

Ministère des Enseignements Supérieur,
Secondaire et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un but-Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2007-2008

Thèse N° :.....

TITRE

**EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE VIH/
SIDA DES FEMMES CONSULTEES DANS LE
SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE
AU CHU GABRIEL TOURE.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Par M. BOUREIMA AFO TRAORE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

JURY:

PRESIDENT: Pr. ABDOULAYE AG RHALY

MEMBRE: Dr. BINTA KEITA

DIRECTEUR DE THESE : Pr. MAMADOU M. KEITA

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr. TRAORE FATOUMATA DICKO

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	PAGES
I INTRODUCTION.....	1
II OBJECTIFS	3
III- GENERALITES	
1- Définition.....	4
2- Historique.....	4
3- Biologie.....	5
4- Epidémiologie du virus	6
5- Mode de transmission	9
6- Prévention de la transmission mère enfant.....	15
7- Diagnostic Biologique.....	23
8- Suivi clinique et biologique de l'enfant exposé.....	27
IV- METHODOLOGIE	
1- Cadre et lieu d'étude.....	40
2- Type d'étude.....	44
3- Période d'étude.....	44
4- Population d'étude.....	44
5- Critères d'inclusion.....	44
6- Critères de non inclusion.....	44
7- Echantillon.....	44
8- Recueil des variables étudiées	44
9- Saisie et analyse des données	45
V- RESULTATS	46
VI- COMMENTAIRES et DISCUSSIONS.....	63
VII- CONCLUSION	67
VIII-RECOMMANDATIONS.....	71
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	72
ANNEXES	

I - Introduction

Découvert depuis 1981 aux USA [1], l'infection à VIH est considérée comme un fléau qui continue à faire des ravages. Aucun traitement n'a pu voir le jour, mise à part les mesures de prévention qui constituent le premier plan de lutte. Actuellement cette infection à VIH vient à la tête de liste des maladies cibles de l'OMS, ceci compte tenu de ses conséquences néfastes sur la population.

Le syndrome d'immunodéficience acquise, depuis sa découverte, a tué plus de 25 millions de personnes, faisant de lui l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. D'après le rapport ONUSIDA 2006, malgré les efforts fournis notamment dans l'accès facile aux ARV et la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie du SIDA a fait 2,8 millions (2,4 -3,3 millions) de décès en 2005 dont plus d'un demi million (570000) d'enfants et 38,6 millions de personnes vivent avec le VIH avec près de 5 millions de nouvelles infections [1].

Situé en Afrique subsaharienne ; le Mali un pays en voie de développement, ayant une population de 11 408 323 habitants avec plus de 55 % de femmes ; vit pleinement les préoccupations posées par l'épidémie du VIH /SIDA. Toutes les 8 Régions administratives du pays sont touchées. Sur le plan national, un taux général de 1,3 % de prévalence a été relevé à la suite de l'enquête EDS IV (enquête démographique et de santé) en 2006, [2].

Cependant suivant les réalités des différentes zones et des groupes Socio-professionnels du pays, des chiffres plus inquiétants ont été recueillis à la faveur d'une enquête intégrée sur la prévalence des IST /VIH et le comportement de certains groupes à risque en 2003, [3]. Ce taux de prévalence malienne par rapport à celui de la sous Région est bas, mais certes il existe une menace certaine de l'infection selon les études menées par le PNLS et le CDC d'Atlanta (rapport PNLS/CDC 2003) estimant la prévalence VIH /SIDA entre 2,3 % et 3,4 % chez les femmes enceintes participant au CPN dans le district de Bamako [3]. La prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositives est mal connue.

Cependant une étude préliminaire menée à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré entre mars 2002 et novembre 2005 a estimé un taux de transmission mère-enfant à 0,9 % avec un taux de décès à 1,7 % [3]. Le faible taux de scolarisation, le faible

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

niveau d'information, la précarité des conditions de vie observés chez les femmes, pourtant noyau du développement font quelles sont les plus touchées.

Pour ces raisons, l'infection à VIH/SIDA mérite une attention particulière en Afrique et plus particulièrement au Mali.

L'engagement politique des autorités maliennes a été ressenti depuis la découverte des premiers cas au Mali en 1985, [2]. Des efforts ont été fournis en ce sens, dans la prévention et dans la prise en charge.

La prévention occupe le premier axe, et le plus sûr, de lutter contre l'infection à VIH/SIDA. Vu les efforts de lutte du gouvernement malien en passant par les médias, les conférences, les séminaires ; vu les appuis des organismes internationaux en passant par les ONG et les autres associations de lutte contre l'infection à VIH ; il est important pour nous, d'évaluer les impacts sur le terrain de ces différents efforts de prévention, surtout chez les femmes qui constituent la couche la plus vulnérable. Le service de gynécologie et d'obstétrique constitue une structure de référence nationale. Selon les statistiques du dit service en 2005, 8975 consultations y ont été effectuées dont le suivi des femmes enceintes infectées par le VIH. Depuis 2001, il constitue avec le service de pédiatrie, le site pilote PTME national. Nous avons donc voulu évaluer le niveau de connaissances sur le VIH en général et la PTME en particulier des femmes consultant dans le service de gynécologie et d'obstétrique.

Pour mener ce travail nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Evaluer le niveau de connaissance sur le VIH /SIDA des femmes qui viennent en consultation dans le service de gynécologie et d'obstétrique au CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes.
- Evaluer les connaissances générales des femmes sur le VIH.
- Evaluer les connaissances générales des femmes sur la transmission mère-enfant du VIH.
- Déterminer la fréquence du dépistage volontaire du VIH.
- Evaluer les connaissances des femmes sur le programme national PTME.

III- GENERALITES

1. DEFINITION :

Le SIDA définit comme un syndrome immunodéficience acquis, est une infection rétrovirale chronique persistante chez l'Homme, dont l'agent responsable est un virus appelé VIH (langage international).

Autrement dit, c'est un ensemble de signes cliniques avec insuffisance fonctionnelle du système immunitaire due à l'introduction du virus chez le malade ; c'est une maladie non héréditaire mais acquise à la suite d'exposition en contact avec le virus.

2 - HISTORIQUE :

En 1980, trois patients présentant un déficit immunitaire sévère, une pneumopathie et une altération de l'état général ont été hospitalisés en Californie.

En 1981, parut la publication du CDC (centers for disease control ou centre fédéral d'épidémiologie des Etats-Unis) de cinq (5) cas de pneumopathie grave à pneumocystis Carini observés entre octobre 1980 et Mai 1981 Chez des jeunes homosexuels masculins de Los Angeles [4]. La même année en 1981, plusieurs cas de maladie de Kaposi ont été décrits à New York. Le terrain retenait l'attention chez tous les malades présentant une immunodépression sévère, jeunes homosexuels jusqu'alors en parfaite santé apparente. La cause du déficit immunitaire était inconnue. Ce syndrome fut alors désigné par le nom de GRID (Gay related immune déficience) or « Gay syndrom ».

En 1982, des syndromes semblables ont été observés chez des hémophiles, des toxicomanes, des hétérosexuels Haïtiennes et des enfants de parents toxicomanes. Ces observations viennent renforcées l'hypothèse d'un agent infectieux viral transmissible par voie sanguine, sexuelle et materno-foetale [4], donc le GRID devenait AIDS (acquired immunodeficiency syndrome).

En 1983, l'équipe du professeur Luc Montagnier de l'institut Pasteur à Paris isole l'agent causal, qui est un rétrovirus et fut dénommé LAV (lymphadenopathy associated virus). Au cours de cette même année des pédiatres américains comme Robinstein d'une part et Olestre d'autre part décrivaient un nouveau syndrome d'immunodéficience acquise chez l'enfant [5].

Ils suggèrent la possibilité d'une transfusion intra-utérine d'un agent infectieux contenu dans le sang.

En 1984, dans un article Cowan a émis la même hypothèse, après avoir constaté l'apparition des signes cliniques et biologiques caractéristiques de cette maladie dès les premiers mois de la vie, chez trois enfants d'une jeune toxicomane. La même année, Rawhson rapporta le premier cas SIDA associé à une grossesse chez une jeune toxicomane atteinte d'un sarcome de Kaposi disséminé [6].

En 1985, les tests de dépistage au paravent expérimentaux deviennent disponibles à l'échelle industrielle. Aux Etats-Unis le professeur Robert Gallo décrit le HTL VIH et l'équipe de l'institut Pasteur isole le VIH2. A la même année les premiers essais cliniques (phase I) de l'azothydrique ou Zidovudine ou AZT commercialisé sous le nom de Retrovir [7]. Le second essai clinique de Zidovudine (phase II) s'est déroulé au mois de février 1986 sur les malades atteints de SIDA.

Connu désormais comme « grande cause nationale », l'organisation mondiale de la santé institua le premier décembre comme « journée mondiale du SIDA » et cela depuis 1988.

En 1994, les conclusions préliminaires d'un traitement par AZT chez les femmes enceintes séropositives ont montré une diminution des deux tiers du risque de transmission du VIH [8].

3-BIOLOGIE :

3-1-CLASSIFICATION :

Le virus de l'immunodéficience humaine appartient à la famille des rétrovirus. Ces virus sont répandus dans l'espèce animale (Girard PM et AL 1998), [9]. La famille de rétrovirus recouvre toutes les particules virales possédant la transcriptase inverse. Elle divise en trois grands groupes répartis selon les critères de pathogénie et des paramètres de phylogénie :

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.

3-2- STRUCTURE DU VIRUS DE VIH :

Comme un rétrovirus à ARN, le matériel du virus est codé en ARN qui est retrotransit 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 et 120 nanomètres et bourgeonnent à la surface de la cellule infectée. La structure des VIH est similaire ; seuls changent les poids moléculaires des protéines en enzymes constitutives de ce virus. Le génome des VIH, sous forme d'ADN, à une longueur d'environ 9200 nucléotides et est flanqué de chaque coté répétitif 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 [9]. Comme tous les rétrovirus, les VIH ont trois gènes de structures : 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 de gènes complémentaires, régulateur 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, vpu. Leurs fonctions exactes ne sont pas toujours bien connues .L'homologie globale entre VIH1 et VIH2 est de l'ordre de 50 %, assez forte au niveau des protéines internes et plus faible au niveau des glycoprotéines d'enveloppe (39 %), [9].

4 – EPIDEMIOLOGIE :

4 -1 – DANS LE MONDE :

La prévalence et le nombre de cas de VIH /SIDA s'augmentent d'année en année malgré les efforts de financement ; les engagements politiques des pays et un accès récemment amélioré aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde. C'est une sorte d'épidémie galopante sans restriction de race ni de sexe, la plus dévastatrice de l'histoire avec une conséquence néfaste sur toutes nos activités.

Depuis qu'il a été identifié en 1981 et jusqu'en 2006 le SIDA (syndrome immunodéficience acquis) a tué plus de 25 millions de personnes [1].

Ainsi en 1998, le nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde est estimé à 30,6 millions [10].

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

En 2000, ce nombre ne cessait d'accroître et se chiffrait à 34,3 millions de personnes [11].

En 2006, l'OMS estimait à 40,3 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, dont 38 millions d'adultes, 17,5 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de nouveaux cas était de 4,9 millions dont 4,2 millions d'adultes et 700.000 enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès lié au SIDA était estimé à 3,1 millions dont 2,6 millions d'adultes et 570000 enfants de moins de 15 ans. Environ 600.000 nouveaux nés sont infectés par année par le VIH via la transmission materno-fœtale. Le nombre cumulatif d'enfants infectés était de l'ordre de 10.000 en Europe, 20.000 aux Etats Unis mais plus de 500.000 en Afrique Subsaharienne [1].

IL est important de souligner qu'avec des interventions déterminées et concertées, le VIH est en train de céder le terrain. Les efforts soutenus entrepris dans plusieurs milieux ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH; parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans de nombreux pays occidentaux ; parmi les jeunes en Ouganda, chez les professionnel (le) s du sexe et leurs clients en Thaïlande et au Cambodge ; ainsi que parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne et au Brésil. Le lancement des programmes de prévention depuis un certain temps a contribué enfin à baisser la prévalence du VIH au Kenya et au Zimbabwe, ainsi que les zones urbaines d'Haïti.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté dans toutes les régions sauf une au cours des deux dernières années. Aux Caraïbes, deuxième région la plus touchée du monde, la prévalence du VIH n'a pas changé en 2005 par rapport en 2003.

Des épidémies croissantes sont en cours en Europe Orientale et en Asie centrale ainsi qu'en Asie de l'Est. Dans les régions nommées, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté d'un quart (passant à 62 000) au cours de la même période. En Asie de l'Est, le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006 s'est accru d'un cinquième (pour atteindre 870 000), par rapport à deux ans plutôt. L'augmentation de la proportion de femmes touchées par l'épidémie se poursuit. En 2005, 17,5 millions de femmes vivaient avec le VIH, un million de plus qu'en 2003. Treize millions et demi de ces femmes vivent en Afrique subsaharienne. L'impact croissant sur les femmes est également visible en Asie du Sud et du Sud-est (où près de deux

millions de femmes vivent maintenant avec le VIH); ainsi qu'en Europe Orientale et en Asie centrale [1].

4 – 2 –EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE :

Représentant un peu plus de 10% de la population mondiale, l'Afrique subsaharienne abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH, 25,8 millions.

En 2005, on a estimé à 3,2 millions le nombre de personnes ayant contracté une infection, alors que 2,4 millions d'adultes et d'enfants sont morts du SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 4,6% de femmes et 1,7% des hommes vivent avec le VIH en 2005. Une baisse de la prévalence chez l'adulte à l'échelle nationale semble se produire dans trois pays d'Afrique subsaharienne : le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe. A l'exception du Zimbabwe ; les pays d'Afrique australe ne montrent guère de signes de déclin dans leurs épidémies. Les niveaux de prévalence du VIH restent exceptionnellement élevés (sauf pour l'Angola), et pourraient même n'avoir pas encore atteint leur pic dans plusieurs pays comme le suggèrent les épidémies en expansion au Mozambique et au Swaziland.

L'Afrique de l'Ouest et centrale (où la prévalence nationale estimée du VIH est considérablement moins élevée que dans le Sud et l'Est de la région) ne montrent pas non plus de signes de changement dans les niveaux d'infection à VIH, sauf dans les zones urbaines du Burkina Faso (où la prévalence semble en baisse).

IL est certes inexact, de parler d'une épidémie «Africaine » unique de SIDA, et les données de prévalence VIH à l'échelle nationale et peuvent parfois fournir un tableau incomplet de la situation.

Dans la plupart des pays, la prévalence au VIH observée parmi les femmes enceintes en consultations prénatale, par exemple, varie considérablement selon le lieu. Ces différences localisées soulignent aussi l'adaptabilité des épidémies et leur sensibilité aux facteurs contextuels que les stratégies de prévention, de traitement, de prise en charge et d'atténuation de l'impact devra prendre en compte pour être plus efficaces. Au premier plan de ces facteurs, on relève la condition sociale et socio-économique des femmes, elles, qui restent touchées de manière disproportionnée par le VIH dans cette région et sont, dans le même temps, mal informées de l'épidémie [1].

