwalla *et al* ; 2002), cette étude montre que le pré-test est correctement effectué seulement dans 32,3% des cas et le post-test dans 17,3%. Nous expliquons cette différence par le fait que les conseillers considèrent souvent le counseling comme un moyen de faire accepter le test à une cliente. Ceci est consistant avec l'opinion des clientes qui affirment à une proportion de 35,3% que les conseillers sont trop rapides dans leur prestation et près de 41,2% disaient que les conseillers n'expliquent pas correctement. C'est surtout le conseil après le test qui est le plus souvent mal, ou presque pas administré car près de 23,5% de femmes à la réception de leur résultat déclaraient ne pas avoir reçu de conseils. Parmi les points faibles que nous avons notés figurent : 1] la discussion des raisons de la visite avec la patiente, 2] le manque de vérification de la bonne compréhension des conseils, 3] la discussion des implications d'un résultat positif ou négatif pour le client, 4] Appréciation de l'aptitude à faire face à l'annonce de séropositivité VIH, 5] l'absence de discussion des modalités de suivi, 6] l'octroi de temps pour les questions les éclaircissements. Ces insuffisances sont souligné la nécessité d'une formation ou le recyclage des conseillères. La plupart des ces problèmes avait été souligné dans le rapport PNLS (2003), mais notre étude a permis de mieux cerner ces difficultés.

Au cours de la récolte des données, certains faits ne nous avaient pas laissés indifférents. A cinq reprises des conseillères ont eu à dire à leur client « ...je ne suis pas rémunérée pour ce travail donc ne me fatigue pas » lorsque la cliente a émis un peu des réserves sur une question posée.

3. Connaissance de l'existence du programme PTME au Mali

L'étude CAP et l'interview des parturientes nous ont permis d'évaluer également la connaissance du programme de prévention de transmission de la mère à enfant. Sur un total de 90 observations, 58,9% ont reçu le counseling en CPN au cours de leur grossesse de l'échantillon connaissent ce programme PTME. Les 56,7% disent avoir eu une proposition de test et 41,1% ont déclaré avoir fait le test. Parmi ceux qui ont affirmé avoir fait le test, 86,5% disaient avoir eu leur résultat. Nous avons observé que Malgré une bonne connaissance sur le VIH en général, seulement 26,7% des parturientes connaissent l'existence du programme de prévention de transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA dans le district de Bamako.

.Notre étude a permis de faire une évaluation des services de PTME pour déterminer les facteurs qui affectent leur utilisation. Nous pensons que les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour potentialiser les efforts des services de PTME déjà existants en vue d'un meilleur rendement d'un part et d'autre part sera l'une des références pour l'installation de nouveaux services de PTME.

Conclusion
et
Recommandations

Notre étude permet de faire trois conclusions essentielles déterminant l'utilisation des services de PTME.

1. Les femmes ont en moyenne une bonne connaissance sur le mode de transmission, les facteurs de risques et les moyens de préventions de la transmission du VIH/SIDA.
2. Les conseils ne sont pas systématiquement prodigués aux femmes en CPN aussi, les conseillers n'ont pas une connaissance approfondie des normes du counseling et une meilleure maîtrise de leur prestation.
3. Notre étude révèle que malgré leur bonne connaissance des femmes en VIH/SIDA, près du $\frac{3}{4}$ de cette population d'étude ne connaissent pas l'existence du programme de PTME et les services qu'il leur offre dans le district de Bamako.

C'est pourquoi nous recommandons :

1. Aux autorités :
 - De faire connaître les centres de PTME et leurs services qu'ils offrent à la population par des campagnes de communication et des publicités sur les médias.
 - D'élargir le programme PTME à tous les centres de santé du district de Bamako en essayant de coordonner les activités des différents centres afin d'éviter les ruptures de matériels de travail.
 - D'organiser des formations et des évaluations continues à tous les prestataires des services PTME et les soins de santé primaire.

- Intégrer les organisations non gouvernementales (ONG) qui opèrent dans certaines régions du Mali pour faire bénéficier les populations des régions.

2. Aux prestataires de services PTME :

- De conseiller systématiquement toutes les femmes en CPN.
- Améliorer la lenteur dans la remise des résultats des tests (avoir les résultats immédiatement après le test)

3.