4-3- Au Mali :

Selon les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique de Santé en 2001, le Mali pourrait être considéré au premier regard comme un pays à faible prévalence (1.7%) [12].

En Juin 2000, les estimations globales publiées par l'ONU/SIDA donnaient une séroprévalence de 2,7% en milieu urbain et 2,9 % en milieu rural chez les femmes enceintes vues en CPN au Mali [13].

En Août 2002, un programme de PTME du VIH a démarré dans le District de Bamako au niveau de 5 sites et a donné une séroprévalence de 3,6 % après 8 mois de mise en œuvre chez les femmes enceintes vues en CPN [13].

5 – MODE DE TRANSMISSION :

Le virus a été retrouvé principalement dans le sang, le sperme, le lait maternel et les sécrétions vaginales des personnes infectées.

5-1-. TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

La prévalence de l'infection à VIH chez les enfants est actuellement étroitement liée à la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes. La transmission materno-fœtale du VIH constitue le mode de contamination quasi exclusif des enfants infectés [14].

La transmission mère-enfant peut s'effectuer in utero (dans les semaines qui précèdent l'accouchement), au moment de l'accouchement et en période post natal en cas d'allaitement maternel [15,16].

5- 2. MECANISMES ET MOMENTS DE TRANSMISSION:

Les différents mécanismes de transmission ne sont pas tous élucidés à ce jour. Plusieurs hypothèses coexistent, faisant intervenir soit le virus libre soit le virus associé aux cellules, soit une infection du placenta. Le rôle des anticorps neutralisants maternels et des cellules T cytotoxiques présentes chez la mère est aussi à préciser [17].

A - Transmission du VIH in utero [15,18]

La possibilité d'infection in utero est connue de longue date par la mise en évidence dès la naissance d'une virémie VIH, voire des signes cliniques chez certains enfants. Cette contamination in utero est associée à un risque accru d'évolution rapide de la maladie chez l'enfant. La transmission in utero très précoce au premier trimestre de grossesse est possible mais peu fréquente. La transmission in utero se passe donc principalement au troisième trimestre dans les deux semaines précédant l'accouchement. Le placenta joue probablement un rôle protecteur vis-à-vis de cette transmission dont plusieurs mécanismes peuvent être évoqués :

Un passage de virus via le liquide amniotique ;

Des échanges sanguins materno-fœtaux favorisés par des brèches placentaires ;

Un passage Transplacentaire du virus via certaines cellules permissives à l'infection comme les macrophages placentaires.

B - Transmission du VIH en intrapartum

Elle est la plus fréquente. En effet, le virus est transmis dans 65% des cas au moment de l'accouchement. Les mécanismes de cette transmission ne sont pas connus précisément [19]. Le passage du nouveau-né dans la filière génitale et le contact de ses muqueuses avec les particules virales libres ou associées aux cellules maternelles des sécrétions vaginales sont sans doute impliqués. Des échanges sanguins foeto-maternels favorisés par des microlésions dans la barrière placentaire au moment des contractions utérines ont aussi été évoqués [20,21].

Enfin, une infection par le liquide gastrique via la muqueuse intestinale peut être aussi évoquée chez les nouveau-nés [22].

L'ensemble de ces points justifie l'importance de la phase périnatale dans la prévention de la transmission mère-enfant par des antirétroviraux [23].

C - Transmission post-partum ou postnatale [18,24, 25]

Elle est liée à l'allaitement maternel et représente environ un tiers de la transmission périnatale du VIH, soit un risque de TME surajouté allant de 5 à 29% en cas de primo infection maternelle. En effet le virus est présent dans le lait sous forme libre ou associé aux cellules. Le risque de transmission est par ailleurs proportionnel à la durée de l'allaitement.

Les facteurs de risque élevés sont :

- L'allaitement mixte, le colostrum surtout en cas de charge virale élevée.
- Les crevasses, les abcès du sein, les mastites.
- Les affections buccales du nourrisson : muguet, plaies.

La durée de l'allaitement : si l'allaitement maternel est prolongé le risque additionnel est de 1% par mois après les six premiers mois.

5 – 2 - FACTEURS DE RISQUE

A - Etat immunovirologique maternel

- Charge virale.

La charge virale maternelle est le facteur prédictif le plus important de la transmission périnatale du VIH type 1 [26,27]. Les auteurs retrouvent une association significative entre la charge virale moyenne et le risque de transmission au cours de la grossesse et à l'accouchement. Pour Garcia [28] le taux de transmission est de 40% si la charge virale est supérieure à 100.000 copies d'ARN HIV/ml, de 30% entre 50.000 et 100.000 copies/ml, de 20% entre 10.000 et 50.000 copies/ml et de 17% entre 1000 et 10.000 copies/ml. Aucune valeur au delà de laquelle le risque de transmission est de 100% n'a été définie. Il existe des cas rapportés de transmission avec une charge virale maternelle inférieure à 1000 copies/ml. D'autre part, la charge virale plasmatique maternelle est un facteur prédictif d'une charge virale détectable dans le lait et donc d'un risque de transmission important.

Plusieurs études ont montré que le risque de transmission augmentait de façon parallèle avec l'augmentation de la charge virale, mais là encore il n'existe aucune valeur en dessous de laquelle il n'y a pas de transmission [29].

- Taux de CD4

Le risque de transmission augmente de façon proportionnelle au déficit immunitaire, dont témoigne la diminution du taux de lymphocytes CD4 [30]. Lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200 /mm³, le risque de transmission est doublé ; du moins sans traitement ou avec la Zidovudine (AZT= ZDV) seule. Le chiffre absolu de CD4 peut diminuer pendant la grossesse du fait de l'hémodilution, mais le pourcentage n'est pas modifié [31]. L'état immunitaire et la CV maternels étant fortement liés, il est difficile de déterminer le poids de chaque élément, ce d'autant plus qu'il varie selon

que la mère est traitée ou non. En l'absence de traitement, le risque est élevé lorsque le taux de lymphocytes CD4 est bas, quelle que soit la CV. Lorsque le taux de lymphocytes CD4 est conservé, au-dessus de 500 /mm³, l'élément déterminant est la CV plasmatique [32].

B - Etat clinique maternel

L'état clinique est un élément important en l'absence de traitement car une mère au stade de SIDA avéré a un risque de plus de 50 % d'avoir un enfant contaminé. Toutefois un antécédent de maladie opportuniste chez une femme dont l'infection est actuellement stabilisée sous traitement ARV n'a pas la même signification péjorative [33].

C - Caractéristiques du virus

Outre le niveau de la charge virale maternelle, les caractéristiques des virus sont également impliquées dans la transmission. Plusieurs études phylogénétiques ont montré que les virus retrouvés chez l'enfant infecté sont homogènes. Cette homogénéité virale pourrait s'expliquer par une infection à très faible inoculum ou par une sélection des virus au tropisme le plus adapté. Dans cette dernière hypothèse, cette sélection proviendrait de l'utilisation de corécepteurs particuliers [34].

Des études ont montré que les mères ayant un virus de phénotype SI, utilisant préférentiellement les corécepteurs CCR5 et CXCR4, ont un risque plus important d'infecter leur enfant que les mères avec un virus de phénotype NSI [34].

Paradoxalement d'autres études montrent que la transmission verticale a principalement lieu avec des souches NSI utilisant préférentiellement le corécepteur CCR5 [35]. La fréquence de la transmission dépend également de la nature du virus transmis. C'est le cas du VIH2, bien moins pathogène que le VIH1, et dont le taux de transmission est nettement plus faible que pour le VIH1 :102% vs 24.7% [36].

L'éventuelle différence de pathogénicité entre les sous types viraux n'a pas été mise en évidence dans le cadre de cette transmission dont le taux reste identique dans les différents pays du monde, quelle que soit la répartition des sous types viraux [37].

D - . Facteurs obstétricaux

- Mode d'accouchement [38]

Plusieurs études récentes montrent qu'une césarienne programmée en association avec la prophylaxie par l'AZT, avant tout début de travail et à membranes intactes, réduit le risque de TMF chez la femme non traitée ou ayant débuté tard son traitement. A l'inverse, la césarienne en cours du travail ou à membranes rompues ne semble pas apporter de protection par rapport à l'accouchement par voie basse.

- Accouchement prématuré et rupture prolongée des membranes

La transmission augmente de façon linéaire en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf, ce qui signifie qu'il n'y a pas de seuil en deçà ou bien au delà duquel le taux de transmission se stabiliserait. A l'inverse, la durée du travail ne semble pas être liée au risque de transmission [18].

- Infections maternelles

On observe que le taux de transmission est plus élevé en cas de fièvre pendant le travail ou de chorioamniotite. L'infection génitale ou une IST pendant la grossesse sont également des facteurs de risque [18].

Ces différents facteurs sont liés, et recouvrent la problématique des accouchements prématurés et de la rupture prématurée des membranes, probablement par le biais des infections bactériennes latentes [18].

Dans l'enquête Périnatale Française (EPF), la présence d'un liquide amniotique sanglant, due le plus souvent à un placenta prævia ou à un décollement était un facteur de risque élevé mais peu fréquent [39].

- Gestes invasifs ou traumatisants pendant la grossesse

Les gestes invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie) étaient associés à un risque accru de TME dans l'EPF [39]. Cette relation est plus difficile à évaluer depuis l'introduction de la prophylaxie antirétrovirale, en raison du nombre plus faible d'enfants infectés [18]. Quant aux gestes pendant l'accouchement aucun n'a de

valeur prédictive, qu'il s'agisse de l'épisiotomie ou des déchirures vaginales, ou de l'extraction instrumentale par forceps ou par ventouse [18].

E - . Les facteurs démographiques

L'origine géographique notamment européenne ou africaine, le mode de contamination de la mère, sexuelle ou sanguine, ne sont pas liés au risque de transmission [30].

Une étude avait suggéré que lorsque la mère avait donné naissance à un enfant infecté le ou les enfants suivants avaient un risque accru, mais cela n'a pas été confirmé par la suite [31].

Quand au statut du père, il ne semble pas jouer sur le risque de transmission de la mère à l'enfant [31].

Tableau 1: Facteurs de risque de transmission mère-enfant du VIH [29].

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Statut clinique et biologique de la mère<ul style="list-style-type: none">- Age maternel- Charge virale élevée- Taux de lymphocytes CD4 bas- Déficit en vitamine A sérique- Primo-infection en cours de grossesse2. Particularités viro-immunologiques<ul style="list-style-type: none">- Virus SI (controversé) (virus formant des syncytia in vitro sur cellules MT2)- Taux élevé d'anticorps facilitant- Absence de lymphocytes T cytotoxiques3. Facteurs liés à la grossesse et à l'accouchement<ul style="list-style-type: none">- Fièvre- Chorioamniotite et infections cervico-vaginales pendant la grossesse- Accouchement prématuré (< 37 SA)- Durée du travail- Durée de rupture des membranes (> 4 H)- Liquide amniotique méconial, sanglant- Mode d'accouchement (réduction du taux de transmission materno-fœtale par césarienne)4. Allaitement<ul style="list-style-type: none">- Risque de transmission est augmenté- Durée de l'allaitement est associée à une augmentation du risque |
|--|

5 – 2- PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH

5 – 2 – 1. PROTOCOLES DE PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE [40]

- Les résultats de l'essai thérapeutique franco-américain ACTG 076/ANRS-024, en février 1994 ont montré l'efficacité de l'AZT (Zidovudine) administré en fin de grossesse et sa très bonne tolérance tant chez la mère que chez l'enfant.

Cet essai comparait deux groupes de femmes séropositives dont le traitement à partir du deuxième trimestre de grossesse était randomisé : placebo ou AZT à la dose de 500 mg/j per os, au cours du travail en intraveineux, puis chez le nouveau né pendant 6 semaines. Le taux de transmission materno-fœtale (TMF) dans le groupe AZT fut de 8.2 % vs, 25.5% dans le groupe placebo, conduisant rapidement à l'extension de ce traitement à toutes les femmes enceintes séropositives [40].

- Dans une étude rétrospective, **Wade** et al [41], ont étudié le taux de transmission du VIH chez 939 enfants en fonction des différents modes d'administration de l'AZT, la TMF était de 6.1% quand le traitement était débuté avant l'accouchement, de 10% lorsqu'il était commencé au cours de l'accouchement, de 9.3% lorsque l'AZT était administrée au cours des 48 premières heures de vie et de 18.4% si le traitement n'était débuté que 3 jours ou plus après l'accouchement. En l'absence de traitement le taux de transmission était de 26.6%.

D'autres études menées en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, rapportent des résultats tout à fait comparables [42,43].

- L'efficacité préventive de la Névirapine en monothérapie, en une seule prise chez la mère à l'accouchement et une prise chez le nouveau né, a été démontrée en Ouganda [44]. Le taux de transmission dans cet essai était de 13%, soit une réduction de moitié par rapport au groupe témoin recevant un traitement ultracourt par AZT. Dans un essai sud-africain, le même traitement par Névirapine a été comparé à la bithérapie AZT-3TC, selon le schéma « long » de l'essai PETRA.

L'efficacité des deux traitements était similaire. En revanche, un essai thérapeutique international randomisé de grande ampleur (ACTG, 316/ANRS 083) n'a mis en évidence aucune réduction du taux de transmission avec la Névirapine comparée au placebo chez des mères recevant par ailleurs une prise en charge optimale et des traitements antirétroviraux : les taux étaient de 1.5% dans les deux groupes [45].

Mais actuellement les recommandations nationales optent pour la trithérapie lorsqu'elle est disponible.

- Cependant les mécanismes d'action de la zidovudine sur la TME du VIH ne sont pas encore clairement élucidés. Son effet sur la charge virale est modeste et ne peut expliquer à lui seul la différence entre les taux de transmission. Par ailleurs on ignore toujours quelle est la période de transmission la plus efficace (fin de grossesse,

accouchement, premières semaines de la vie du nouveau né), et s'il existe un risque à long terme pour les enfants non infectés ayant reçu de l'AZT pendant la grossesse.

5 -3 -2 PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE NOUVEAU-NE

A - Objectifs du traitement antirétroviral [46]

Les objectifs du traitement antirétroviral chez la femme enceinte sont multiples :

- diminuer le risque de TME du VIH : pour cela, il faut obtenir une réduction maximale de la réplication virale plasmatique et du nombre de particules virales libres présentes dans les différents liquides biologiques, en fin de grossesse et à l'accouchement ;
- assurer un traitement optimal pour la mère s'il existe une indication pour elle-même, pour maintenir ou restaurer un système immunitaire compétent ;
- préserver les options thérapeutiques futures, en évitant que le traitement préventif n'induisse des résistances pour la mère comme pour l'enfant s'il est infecté ;
- assurer un véritable traitement post exposition à l'infection en poursuivant le traitement antirétroviral chez l'enfant après la naissance.

Ces objectifs sont couplés à celui de limiter au maximum les risques de toxicité médicamenteuse pour le fœtus et pour la mère.

5 -3 -3 *Recommandations OMS2006 [47]*

- Femme séropositive VIH ayant besoin d'un traitement ARV pour elle-même, désirant un enfant ou déjà enceinte : le schéma de première intention privilégié est : ZDV + 3TC+ NVP (proscrire EFV). Il est à poursuivre pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Le schéma prophylactique recommandé pour le nourrisson est NVP dose unique+AZT donné à partir de la naissance pendant une semaine. Dans le cas où la mère reçoit moins de 4 semaines de traitement antirétroviral avant l'accouchement, il est recommandé de donner au nourrisson l'AZT pendant quatre semaines.

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

- Femme déjà traitée, désirant un enfant ou enceinte : le traitement sera poursuivi sauf si elle est sous EFV. Remplacer EFV par NVP ou un IP. Il est à noter que l'EFV demeure une option possible de composante INNTI pour un schéma thérapeutique de première intention chez une femme enceinte au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Chez l'enfant, la ZDV pendant une semaine ou la NVP dose unique ou l'association des deux est recommandée.

- Femme enceinte n'ayant pas besoin de traitement ARV pour elle-même : la ZDV sera débutée à 28 SA ou dès que possible par la suite. AZT et 3TC+ NVP dose unique à l'accouchement, ainsi que AZT et 3TC en post-partum 7 jours après. (La poursuite du traitement chez la mère une semaine après l'accouchement permet d'éviter l'apparition de résistances à la NVP et à d'autres médicaments de la même classe).

Chez l'enfant, la NVP dose unique dans les 72 heures et l' AZT pendant une semaine sont recommandées.

- Femme en travail n'ayant reçu aucune prophylaxie ARV pendant la grossesse :

Il faut administrer la NVP dose unique plus l'AZT et 3TC en intrapartum et l'AZT et 3TC pendant une semaine. Chez l'enfant, la NVP dose unique dans les 72 heures plus AZT pendant quatre semaines est recommandée.

En cas d'accouchement imminent, il ne faut pas donner la dose de NVP à la mère, et suivre les mêmes recommandations que pour les enfants nés de mère vivant avec le VIH qui n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale antépartum et intrapartum.

- Enfant né de mère vivant avec le VIH n'ayant reçu d'ARV pendant la grossesse et pendant l'accouchement :

Il faut administrer la NVP dose unique immédiatement après l'accouchement et quatre semaines d'AZT car ce schéma prophylactique réduit d'avantage la transmission que de la NVP dose unique seule.

Pour cet enfant, la prophylaxie ARV doit être si possible commencée immédiatement à la naissance ou dans les 72 heures qui suivent la naissance.

5 - 3- 3 -1 Recommandations maliennes [12]

A - Chez la mère

La conduite à tenir devra tenir compte de plusieurs facteurs:

L'état clinique et immunologique.

Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement.

Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (accréditation, accessibilité de la structure de référence).

- Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV

Si le traitement antirétroviral est efficace (critère clinique, immunologique et si possible virologique) et bien toléré, il sera poursuivi. Dans le cas où le traitement antirétroviral comprend de l'éfavirenz (tératogène) et si la grossesse est dépistée précocement durant le premier trimestre, cette molécule sera remplacée par la Névirapine ou un inhibiteur de protéase.

- Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV

Si l'évolution de l'infection à VIH chez la mère nécessite la mise en place d'un traitement antirétroviral pour elle-même (stade III ou IV de l'OMS, $CD4 < 350/mm^3$), la prise en charge sera celle du traitement de l'adulte ou de l'adolescent. Ce traitement sera débuté rapidement avec une surveillance particulière de la grossesse.

Si la femme est asymptomatique (stade I) ou mieux peu symptomatique (stade II), avec des $CD4 > 350/mm^3$, on proposera au une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée au début du troisième trimestre de la grossesse, donnée pendant

l'accouchement et poursuivie jusqu'à la fin de l'allaitement si allaitement maternel exclusif.

Dans le cas, où la trithérapie n'est pas réalisable (structure non accréditée pour la prise en charge antirétrovirale, centre de traitement ARV éloigné, femme n'acceptant pas la référence), on proposera une bithérapie prophylactique selon les modalités suivantes :

*AZT en commençant au mieux dès la 28^{ème} semaine de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente.

*AZT pendant l'accouchement (dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à la Névirapine à dose unique en début de travail

*AZT + 3TC pendant 7 jours après l'accouchement, si disponible, pour minimiser les risques de résistance à la Névirapine

- Femme enceinte non suivie et non traitée et dont le diagnostic de l'infection a été retardé

Deux situations :

Après le 8^{ème} mois et avant le début de travail, on proposera une trithérapie ou bithérapie prophylactique selon les modalités ci dessus.

Si la femme se présente très tardivement (début de travail), on proposera l'un ou l'autre des schémas suivants :

AZT + NVP { AZT (Cp 300 mg) : dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à 1 comprimé de 200 mg de Névirapine dose unique en début de travail} suffisamment tôt

Bithérapie AZT + 3TC (1 comprimé deux fois / jour) pendant 7 jours, chez la femme se présentant au moment de l'accouchement

B - Chez le nouveau-né

- Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

AZT: 2mg/kg, à débiter 6 à 12h après la naissance et à poursuivre toutes les 8h pendant 14 jours (jusqu'à 4 semaines si la mère a reçu moins d'un mois d'AZT prophylactique)

Et NVP sirop: 1 dose orale: 2mg/kg au cours des 72 premières heures

- Mère traitée moins d'une semaine ou n'ayant pas reçu de prophylaxie

AZT + NVP {AZT sirop, 2mg/kgX2/j pendant quatre semaines associé à Névirapine dose unique}

Ou AZT + 3TC pendant 14 jours

- Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par VIH2

AZT + 3TC pendant 14 jours

- Traitements associés chez le nouveau-né

La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 4 à 6 semaines selon les modalités précisées (cf. Prise en charge chez l'enfant).

La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive, à l'exception des nouveau-nés précocement symptomatiques avec un taux de CD4 < 15%.

L'accès à l'allaitement artificiel doit être favorisé, basé sur le « choix éclairé » de la maman.

5 – 4. AUTRES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH

A - Mesures obstétricales générales [48].

Au cours de la grossesse, il convient d'éviter autant que possible les manœuvres pouvant entraîner des échanges sanguins materno-fœtaux, telles que les versions par manœuvres externes, et les gestes invasifs (amniocentèses et ponctions trophoblastiques...). Le suivi obstétrical doit s'efforcer de prévenir des principaux facteurs de risque connus : l'infection cervico-vaginale ou les infections sexuellement transmissibles, l'accouchement prématuré, et la rupture prématurée des membranes. Il est recommandé de procéder rapidement à l'accouchement au besoin par césarienne en urgence.

B - Césarienne programmée [49, 50, 51, 52]

Plusieurs études récentes, montrent qu'une césarienne programmée, avant tout début de travail et à membranes intactes, réduit le risque de TMF du VIH, en association avec la prophylaxie par AZT (Zidovudine).

A l'inverse, la césarienne en cours du travail ou à membranes rompues ne semble pas apporter de protection par rapport à l'accouchement par voie basse.

Il est donc possible dans la stratégie préventive, d'envisager avec la femme l'option d'une césarienne programmée à la 38^{ème} semaine. Le choix du mode d'accouchement doit tenir compte du rapport entre le bénéfice potentiel pour l'enfant et le risque de l'intervention pour la femme.

D'autre part il n'est pas certain que la césarienne apporte un bénéfice supplémentaire chez les femmes recevant une association antirétrovirale plus puissante au plan virologique que l'AZT en monothérapie : le rapport bénéfice/risque de la césarienne pourrait être moins favorable qu'en cas de monothérapie par AZT.

Plusieurs études ont montré que la morbidité post césarienne est plus fréquente chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes séronégatives, en particulier lorsque la mère a un taux de CD4 inférieur à 200/mm³.

C -. Mesures chez le nouveau-né en salle de naissance [46]

A la naissance, la mise en œuvre rapide d'un bain du nouveau-né est recommandée, bien que l'intérêt de cette mesure n'ait jamais été démontré. L'utilisation d'un antiseptique virucide dans le bain, tel qu'une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium et de chlorure de sodium à 0,06 p100, peut être discutée, mais là aussi sans preuve de son intérêt. La désinfection oculaire est habituellement réalisée en salle de travail. L'aspiration gastrique doit être la moins traumatique compte tenu de la présence documentée du virus dans l'estomac ou dans les sécrétions nasopharyngées.

D - Alimentation artificielle [53]

Le risque de transmission paraît particulièrement important dans les 2 premiers mois, mais il persiste pendant toute la durée de l'allaitement. Dans plusieurs études africaines, dont un essai randomisé au Kenya, le taux de transmission est doublé chez les enfants allaités au sein, mais il semblerait que le risque soit particulièrement élevé en cas d'allaitement mixte.

L'allaitement artificiel est bien accepté par les mères séropositives dans les pays industrialisés, mais pose des problèmes médicaux, économiques et sociaux difficiles dans certains pays en développement.

E -. Autres moyens de prévention envisagés [54]

Plusieurs autres types de prévention ont fait l'objet d'essais thérapeutiques, dont les résultats n'ont pas été concluants, ils ne démontrent aucune efficacité. Il s'agit notamment de l'immunothérapie par les immunoglobulines spécifiques anti-VIH ou la vaccination, la supplémentation en vitamine A ou en polyvitamines, le lavage vaginal à l'accouchement par la chlorhexidine ou le chlorure de benzalkonium.

6 - DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose sur deux principes :

- La détection du virus lui-même ou certains de ces composants : c'est le diagnostic direct.
- La détection d'anticorps spécifiques du virus : c'est le diagnostic indirect.

6 -1 -. PRINCIPE DU DIAGNOSTIC [55] :

Tout enfant né de mère séropositive présentera une sérologie VIH positive les premiers mois de vie en raison du passage des IgG maternelles à travers la barrière placentaire. L'enfant va progressivement éliminer ces anticorps d'origine maternels, mais ils seront en général encore détectables à l'âge de 12 mois et même parfois à l'âge de 15 mois. Simultanément à la décroissance des anticorps d'origine maternelle, l'enfant va synthétiser ses propres anticorps et présenter une sérologie constamment et définitivement positive s'il est infecté.

6 -2 -. DIFFERENTES METHODES DE DETECTION DU VIRUS

A -. Méthode Direct : diagnostic précoce

A-1. Culture virale :

La culture virale consiste à faire pousser in vitro du virus par les lymphocytes infectés de l'enfant .La première étape consiste en la séparation des lymphocytes par élimination des hématies et des polynucléaires .Les lymphocytes de l'enfant sont ensuite mis en culture après avoir été activés afin de stimuler la production virale d'éventuels lymphocytes CD4 quiescents et infectés **(56)**. La culture est réalisée en présence de lymphocytes de sujets séronégatifs qui servent de cellules cibles au virus éventuellement produits par les lymphocytes de l'enfant. La production virale est détectée dans le surnageant de la culture par la mesure de l'antigène p24

(Protéine majeure du virus) [57]. Il est essentiel dans le cadre du diagnostic chez le nouveau-né de sensibiliser au maximum le test antigène p24 afin de détecter de façon optimale les productions virales faibles. L'un des avantages majeurs de la recherche du virus par la culture lymphocytaire est qu'elle peut s'appliquer à tout type de virus VIH [58].

A-2 PCR ADN : Détection du provirus VIH dans les lymphocytes [53]

La PCR, ou polymérase Chain réaction, permet l'amplification en très grande quantité d'un fragment d'ADN par polymérisation enzymatique en chaîne. L'amplification porte ici sur un fragment de l'ADN proviral du VIH intégré dans le génome des lymphocytes. Cette technique détecte donc les lymphocytes infectés quel que soit l'état du virus : en répllication, latent, voir défectif. La PCR-ADN permet de détecter 5 provirus pour 200 000 cellules mononuclées périphériques lorsque la technique est parfaitement au point. Des précautions importantes doivent être prises lors de la manipulation des échantillons afin d'éviter les résultats faussement positifs dus à des contaminations par de l'ADN déjà amplifié. Une des limites de la PCR concerne la détection des virus d'origine africaine, la variabilité du génome pouvant affecter la capacité de détection de ces souches par la PCR. Pour contourner cet inconvénient, il est de règle d'effectuer l'amplification de plusieurs régions génomiques en amplifiant au moins deux régions différentes et très conservées du génome viral. Un contrôle souvent nécessaire consiste à vérifier que le virus de la mère est bien détecté avec la PCR utilisée pour le diagnostic de l'enfant.

A - 3. Détection des ARN-VIH dans le plasma [53]

Il s'agit de la détection des génomes des particules virales libres présentes dans le plasma. Cette mesure est utilisée pour quantifier la charge virale circulante lors du suivi de patients infectés. Trois techniques standardisées sont donc disponibles faisant appel à des méthodes différentes. La PCR-ARN comprend une étape de transformation de l'ARN en ADN avant l'amplification de l'ADN.

La technique NASBA (Nucleic Acid Séquence Based Amplification d'Organon) est une autre technique d'amplification des acides nucléiques spécifiques de l'ARN. La technique ADN branché fait intervenir une capture des ARN, suivie d'une amplification du signal de détection grâce à l'ajout d'un ADN synthétique en forme

d'arbre. Ces techniques présentent l'intérêt d'un résultat en 1 ou 2 jours. Par contre aucune de ces techniques dans leur état actuel ne répond aux trois conditions minimales nécessaires pour le diagnostic chez le nouveau-né : seuil de détection faible en utilisant un petit volume de plasma, capacité de détection de toutes les souches africaines, spécificité élevée.

B - Méthode indirecte : diagnostic tardif

B -1 - Tests enzymatiques

C'est la technique la plus usuelle et toujours utilisée en première intention pour la recherche des anticorps anti-VIH : ELISA [33].

B -2 - Elisa VIH-2

Il existe des trousse spécifiques ELISA VIH-2 pour la détection des anticorps anti-VIH-2 par réaction croisée entre VIH-1 et VIH-2 basée sur le principe « sandwich » [59].

B -3 -. Western-blot = immuno-transfert

C'est aujourd'hui, la technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité VIH [33].

B – 4. Autres méthodes de diagnostic indirect [33]:

- L'immunofluorescence
- Technique d'agglutination
- Techniques directes ou « sandwich »
- Technique de compétition

6 – 3 -DIAGNOSTIC D'INFECTION ET DE NON INFECTION AVANT 18 MOIS [60].

6 -3 -1 -TESTS VIROLOGIQUES DISPONIBLES

- Un seul test PCR négatif permettra d'affirmer l'absence d'infection.
- Le diagnostic est affirmé sur la base d'un test positif à partir de 4 à 6 semaines d'âge.
- Enfants nourris au lait artificiel

Un test de dépistage sera fait à partir de 6 semaines :

Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif, l'enfant est considéré comme infecté par le VIH.

Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif, l'enfant n'est pas infecté par le VIH.

- Enfants nourris au lait maternel,

Un test de dépistage sera envisagé entre 6 semaines et 6 mois, 8 semaines après la cessation de l'allaitement.

Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif, l'enfant est considéré comme infecté par le VIH.

Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif, reprendre l'examen viral 8 semaines après le sevrage total, au cas où l'enfant est nourri au lait maternel.

Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif 8 semaines après le sevrage total de l'enfant nourri au lait maternel, l'enfant n'est pas infecté par le VIH.

Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif 8 semaines après le sevrage total en cas d'allaitement maternel, l'enfant est infecté par le VIH.

6 – 3 -2 -TESTS VIROLOGIQUES NON DISPONIBLES

Lorsque les tests virologiques ne sont pas accessibles, le diagnostic présomptif d'affection VIH sévère doit être évoqué chez un enfant VIH positif à la sérologie, qui présente deux ou plus des critères suivants :

Candidose orale

Pneumonie sévère

Cachexie ou malnutrition sévère

Infection septique sévère

Les autres éléments orientant vers un diagnostic d'affection VIH sévère sont les suivants :

Décès récent de la mère lié au VIH,

Stade VIH avancé chez la mère

Taux de lymphocytes CD4 < 25% chez l'enfant

Le diagnostic présomptif devra être confirmé par des tests sérologiques, au plus tard à l'âge de 18 mois.

NB : - Lorsque la mère et le nourrisson ont reçu des ARV : ce traitement n'affecte pas les résultats lorsque l'examen utilisé est la PCR à ADN. L'ADN reste détectable dans le sang périphérique des enfants infectés qui ont reçu des ARV et ont une charge virale indétectable. Cependant il n'est pas encore bien établi si la sensibilité de l'ARN viral ou l'antigénémie p24 n'est pas affectée par les ARV maternels et infantiles de la PTME.

- Diagnostic quand la mère est sous ARV : On sait que le traitement ARV maternel durant l'allaitement affecte la détection de l'ARN ou l'antigène p24 du fait du niveau relativement élevé d'ARV chez les enfants de mères allaitantes.

7 - SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EXPOSE AU VIH

7 -1 -. SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : RECOMMANDATIONS MALIENNES [61]

Le calendrier de suivi varie selon la structure de santé

- Centre de santé communautaire et Centre de santé de référence

Naissance : Prophylaxie antirétrovirale

Évaluation clinique + Polio 0 + BCG + counseling pour l'alimentation.

Jour 7 : Évaluation clinique + counseling pour l'alimentation.

Jour 45 : Évaluation clinique + vaccin Penta 1 + counseling sur l'alimentation

Mise sous cotrimoxazole.

M2 et ½ : Évaluation clinique + Penta 2 + counseling sur l'alimentation

M3 et ½ : Évaluation clinique + Penta 3 + counseling sur l'alimentation

M6 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation

M9 : Évaluation clinique + vaccin Rouvax + sérologie VIH + fièvre jaune

Sérologie VIH

Il existe deux situations possibles :

Sérologie VIH positive :

Enfant symptomatique : bilan clinique et classification selon les critères de Bangui, puis le malade est référé pour prise en charge selon l'IMAARV.

Enfant asymptomatique : pas d'alarme

M12 et M15: Evaluation clinique + counseling sur l'alimentation.

M18 : Evaluation clinique + counseling sur l'alimentation + sérologie VIH qui lorsqu'elle revient positive avec ou sans symptômes nécessite un transfert de l'enfant pour mise sous ARV et lorsqu'elle revient négative on rassure les parents.

Sérologie VIH négative :

M12 et M15: Evaluation clinique + counseling sur l'alimentation.

M18 : Evaluation clinique + sérologie de confirmation qui lorsqu'elle revient négative rassure les parents.

- Hôpital National

Naissance : Névirapine 2mg/kg avant 72H en prise unique et AZT 2mg/kg 4 fois/jour pendant 6 semaines

J 2 : Évaluation clinique

J7 : Évaluation clinique + counseling pour alimentation

M 1 : Évaluation clinique+ virologique : PCR 1+ biologie : NFS

M 2 : Évaluation clinique

M 3 : Évaluation clinique + virologique : PCR2, NFS +TGO+TGP+CREAT+CD4

Il y a deux situations possibles :

Enfant non infecté :

- Nourri au lait artificiel :

Evaluation clinique tous les 3 mois

Sérologie à 18 mois

Positive : Mettre l'enfant sous ARV

Négative : Rassurer les parents

- Nourri au lait maternel :

Evaluation clinique tous les 3 mois

PCR à 6 mois et 2 mois après arrêt de l'allaitement maternel

Sérologie à 18 mois.

Enfant infecté : Suivi clinique mensuel + bilan inclusion et la mise sous ARV de l'enfant.

7-2- PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE [62]

Sur la base d'une étude récente réalisée en Zambie, l'OMS, ONUSIDA et l'UNICEF ont réactualisé leurs recommandations concernant la prophylaxie au cotrimoxazole chez les enfants.

- Qui devrait bénéficier du cotrimoxazole ?

Tous les enfants exposés au VIH (enfants nés de mère séropositive) dès l'âge de 4 à 6 semaines.

- Combien de temps le cotrimoxazole devrait-il être donné ?

Chez l'enfant exposé au VIH : Jusqu'à ce que l'infection VIH ait été définitivement écartée et que la mère ait cessé l'allaitement au sein.

- Dans quelles circonstances le cotrimoxazole peut-il être arrêté ?

En cas de survenue de réactions cutanées sévères (tel qu'un syndrome de Stevens-Johnson), une insuffisance rénale ou hépatique ou une toxicité hématologique sévère.

Chez l'enfant exposé au VIH, le cotrimoxazole peut être arrêté seulement quand l'infection à VIH a été définitivement écartée :

Chez l'enfant de moins de 18 mois non allaité au sein : test virologique (ADN ou ARN) négatif.

Chez l'enfant de moins de 18 mois allaité au sein : test virologique négatif réalisé au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement

Chez l'enfant de plus de 18 mois allaité au sein : test sérologique (anticorps) négatif réalisé au moins 3 mois après l'arrêt de l'allaitement

- Quelle dose faut-il administrer ?

L'utilisation de la forme sirop est recommandée chez les très jeunes enfants jusqu'à 10-12 kg de poids. Les doses recommandées sont de 6-8 mg/kg en une prise quotidienne.

Si les comprimés peuvent être ingérés, ½ comprimé adulte standard (400mg/80mg) écrasé peut être utilisé chez les enfants jusqu'à 10 kg, 1 comprimé entier chez les enfants entre 10 et 25 kg

En cas d'allergie au cotrimoxazole, la dapsonne est l'alternative préférée.

7 -3- VACCINATION

Le calendrier vaccinal mérite d'être légèrement modifié chez l'enfant né de mère séropositive. Cette restriction ne concerne toutefois pas les pays en voie de développement où le programme élargi de vaccination doit être maintenu, quel que soit le statut sérologique de l'enfant [32].

Les vaccins inactivés et les anatoxines (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio injectable, pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, grippe, hépatite B) ne posent aucun problème, même en cas de déficit immunitaire. La seule question concerne leur réelle efficacité lorsque l'enfant souffre déjà de perturbations immunitaires [23].

Les vaccins vivants (polio oral, rougeole, oreillons, rubéole, fièvre jaune, BCG) posent d'autres problèmes. La persistance du BCG plusieurs années après l'inoculation, même chez un enfant immunocompétent, représente un réel problème. Si la tolérance à court terme est toujours bonne, la diffusion généralisée du BCG dans l'organisme est possible en cas d'effondrement de l'immunité cellulaire, même s'il intervient plusieurs années après la vaccination [32]. Il n'est donc pas logique de se baser sur le statut immunitaire de l'enfant le jour de la vaccination pour décider ou non de le réaliser.

8. MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI (Rapport PTME)

Au Mali, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une priorité de la politique du Gouvernement et est l'un des objectifs du Plan Stratégique de Lutte contre le VIH /Sida 2001-2005.

Le Programme de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) a officiellement démarré dans le District de Bamako en Août 2002. Bamako avait été choisie comme région test d'une part à cause de la séroprévalence et d'autre part à cause de la forte convergence des populations vers la capitale (destination de 43% des migrations internes).

Avant le démarrage des activités une analyse de la situation avait été faite dans les différents sites retenus.

Ceci avait permis de faire :

- l'inventaire des équipements, des infrastructures et du personnel;
- l'identification des besoins des différentes structures retenues nécessaire au démarrage de la PTME;
- l'organisation des soins et des services selon les différents niveaux du système de santé;
- les mesures d'accompagnement en termes de formation du personnel, de disponibilité des médicaments, d'aménagement des infrastructures et le mécanisme de suivi.

Les activités ont pu alors commencer dans 5 centres à savoir les Centres de Santé de référence des Communes 1, 5 et 6, les CSCOM l'ASACOBABA, l'ASACOBOUL II et l' Hôpital Gabriel Touré, également site IMAARV et référence pour le suivi des enfants nés de mères séropositives. Les critères de sélection de ces centres étaient:

- la forte prévalence dans la zone concernée ;
- le taux de CPN au-delà de la moyenne nationale ;
- les conditions minimales en termes de personnel, d'équipements et d'infrastructures (existence d'un laboratoire).

8.1. Stratégies adoptées :

- Prévention de l'infection chez la femme en âge de procréer (sensibilisation) ;
- Conseil et dépistage volontaire pour le VIH chez les femmes enceintes ;
- Administration d'antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives et à leurs nouveaux-nés ;
- Choix éclairé du mode d'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel exclusif ou allaitement artificiel) ;
- Suivi psychosocial des femmes enceintes séropositives ;
- Prévention et traitement des maladies opportunistes chez les mères et les enfants séropositifs et la prise en charge des mères dans le cadre de l'IMAARV.

8.2. Organisation des activités :

Les activités sont organisées de la manière suivante au niveau des sites :

- des séances de causerie en groupe
- le counseling pré dépistage au niveau des unités CPN/Salle d'accouchement
- le test de dépistage dans les unités CPN, salle d'accouchement et laboratoire selon le besoin
- le counseling post dépistage au niveau des unités CPN /Salle d'accouchement
- le Conseil /Accompagnement prénatal des femmes séropositives
- l'accompagnement et prise en charge post-partum des Femmes VIH+ et leurs enfants
- le suivi du couple mère-enfant dans les centres jusqu'à 18 mois
- la référence du couple mère-enfant vers les centres de prise en charge

8.3. Mécanisme de suivi des activités :

Pour pouvoir apprécier cette activité plusieurs actions ont été menées :

8.3.1. Développement des outils : Certains supports ont été élaborés et mis en place

- Registre PTME
- Fiche de collecte des données

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

- Dossiers de suivi du couple mère-enfant
- Guide de supervision
- Guide de monitoring

8.3.2. Supervisions :

- Un suivi mensuel rapproché des nouveaux sites les 6 premiers mois est fait
- Un suivi trimestriel au niveau régional
- Un suivi semestriel au niveau national

8.3.3. Revues : des revues ont été organisées :

- Deux revues régionales de Bamako en Mai 2003 et janvier 2005
- Un atelier national en juin 2003
- Une revue nationale en novembre 2005
- Trois revues régionales en novembre 2007 dans les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti.

8.4. Chronogramme de mise en place des sites PTME de 2002 – Décembre 2007 : (RAPPORT 2006 de la division santé de la reproduction / DNS)

Années	Régions	Nombre de sites	Noms des sites	Date de démarrage
2002	Bamako	6	Csref commune V Csref commune VI Csref commune I CSCOM de Banconi Cscom de BoukassoumbougouII Hopital Gabriel Touré	Septembre 2002
	Total 2002	6		
2003	Bamako	3	Cscom de faladié banankabougou Cscom de Daoudabougou Cscom de Bacodjikoroni	Novembre – Decembre 2003
	koulikoro	1	Csref de Koulikoro	Novembre 2003
	Segou	2	Csref de Ségou Hopital Regional de Ségou	Novembre- Decembre 2003
	Total 2003	6		
2004	Bamako	5	Csref commune II Cscom de Bozola	Octobre Novembre 2004

**Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans
le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE**

			Csref commune IV Cscm de Sebenikoro Hopital Mere enfant Luxembourg	
	Koulikoro	4	Csref de Banamba Cscm de Koulikoroba Cscm de kolebougou Cscm de Banamba Central	Juillet 2004 Janvier 2004
	Mopti	2	Csref de Mopti Cscm de Sevaré	Octobre 2004
	kayes	4	Hopital regional kayes Csref de Kayes Cscm de Lafiabougou Cscm de Kayes Ndi Cscm de khasso (fermé)	Septembre octobre 2004
	Total 2004	15		
2005	Segou	12	Cscm de Medine Ségou Clinique maternité Privée Ségou Dispensaire Camp militaire Ségou Cscm de Darsalam Ségou Cscm de Segou Coura Ségou Cscm de Pelingana Ségou Csref de Bla Cscm de Bla Central Csref de Niono Cscm Central de Niono Cscm de Molodo Cscm C3 de Niono	2005
	Sikasso	14	Hôpital Régional Centre de Santé de Mancourani Sikasso Cscm de Medine Sikasso Cscm de Hamdallaye Sikasso Cscm de Wayerma Sikasso Csref de Bougouni Cscm de Bougouni Est Cscm de Bougouni Ouest Cscm de Bougouni Sud Csref de Koutiala Cscm de Hamdallaye Koutiala Cscm de Médina Coura Koutiala Cscm de Sgomougou Koutiala Centre Professionnel de Koutiala	Mai 2005

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

	Bamako	5	CSRef CIII Cscm de Dravéla Cscm du Badialan Cscm de Sikoroni La maternité d'Hamdallaye	Juin 2005
	Total 2005	31		
2006	Kayes	2	CSRef de Yélimané CSRef de Diéma	Octobre 2006
	Sikasso	2	Cscm de SanoubougouII Le Camp Tiéba	Mars 2006
	Ségou	5	CSRef, CSCOM Central et CSCOM Lafiabougou de San CSRef et CSCOM Central de Tominian	Octobre 2006
	Mopti	3	Csref et CSCOM Central de Djenné Centre INPS de Mopti	Mai 2006
	Tombouctou	4	Hôpital Régional Csref Cscm de Kabara Cscm de Belafarendi	Mai 2006
	Gao	7	Hôpital Régional Csref Cscm de Gadèye Cscm du Chateau Cscm de Boulgoundjé Cscm de Aldjanabadia Centre de l'INPS	Mai 2006
	Kidal	3	Csref Cscm de Aliou Cscm de Etambar	Mai 2006
	Bamako	4	Cscm de Bozola/Niaréla/Bagadadji Cscm de Médine	Février 2006 Novembre 2006

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

			Cscom de Koulouba/PointG Cscom de Bamako Coura	
	Total 2006	30		
2007	Kayes	2	Csref de Kéniéba Cscom du Khasso Kayes	juillet
	Koulikoro	30	Cscom de Gouni CMIE Csref de Dioila Csref de Fana Csref de Kolokani Cscom Central de Kolokani Csref de Kangaba Cscom Central de Kangaba Csref de Ouéléssébougou Cscom Central de Ouéléssébougou Cscom de Kiban Banamba Cscom de Touba Banamba Cscom de Banamba Ouest CSRef de Kati Cscom de Kati Koko Cscom de Kati Farada Cscom de Kati Malibougou Cscom de Kati Sananfara PMI de Kati maternié de la Garnison de Kati Cscom de CSCOM de Dialakorodj Cscom de Dio Gare Cscom de Kabalabougou Cscom de Moribabougou Cscom de Sangarebougou Cscom de Dogodouma Cscom de Sanankoroba Cscom de Sirakoro Méguetana Cscom de Bancoumana Cscom de Kalaban Coro	Janvier 3 èmè trimestre
	Sikasso	2	Csref Kadiolo Csref Kolondiéba	3 ^{ème} trimestre
	Ségou	4	Cscom Central de Kountienso Csref Macina Cscom Central de Macina Cscom Konobougou	Janvier 2007 3 ^{ème} trimestre
	Mopti	7	Csref de Koro Cscom Central de Koro Csref de Badiangara Cscom Central de Badiangara Csref de Douenza Cscom Central de Douenza	3 èmè trimestre

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

			Cscom Central de Téninkou	
	Tombouctou	2	Csref et Cscom de Bourem Sidi Arma	octobre
	Gao	4	Csref d'Ansongo, Cscom de Bara, Bazi-Haoussa et Tassiga	mai
	Kidal			
	Bamako	8	Cscom de Djikoronidjénékabougou et de Niamakoro II Aniasco	Janvier
			Cscom de Djélibougou, Doumazana, Sibiribougou, Sabalibougou I, Garantiguibougou et Yirimadio	juin
	Total 2007	59		
	Total General	147 sites PTME		

- Hôpitaux = 7
 - CSREF = 38
 - CSCOM = 92
 - Parapubliques et privés = 10
- Jusqu'au 17/12/07

9. LISTE ACTUELLE DES SITES PTME FONCTIONNELS AU MALI

REGIONS	CERCLES/COMMUNES	SITES PTME
Kayes (8)	Kayes : 5	CSRéf, hôpital, Cscom Lafiabougou , Kayes n'di et Khasso
	Yelimané : 1	CSRéf
	Diema : 1	CSRéf
	Kéniéba : 1	CSRéf
Koulikoro (35)	Koulikoro: 5	CSRéf, CSCom Koulikoro Ba , CSCom de Kolébougou, , Cscom de Gouni, CMIE,
	Banamba : 5	CSRéf, CSCom central, Kiban, Touba et Banamba Ouest
	Ouélessébougou :2	CSRéf et Cscom Central de Ouélessébougou
	Dioila : 1	Csref Dioila
	Fana : 1	Csref Fana,
	Kolokani : 2	Csref Kolokani et Cscom Central de Kolokani,

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

	Kangaba : 2	Csref Kangaba, Cscm Central de Kangaba,
	Kati: 17	CSRef Kati, CSCOM de Kati Koko, Kati Farada, Kati Malibougou, Kati Sananfara, PMI de Kati, maternié de la Garnison de Kati, CSCOM de Dialakorodj DioGare, Kabalabougou, Moribabougou, Sangarebougou, Dogodouman, Sanankoroba, Sirakoro Méguetana, Bancoumana et Kalaban Coro
Sikasso (18)	Sikasso : 7	Hôpital ; Centre de Santé de Mancourani, Cscm Médine, Hamdallaye, Wayerma, Sanoubougoull et le Camp Tiéba
	Bougouni : 4	CSRéf, Cscm Bougouni Est, Bougouni Ouest et Bougouni Sud
	Koutiala : 5	CSRéf, Cscm Hamdallaye, Sogomougou, Médina Coura et Centre Confessionnel de la mission
	Kadiolo : 1	CSRef
	Kolondiéba : 1	CSRef
Ségou (23)	Ségou : 8	CSRéf , Hôpita, Cscm Dar Salam, Médine, Pélingana, Ségoucouira, Infirmerie Garnison et Clinique Maya BOLLY
	Bla : 3	CSRef , CSCom central Bla et CSCom central Kountienso
	Niono : 4	CSRef, CSCom Central, Molodo et C3
	San : 3	CSRef, CSCom Central, CSCom de San Lafiabougou,
	Tominian : 2	CSRef, CSCom Central
	Macina : 2	CSRef et CSCOM Central
	Baouéli ; 1	CSCOM Konobougou
Mopti (12)	Mopti : 3	CSRéf , CSCOM Sévaré et Centre de l'INPS
	Djenné : 2	CSRéf de Djenné et CSCOM de Djenné Central
	Koro: 2	Csref et Cscm Central de Koro,
	Badiangara: 2	Csref et Cscm Central de Badiangara
	Douenza: 2	Csref et Cscm Central de Douenza
	Téninkou: 1	Cscm Central de Téninkou
Tombouctou (6)	Tombouctou : 4	Hôpital, CSRef, Cscm de Kabara et Belafandi
	Diré	Csref et Cscm de Bourem Sidi Arma
Gao (11)	Gao : 7	CSRéf , Hôpital, Cscm de Gadèye, Château, Aldianabadja, Boulgoundjé et INPS
	Ansongo : 4	CSRéf , Cscm de Bara, Bazi Haoussa et Tassiga
Kidal (3)	Kidal : 3	CSRéf , Cscm de Aliou et Etambar

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Bamako (31)	Commune I : 6	CSRéf, CSCOM Asacoboul II, Asacoba, Asacodou, Asacodjé et Ascomsi
	Commune II : 4	CSRéf, CSCOM Abosac, Boniaba et Médine
	Commune III : 6	CSRéf, CSCOM Asacodrab, Asacobakon, Asacokoulpoint, Ascom et HGTouré
	Commune IV : 6	CSRéf, l'Hôpital Mère Enfant (Luxembourg), Maternité de Hamdallaye, CSCOM Asacosek, Asacosekassi et Asacodjénéka
	Commune V : 5	CSRéf, CSCOM Asacobakodji, Asacosab I, Asacoga et Adasco
	Commune VI : 4	CSRéf, CSCOM de Asacobafa, Asacoyir et CSCOM de Aniasco
TOTAL =		147 SITES

IV- Méthodologie :

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE:

L'étude s'est déroulée dans le district de Bamako, capitale administrative et économique de la république du Mali. Traversée par le fleuve Niger, caractérisée par une diversité ethnique, cette capitale connaît une saison sèche longue de 7 mois, de novembre à mai, et une saison pluvieuse courte de 5 mois, de juin à octobre.

Composée de 6 communes qui disposent chacune d'un C.S.Ref ; 52 C.S.COM

Opérationnels; d'une centaine de cabinets médicaux privés et de cliniques privées; Elle abrite également les 2 hôpitaux nationaux du pays dont l'HGT (Hôpital Gabriel Touré), l'hôpital du Point G.

L'HGT est situé en plein centre de la ville et héberge en son sein le service de Gynéco-obstétrique.

Le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré est un bâtiment à deux niveaux comportant 42 lits répartis entre 13 salles d'hospitalisation.

-Au rez-de-chaussée, on y trouve :

- 1 salle d'urgence avec une toilette interne ;
 - 1 salle d'accouchement avec deux tables d'accouchement ;
 - 1 salle de prise en charge du nouveau né ;
 - 1 salle d'attente et des suites de couche immédiates avec deux lits ;
 - 1 salle de garde pour les sages femmes ;
 - 1 bloc opératoire d'urgence ;
 - 1 salle de garde pour l'aide du Bloc ;
 - 1 toilette externe pour les sages femmes ;
 - 1 bureau pour la sage femme maîtresse ;
 - 1 salle de soins infirmiers ;
 - 1 bureau pour le major de l'hospitalisation ;
 - 2 toilettes externes pour les gynécologues ;
 - 1 bureau pour les déclarations de naissances ;
 - 1 salle des internes ;
 - 1 toilette pour les internes ;
 - 1 toilette pour les infirmières ;
 - 5 salles d'hospitalisations : A, B, C, D et E :
- * Les salles A et B contiennent 3 lits chacune,

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

* Les salles C, D et E contiennent 2 lits chacune.

A l'étage, on y trouve :

1 bureau pour le chef de service avec un secrétariat

1 salle de garde pour les anesthésistes ;

1 bloc Opératoire à froid avec un bureau pour le major, une salle de réveil avec deux lits ;

2 grandes salles d'hospitalisation A et B qui contiennent 12 lits chacune ;

6 salles de première catégorie dont trois avec toilette interne (H, I, J) et trois sans toilette interne (C, D, F) ;

2 toilettes externes pour les salles C, D et F

1 salle de garde pour les médecins en spécialisation en chirurgie et en gynécologie-obstétrique.

Le personnel comprend :

1 professeur titulaire de gynécologie- obstétrique qui est le chef de service ;

8 gynécologues- obstétriciens dont un assistant chef de clinique ;

4 médecins en spécialisation en chirurgie et 6 médecins en spécialisation en gynécologie- obstétrique;

28 Etudiants faisant fonctions d'interne ;

Une secrétaire ;

La sage –femme maîtresse ;

24 sages-femmes ;

L'infirmier chargé des pansements et 8 infirmières ;

3 aides de bloc opératoire ;

L'anesthésiste de garde ;

6 manœuvres ;

Le fonctionnement du service de gynéco- obstétrique :

Le service dispose d'un bloc à froid qui fonctionne quatre jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales et qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt quatre heures. En outre, la consultation externe est assurée tous les jours par deux gynécologues- obstétriciens cinq jours par semaine du lundi au vendredi.

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Le vendredi est réservé surtout au dépistage des dysplasies du col de l'utérus et les consultations prénatales pour les grossesses à risque.

Un Staff se tient tous les jours du lundi au jeudi à huit heures et quinze minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.

Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les spécialistes. La visite générale est effectuée par le professeur tous les mercredis. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec un gynécologue –obstétricien comme chef d'équipe.

Les parturientes admises dans la salle d'accouchement sont prises en charge par l'équipe de garde et l'accouchement est effectué par la sage femme ou les médecins en spécialisation et au besoin on fait appel au gynécologue de garde.

La surveillance du post partum est assurée par les étudiants faisant fonction d'internes.

DISTRICT DE BAMAKO
LOCALISATION DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE

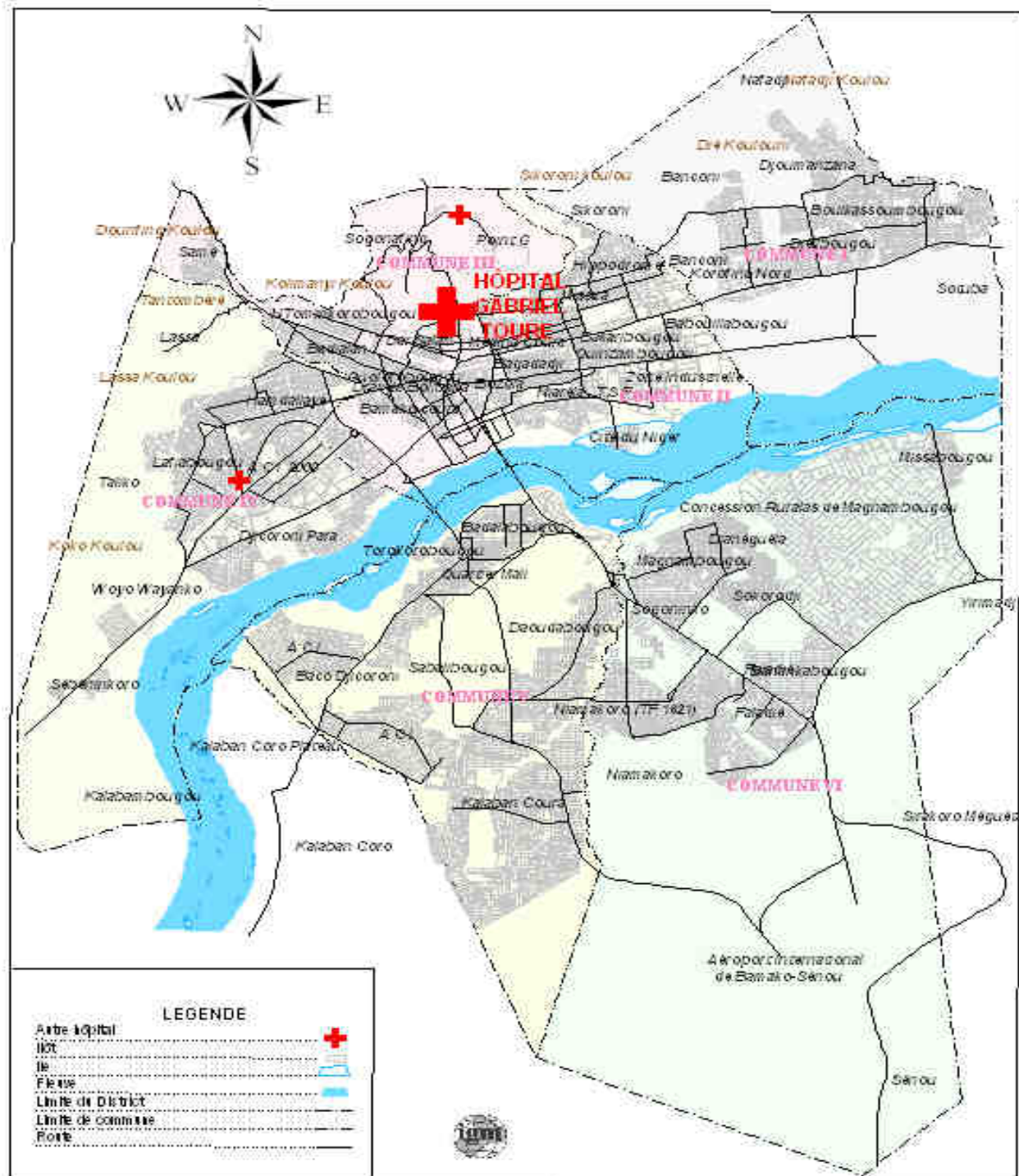


Figure 1: Carte de base du district de Bamako (Source: Institut Géographique du Mali).

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective, descriptive.

3. PERIODE ET DUREE D'ETUDE

Notre étude portait sur la période allant du 21 juin 2006 au 31 août 2006, soit une durée de 2 mois et 10 jours.

4. POPULATION D'ETUDE

Notre étude a concerné les femmes qui sont venues en consultation.

5. CRITERES D'INCLUSION

Ont été incluses dans notre étude, toutes les femmes venues en consultation dans le service de gynécologie et d'obstétrique et ayant accepté l'interview.

6. CRITERES DE NON INCLUSION

N'ont pas été incluses dans notre étude, les femmes n'ayant pas accepté l'interview.

7. ECHANTILLON

Notre étude a porté sur 300 femmes

8. RECUEIL DES DONNEES ET VARIABLES ETUDIEES

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire élaboré à cet effet.

Les variables étudiées ont été les suivantes :

- Les caractéristiques sociodémographiques
- La nature des conseillers pour la consultation
- La connaissance des femmes sur le VIH
- La source d'information sur le VIH
- L'impact des activités de l'AMAS/AFAS
- La Croyance et impression générale sur le VIH
- Le Traitement du VIH
- Le Mode de transmission

- La Prévention de la transmission
- Le Diagnostic
- Le mode d'infection du nouveau-né
- Le test sérologique
- Le PTME et les ARV
- Le conseil

9. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0

Le document a été saisi sur Word.

V- Résultats

Tableau I : Répartition des femmes selon l'âge

AGE (an)	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
15 à 25	51	17
26 à 35	95	31,7
36 à 46	92	30,7
47 à 55	49	16,3
56 à 65	9	3
67 à 75	4	1,3
TOTAL	300	100

Plus de 31% des femmes sont dans la tranche d'âge 26 à 35 ans

Tableau II : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Mariée	169	56,3
Célibataire	61	20,3
Veuve	36	12
Divorcée	19	6,3
Remariée	15	5
Total	300	100

Environ 56% des femmes sont mariées dont 26,3 % polygames

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau III : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Scolarisée	104	34,7
Non scolarisée	157	52,3
Ecole coranique	39	13
Total	300	100

Plus de la moitié des femmes sont non scolarisées environ 52 %

Tableau IV : Répartition des femmes selon la profession

PROFESSION	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Ménagère	141	47
Commerçante	48	16
Employée de bureau	31	10,3
Elève /étudiante	33	11
Autres	47	15,7
Total	300	100

La plupart d'entre elles sont ménagères et représente 47 %

* **Autres** = Aide soignante, Animatrice, Coiffeuse, Comptable, Couturière, Enseignante, griotte, Juriste, Serveuse, Teinturière, Transitaire, Vendeuse, Prostitution, Economiste.

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau V : Répartition des femmes selon la qualité de la personne ayant conseillé la consultation

CONSEILLER	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Agent de santé	68	22,7
Géniteur	76	25,3
Proche	41	13,7
Vous-même	99	33
Animatrice AMAS/AFAS	16	5,3
Total	300	100

Environ 33 % des femmes viennent d'eux même en consultation

Tableau VI : Répartition des femmes selon le motif de consultation

MOTIF DE CONSULTATION	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Maladie	240	80
Contrôle/suivi de la grossesse	60	20
Total	300	100

La maladie représente le motif de consultation le plus fréquent environ 80 %

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau VII : Répartition des femmes selon la source d'information sur le VIH

SOURCE D'INFORMATION	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Campagne (télé, radio, débat)	255	85
Consultation médicale	16	5,33
Maladie/décès (enfant, mari)	39	13
Autres	18	6
Total	300	1002

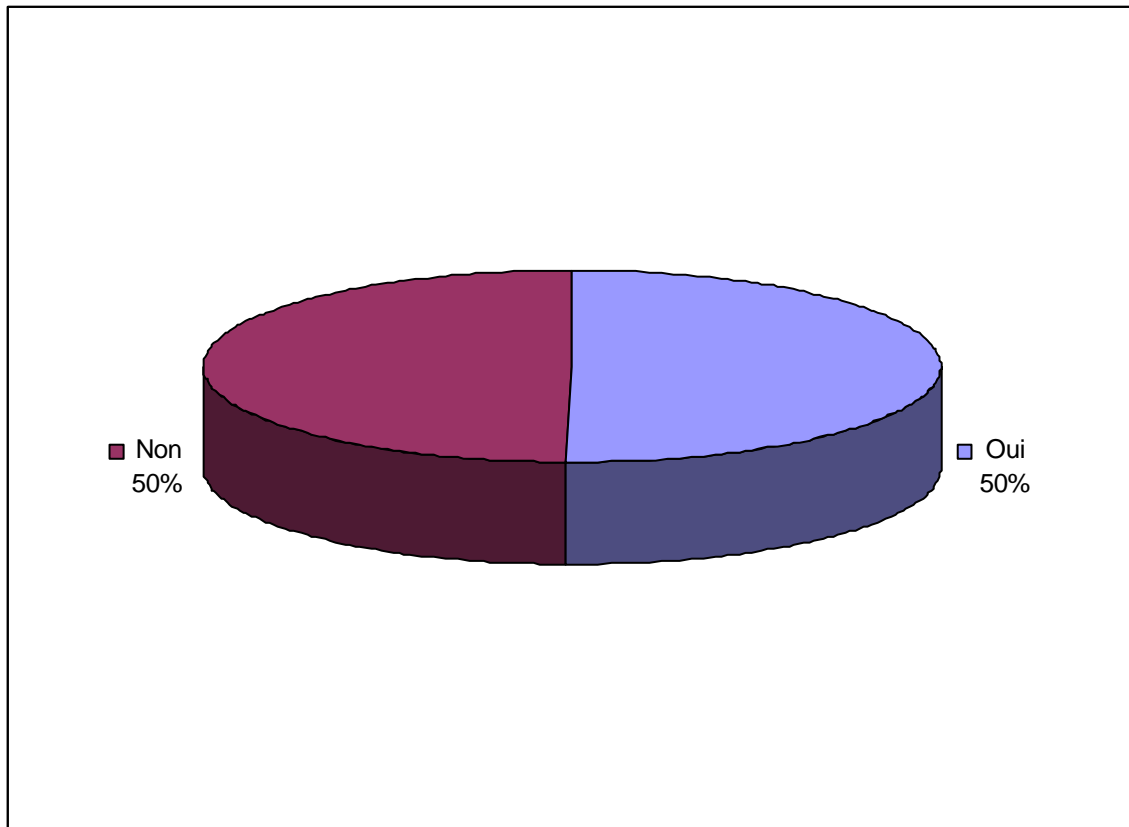
85 % des femmes ont pour la première fois entendus l'existence du VIH /SIDA à travers les media (télé, radio) et lors des débats

* **Autres** = Conférence, Causerie, Séminaire, Formation, Lors des études

Tableau VIII : Répartition des femmes selon leur connaissance sur le VIH/SIDA

CONNAISSANCE SUR LE VIH/SIDA	FREQUENCE n=300	POURCENTAGE (%)
Maladie dangereuse/incurable	166	55,33
Honteuse	132	44
Transmissible	120	40
Maladie de la jeunesse	37	12,33
N'épargne personne	35	11,66
Maladie traumatisant/insupportable	1	0,33
Sanction de Dieu	1	0,33
Maladie créée de toute pièce	3	1
Paludisme chronique	1	0,33
Ne sais rien	22	7,33

55,33 % des femmes pensent que le VIH/SIDA est une maladie dangereuse et incurable ; 0,33 % pensent plutôt que c'est un paludisme chronique.



GRAPHIQUE 1 : répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence des ARV.

49,7 % des femmes ne savaient pas l'existence d'un traitement et 50,3 % trouvaient non radical le traitement.

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau IX : Répartition des femmes selon le mode de transmission évoqué

MODE DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Sexuelle	195	65
Transfusion de sang	142	47,33
Transplacentaire	85	28,33
Coupure d'objet souillé	92	30,66
Excision/circoncision	10	3,33
Allaitement maternel	1	0,33
Ne sais pas	23	7,66
Total	549	183

La voie sexuelle et la transfusion sanguine sont les deux modes de transmission les plus cités

Tableau X: Répartition des femmes selon le moyen de prévention évoqué

PREVENTION DU VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Préservatif	154	51,33
Fidélité	146	48,66
Abstinence	141	47
Sensibilisation	70	23,33
Eviction coupure d'objets souillés	67	22,33
Arrêt excision /circoncision	60	20
Arrêt de l'allaitement maternel	47	15,66
Usage du sang sécurisé	35	11,66
Prié Dieu	32	10,66
Ne sais pas Prié Dieu	7	2,33
Total	759	253

Rare les femmes qui ne savaient rien sur les moyens de prévention et représentent 10,66 %

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau XI : Répartition des femmes selon leur connaissance du moyen de diagnostic du VIH

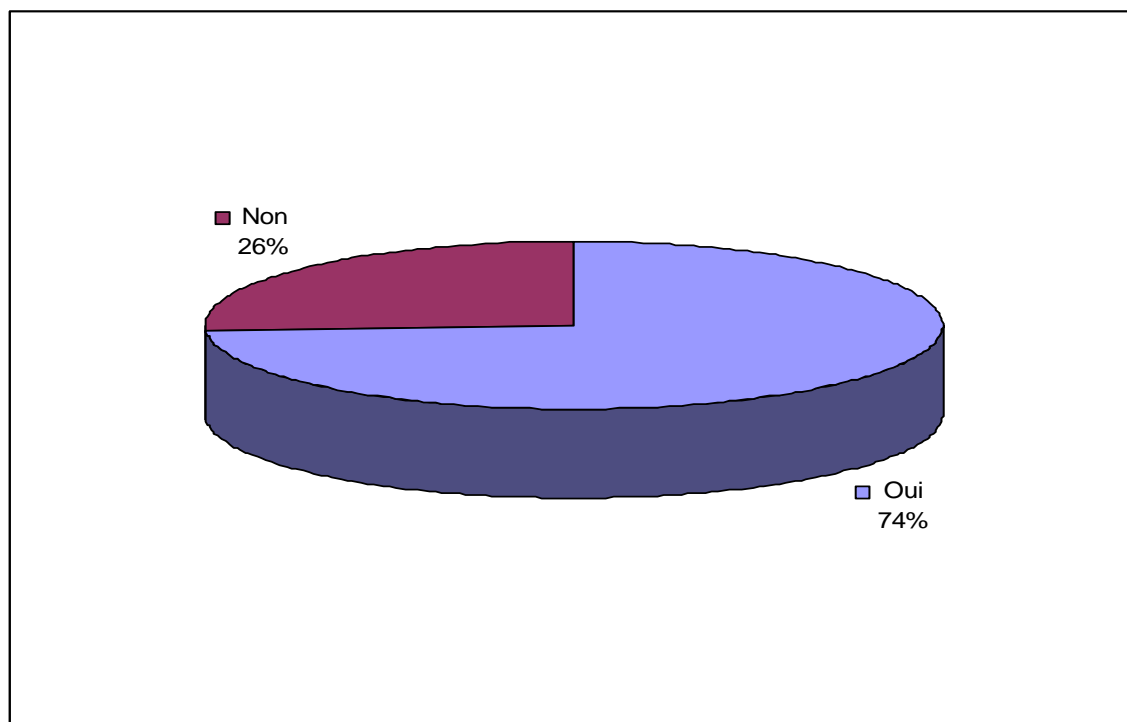
CONFIRMATION DU VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Test de VIH	253	84,3
Modification de l'état général	3	0,96
Par le Médecin	15	5
Ne sais pas	29	9,6
Total	300	100

84,3 % des femmes pensaient que le diagnostic du VIH se fait uniquement par le test sérologique VIH

Tableau XII : Répartition des femmes selon les signes de l'infection à VIH évoqués

SIGNES DU VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
	N= 300	
Diarrhée	213	71
Amaigrissement	153	51
Dermatoses	104	43,66
Ne sais pas	56	18,66
Zona	46	15,33
Fièvre	34	11,13
Plaie	29	9,66
Altération état général	25	8,33
Candidoses	8	2,66

Environ 18,66 % des femmes ne connaissaient aucun signe du VIH /SIDA



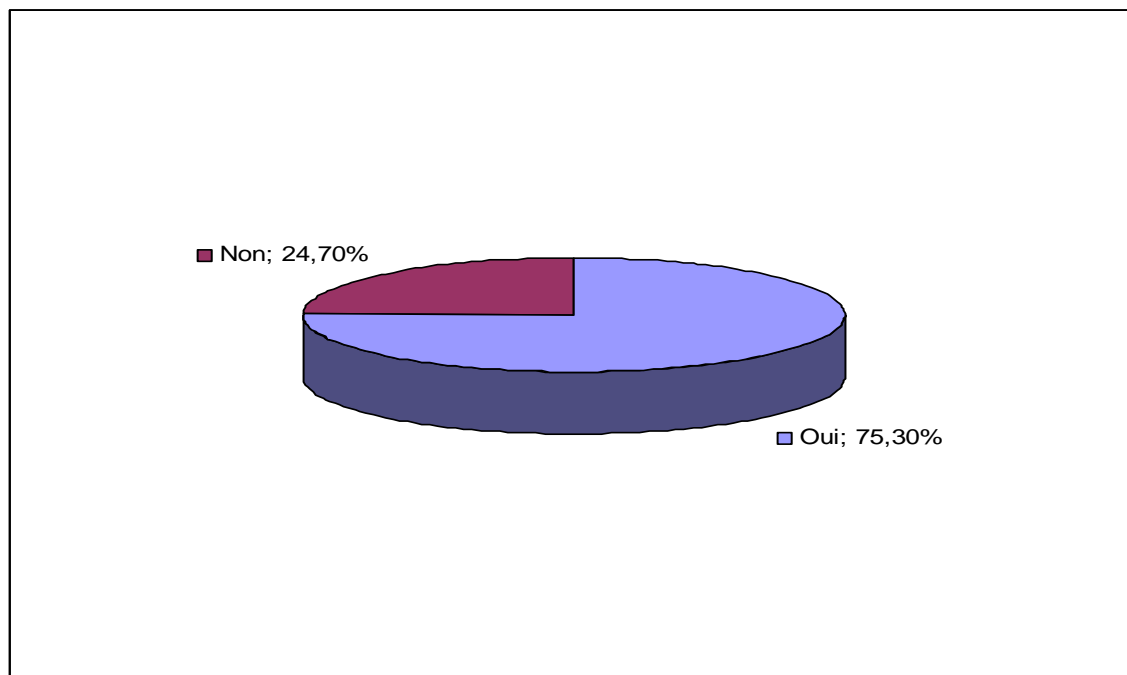
GRAPHIQUE 2 : Répartition des femmes selon la possibilité d'infection du nouveau-né par le VIH.

A peu près 74 % trouvaient que le nouveau-né peut être infecté par le VIH

Tableau XIII : Répartition des femmes selon les modes de transmission de l'infection à VIH évoqués

MODE DE CONTAMINATION	FREQUENCE n = 300	POURCENTAGE (%)
Grossesse/Transplacentaire	127	42,33
Accouchement	87	29,66
Ne sais pas	26	7,66
Transfusion de sang	17	5,66
Injection	16	5,33
Allaitement maternel	13	4,33

Peu de femmes ne savaient rien sur le mode de contamination du nouveau-né soit 7,66 %



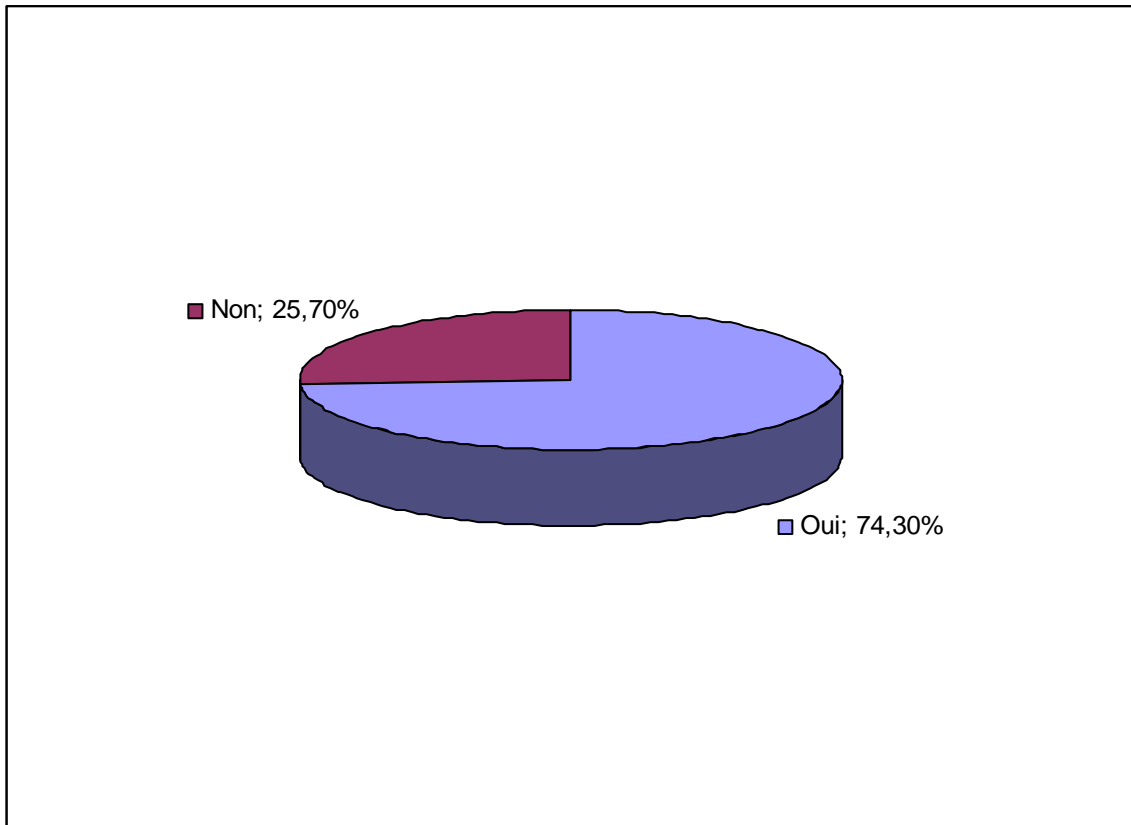
GRAPHIQUE 3 : Répartition des femmes selon leur connaissance du risque de transmission du VIH.

Pour 24,7 % des femmes la transmission du VIH de la mère à l'enfant est impossible

Tableau XIV : Répartition des femmes selon les périodes de transmission évoquées

MODE DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA MERE-ENFANT	FREQUENCE n =300	POURCENTAGE (%)
Grossesse/Transplacentaire	105	34,99
Allaitement maternel	101	33,66
Accouchement	49	18
Ne sais pas	35	11,66

La grossesse (voie Transplacentaire) est le mode de transmission le plus incriminé du VIH de la mère à l'enfant



GRAPHIQUE 4 : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence de mesures PTME.

Pour 25,7 % des femmes la prévention du VIH de la mère au nouveau-né est impossible

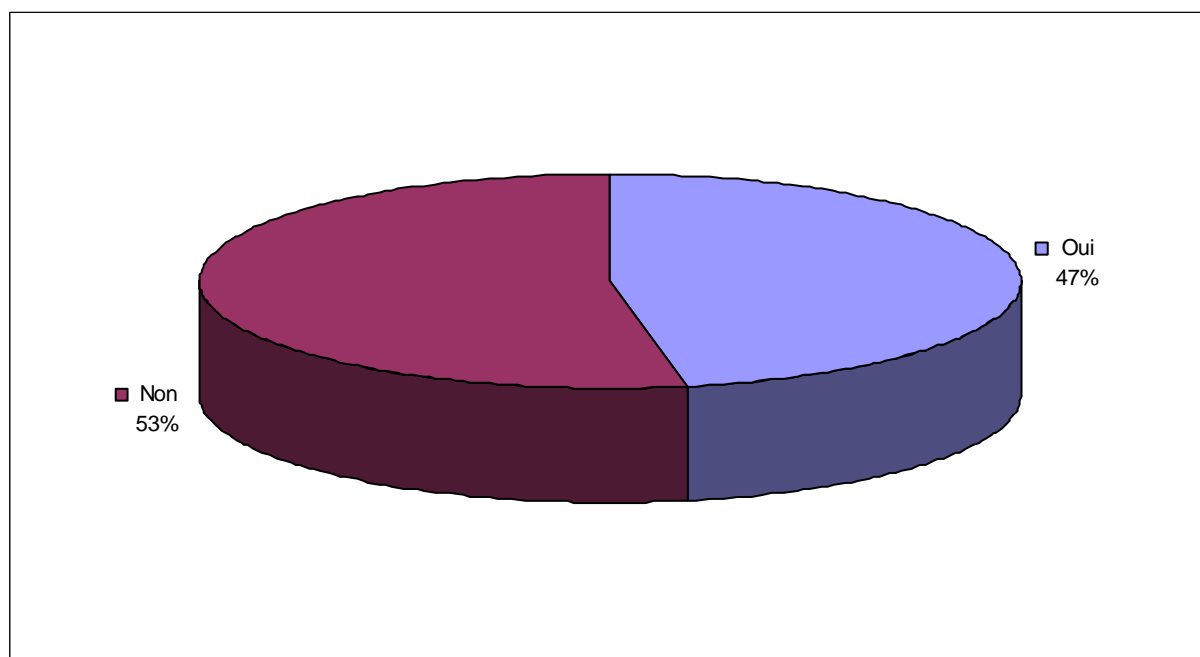
Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau XV : Répartition des femmes selon les mesures de PTME évoquées

MOYENS DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA MERE-ENFANT	FREQUENCE N=300	POURCENTAGE (%)
Arrêt allaitement maternel	127	42,33
Césarienne	64	21,33
Prise d'ARV pendant la grossesse	51	17
Surveillance de la grossesse	37	12,33
Ne sais pas	25	8,33
Faire les CPN	18	6
Prié Dieu	5	1,66
Test de VIH pendant la grossesse	8	2,66
Vulgarisation de la PTME	9	3

La césarienne et l'arrêt de l'allaitement maternel sont les moyens de lutte les plus évoqués

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE



GRAPHIQUE 5: Répartition des femmes selon la réalisation du dépistage VIH

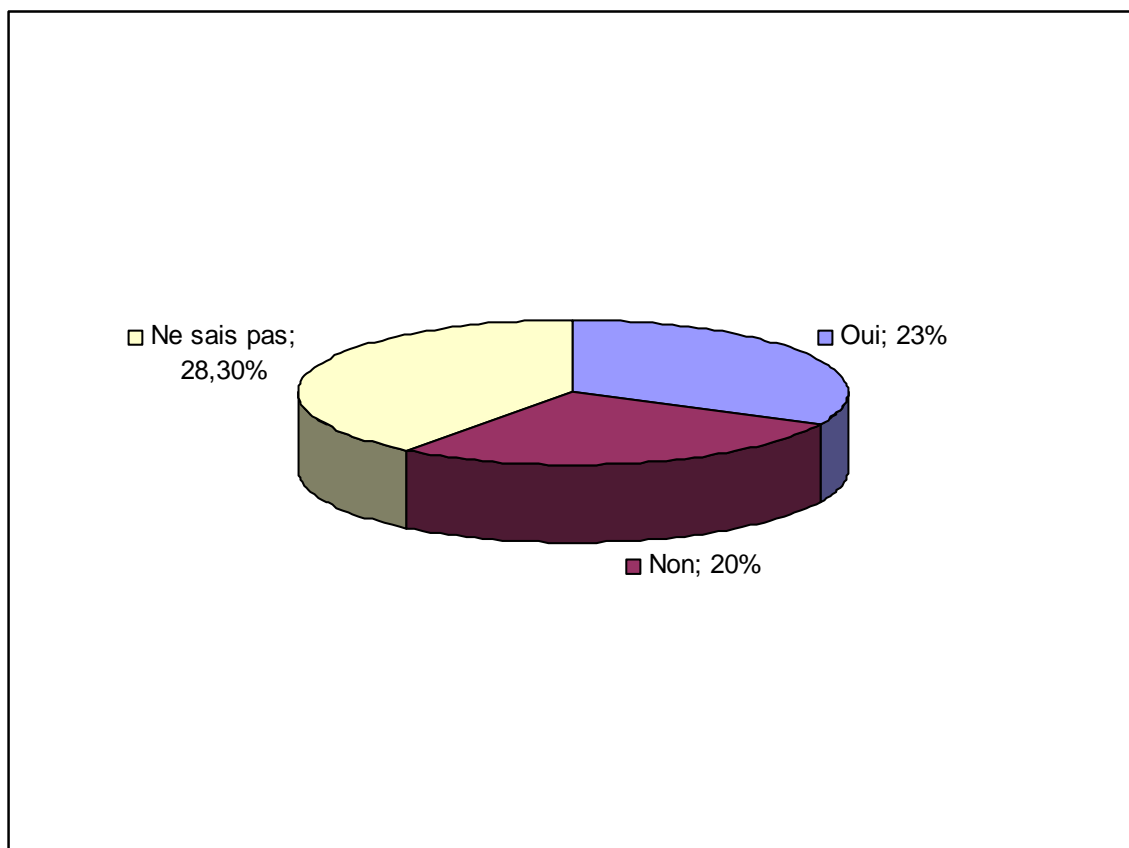
Environ 47 % des femmes ont effectué leur test de VIH

Tableau XVI: Répartition des femmes selon les circonstances du test

OCCASION DU TEST DE VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
CPN	52	17,3
Maladie /décès (enfant, conjoint, proche)	20	6,3
Bilan	53	17,7
Autres	16	5,3
Total	141	47

La majorité des tests ont été fait au cours des CPN et lors des bilans

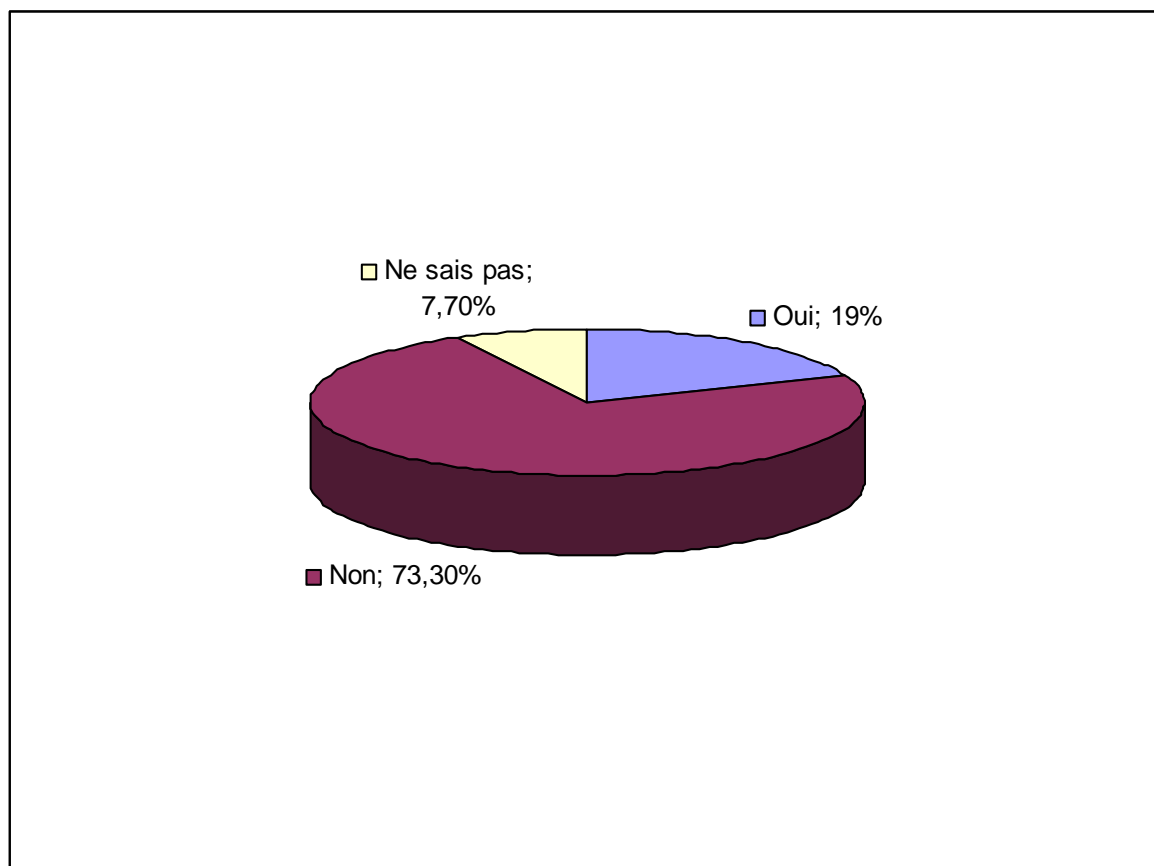
***Autres** = Don de sang, Formation sur le VIH, Lors de l'accouchement, Par curiosité, Recherche d'un visa.



GRAPHIQUE 6 : Répartition des femmes selon leur connaissance d'un dépistage VIH effectué par leur conjoint.

28,3 % des femmes ne savaient pas si leur conjoint a fait un test VIH

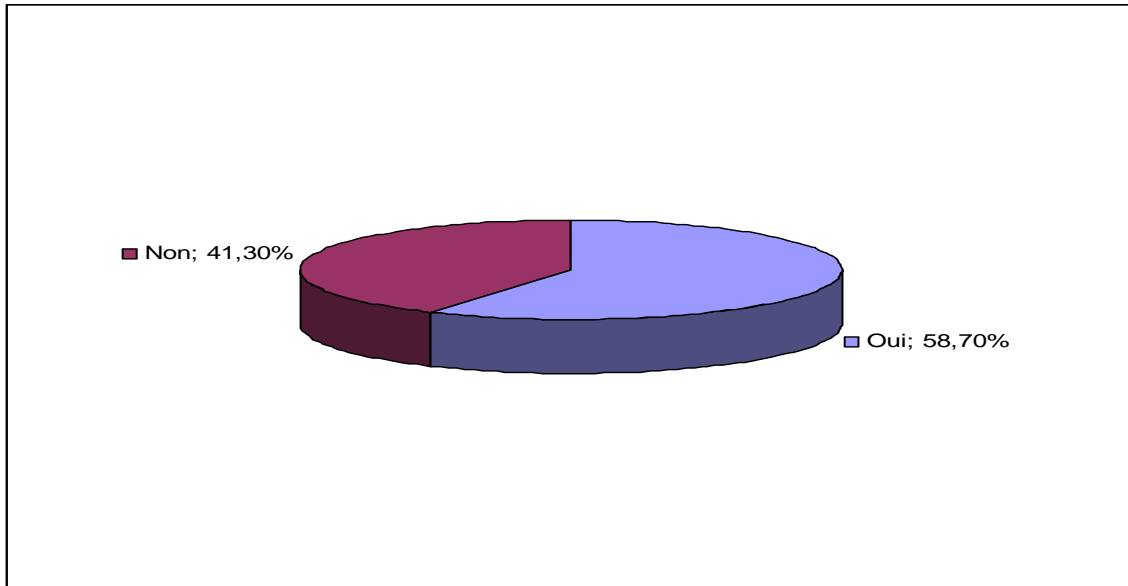
NB : Les célibataires, les femmes divorcées, les veuves ne font pas partie



Graphique 7 : Répartition des femmes selon leur connaissance d'une possibilité d'infection après un test négatif.

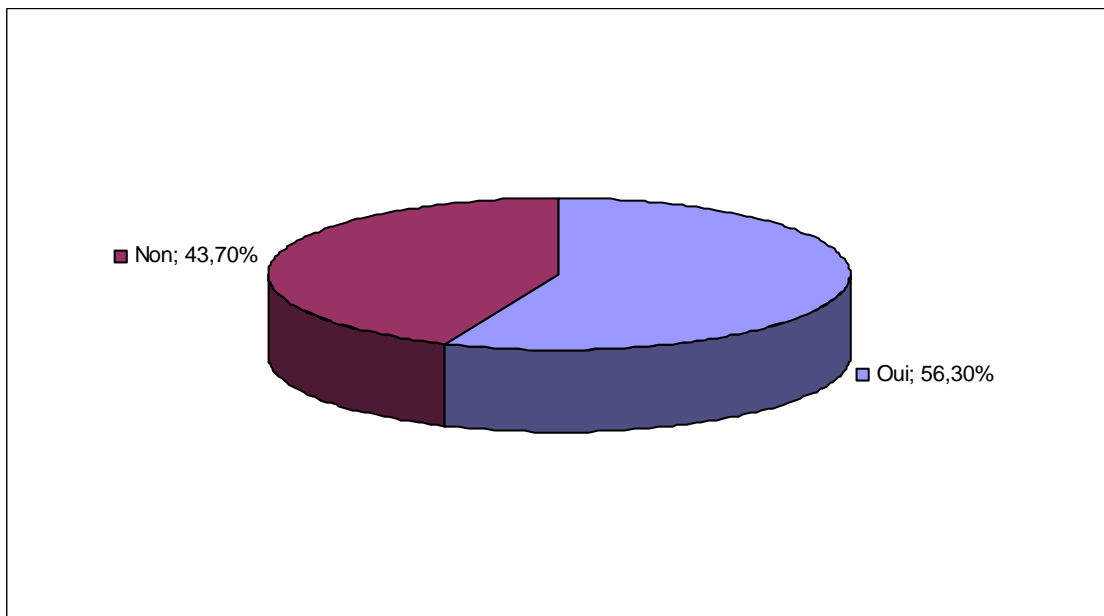
Pour 73,3 % de femmes la négativité du test de VIH ne protège aucunement contre une nouvelle infection

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE



GRAPHIQUE 8 : Répartition des femmes selon leur connaissance de la gratuité des ARV au Mali.

La gratuité des ARV est connue de 58,7 % des femmes



GRAPHIQUE 9 : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence du programme PTME.

56,3 % des femmes connaissaient l'existence du programme PTME et 32 des 169 l'ont su moins d'un mois avant notre enquête.

**Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans
le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE**

Tableau XVII : Répartition des femmes selon leur estimation des personnes devant effectuer un test de dépistage VIH

COUCHES EFFECTUANT LE TEST VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Tout le monde	241	80,3
Aucune personne	22	7,3
Célibataires	12	4
Jeunes	10	3,3
Femmes mariées	7	2,3
Personne infidèles	3	1
Personne âgées	2	0,7
Femmes divorcées	2	0,7
Hommes mariés	1	0,3
Total	300	100

80,3 % des femmes ont affirmés que tout le monde doit effectuer le test de VIH.

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon les conseils pour éviter la transmission mère- enfant du VIH

CONSEILS PAR RAPPORT AU VIH/SIDA	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Faire les CPN	141	47
Faire le test de VIH	114	38
Suivre les conseils des agents de santé	30	10
Pas de conseils puisque c'est une maladie créée de toute pièce	28	9,33
Accepter la césarienne	23	7,66
Prise d'ARV si possible pendant la grossesse	21	7
S'abstenir/fidèle	18	6
Port de préservatif/arrêt excision	9	2
Faire attention	7	2,33
Que les femmes se protègent	1	0,33
Total	392	130,66

Les conseils sont variés avec l'observance de la CPN en première position des conseils à l'endroit des femmes enceintes

VI- Commentaires & Discussions

1- LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE :

Nous avons observé certaines difficultés au cours de notre étude :

- L'impatience des femmes lors de l'interview ;
- L'interruption de l'interview à chaque fois que cela se coïncide avec le tour à la consultation ;
- Certaines femmes trouvaient que le lieu n'était pas commode à l'interview ;
- La perte de vue de certaines femmes après leur consultation gynécologique;
- Chaque vendredi l'enquête devenait embarrassante compte tenu du fait que l'un des box est réservé uniquement aux femmes enceintes séropositives, ce qui a influencé un peu le nombre de femmes ayant fait leur test de VIH.

2- LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES FEMMES :

2-1- AGE :

Parmi les femmes qui sont venues en consultation au service de gynécologie 31% sont de la tranche d'âge de 26 à 35 ans avec un âge moyen de 30ans. Les âges extrêmes étaient de 15 à 75 ans. Cette tranche d'âge a été largement retrouvé dans de nombreux travaux de la sous région.

Selon une étude menée au Togo et plus particulièrement à Bè et Kloto deux districts sanitaires [33] concernant 550 femmes ; la plus jeune a 15ans et la plus âgée a 46 ans avec un âge moyen de 26ans.

Par ailleurs selon l'EDS III, 55% des femmes ont moins de 15ans.

2-2- STATUT MATRIMONIAL DES FEMMES :

La majorité des femmes étaient mariées (56%) et parmi elles 33,3% sont dans un régime monogamique.

Les célibataires représentaient 20,3% des femmes, chiffre significatif .Ce résultat prouve que les femmes mariées fréquentent plus le service de gynécologie que les non mariées. Cela n'est il pas dû au fait que le plus souvent, c'est à la demande de leur mari qu'elles viennent en consultation ; car environ 25% des femmes viennent à la demande de leur mari.

2-3- NIVEAU D'INSTRUCTION ET PROFESSION DES FEMMES :

Plus de la moitié des femmes sont non scolarisées (52%) et la plupart d'entre elles sont ménagères (47%). Cela s'explique par le faible taux de scolarisation des filles au Mali [2]. Selon l'EDS III [2], sur le plan général, au Mali, un tiers des femmes ne travaillent pas, 80% n'ont reçu aucune instruction et particulièrement en milieu urbain 56 % des femmes n'ont jamais fréquentés l'école.

IL ressort de l'enquête qu'au moins 25,3% des femmes ont perdu un enfant, ce qui sous entend que la mortalité infantile reste encore un problème.

2-3 – CONSEILLER ET LES MOTIFS DE CONSULTATION :

La majorité venait à la consultation d'elles mêmes (33%), environ 25,3% venaient à la demande de leur conjoint.

Le rôle joué par les animatrices de l'AMAS/AFAS commence à se faire sentir notamment dans le conseil pour la consultation (5,3%), sans oublier les agents de santé qui incitent aussi les femmes à la consultation (22,7%).

La maladie représente le motif de consultation le plus fréquent (47%) suivi des autres causes de consultation, à savoir le test du cancer du col de l'utérus, la stérilité, les décès successifs des enfants.

Environ 20% des femmes venaient pour le suivi de grossesse, soit c'est une grossesse à risque, soit une menace d'avortement.

3-CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA :

3-1- VIH ET SOURCE D'INFORMATION :

Toutes les femmes interrogées ont affirmés avoir entendu parler du VIH/SIDA (100%). On note cependant une nette progression de ce taux comparativement à celui trouvé lors de l'EDSM IV en 2006 soit 86 % des femmes.

La source d'information pour la plupart des femmes était les Mass-media à savoir la télévision, la radio, les journaux. Cela témoigne du rôle que jouent les media notamment dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ce constat avait été fait lors de l'enquête EDSIV 2006, qui trouvait que 72 % des femmes écoutaient la radio une fois par semaine, alors que 39 % regardaient la télé au moins une fois par semaine et 10 % lisaient les journaux.

3-2- IMPACT DES ACTIVITES DE L'AMAS/AFAS :

Elles étaient plus de la moitié 77,7%, les femmes qui n'ont pas assisté à un débat qu'organisent les animatrices de l'AMAS/AFAS au service de gynécologie sur le VIH/SIDA. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que ces animations ne sont pas quotidiennes ; mais ceux ayant assistés à un débat (22,3 %) ont un niveau de connaissance assez élevé sur le VIH/SIDA et ont apportés des réponses justes à nos questions.

3-3- CROYANCE ET IMPRESSIONS GENERALES SUR LE VIH / SIDA :

IL ressort de l'enquête que 89,3 % des femmes interviewées croyaient à l'existence du VIH/SIDA et parmi les 10,7 % qui n'y croyaient pas, certaines pensaient que c'est une maladie créée de toute pièce et d'autres trouvaient plutôt que ce n'est qu'un paludisme chronique. Ces femmes ont fréquenté des écoles coraniques. Pour les femmes qui ont adhéré à l'idée de l'existence du VIH/SIDA, leurs impressions diffèrent :

La majorité (55,33%) disait que c'est une maladie dangereuse et incurable ;

44 % trouvaient plutôt que c'est une maladie honteuse ;

Moins de 1 % parlaient de sanction de Dieu donc comme un problème religieux.

3-4- TRAITEMENT DU VIH/SIDA :

Parmi les femmes interviewées, 50,3 % pensaient qu'il existe un traitement au VIH/SIDA, par contre, 43 % croyaient le contraire et 6,7 ne savaient rien. Pour les 53,3% de femmes qui croyaient à un traitement, 49,3% trouvaient que le traitement n'est pas radical.

3-5- MODE DE TRANSMISSION DU VIH :

Sur le plan global le niveau de connaissance sur le mode de transmission du VIH est satisfaisant car, 7,66% seulement des femmes interrogées ne savaient rien de la transmission et toutes les autres connaissaient au moins une voie de transmission.

Celles ayant cités toutes les voies de transmission, avaient déjà assistés à un débat sur le VIH animé par les animatrices de l'AMAS/AFAS.

La voie sexuelle est la plus incriminée par rapport aux autres voies (65 %), suivie de la voie sanguine. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est la première voie de contamination connue et la plus incriminée.

3-6- PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH :

Une minorité de femmes (environ 10,66 %) ne connaissaient rien de la prévention de la transmission du VIH et 2,33 % croyaient qu'avec la prière, la prévention serait possible.

La grande majorité 87 % des femmes ont cités au moins un moyen de prévention de la transmission du VIH, contrairement à une minorité de femmes (environ 62 %) selon l'EDS IV 2006, qui ont pu donner au moins deux signes de l'infection.

On note une nette progression du niveau de connaissance des femmes par rapport à la prévention de la transmission du VIH.

L'utilisation du préservatif suivie de l'abstinence et fidélité viennent en tête de liste des moyens de prévention cités par les femmes.

3-7- DIAGNOSTIC ET SIGNES DE L'INFECTION A VIH :

Plus de 84 % ont répondu que la confirmation du diagnostic passe obligatoirement par le test sérologique du VIH.

Pour certaines femmes ce n'est qu'à travers les signes qu'on peut confirmer le diagnostic (0,66) et pour d'autres, seul le médecin peut confirmer le diagnostic (5 %), sans pour autant déterminer la façon par laquelle il le fait. Le plus souvent les signes sont connus par ces femmes avec une primauté donnée à la diarrhée et à l'amaigrissement ; 18,66 % des interrogées ne connaissaient aucun signe.

3-8- POSSIBILITE ET MODE D'INFECTION DU NOUVEAU-NE :

A propos de la possibilité d'infection du nouveau-né, 74,3 % des femmes interrogées ont répondu oui et 15 % trouvaient le contraire; par contre 10,7 % ne savaient rien.

Environ 42 % des femmes qui trouvaient que la transmission du VIH au nouveau-né est possible, ont cité au moins une voie de contamination. La grossesse (voie transplacentaire) est la voie la plus citée (127%), suivie de l'accouchement avec 87 % et de l'allaitement maternel. Les mêmes voies ont été retrouvés dans l'EDS IV

2006 : la voie Transplacentaire qui vient en première position avec 52 %, suivit de l'accouchement avec 35 %, et de l'allaitement maternel avec 32 %.

3-9- PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH MERE-ENFANT :

Environ 75 % des femmes ont approuvé la possibilité de la transmission du virus de la mère à l'enfant et 16 % trouvaient impossible cette transmission. Parmi les 75 % de femmes qui croyaient possible la transmission, 11 % environ ne connaissaient aucune période de transmission.

74 % des femmes interrogées, trouvaient que la prévention est possible et 11,66 % ne savaient rien de la prévention.

Les femmes pour lesquelles la prévention est possible, ont presque toutes citées les moyens de prévention, avec en tête l'arrêt de l'allaitement maternel suivi de la césarienne, puis la prise des ARV pendant la grossesse.

On note une légère différence de niveau de connaissance avec 96,6 % de réponses justes, lors de l'enquête de Bè et de Kyoto (Togo) ; contrairement à l'étude menée par Coulibaly et al en 1998 en Cote d'ivoire, avec 18 % de réponses justes [33].

16 % des femmes ont trouvés impossible la transmission du VIH à l'enfant et ont apportés leurs preuves ; à savoir, l'immaturité de l'enfant, leur innocence, leur inactivité sexuelle. Ces affirmations prouvent encore, que certaines tranches de la population sont mal informées ou qui s'appuient sur les causes religieuses.

3-10- TEST SEROLOGIQUE ET OCCASION DE TEST :

47 % des femmes ont affirmés avoir fait leur sérologie VIH et 53 % n'ont jamais effectué leur test. Ces tests ont été le plus souvent effectués lors d'une consultation prénatale (CPN) ou d'un bilan à 17 % de cas pour chacune des occasions. On constate une évolution favorable de la mentalité des femmes pour ce qui est du test.

23 % des femmes interrogées ont affirmés que leurs conjoints ont fait le test de VIH, 20 % ne l'ont pas fait et 28,3 % ne savaient rien sur le statut de leur conjoint.

3-11- NEGATIVITE ET CIBLE DU TEST :

Pour 73,3 % des femmes, la négativité d'un test VIH ne protège pas contre une éventuelle infection, 19 % trouvaient le contraire et 7,7 % ne savaient rien.

80,30 % des femmes interrogées trouvent que n'importe qui doit faire le test de VIH.

On constate cependant que pour une minorité de femmes non négligeable (7,3 %) personne ne doit faire le test de VIH.

3-12- PTME ET GRATUITE DES ARV :

Un peu plus de la moitié des femmes interrogées étaient informées de la gratuite des ARV et 41,3 % l'ignoraient. Ce qui prouve le déficit de l'information par rapport aux ARV.

56,3 % étaient au courant de l'existence de la PTME avec 10,6 % de femmes depuis moins d'un mois et 45,7 % de femmes depuis plus d'un mois.

3-13- CONSEILS :

Les conseils donnés par les femmes interviewées, à l'endroit des femmes enceintes ont été multiples et variés. Ces conseils sont très pertinents et concourent tous à la lutte contre le VIH/SIDA.

Une minorité de femmes n'a aucun conseil à donner, parce que, pour elle, c'est une maladie créée de toute pièce (9,33 %).

VII- CONCLUSION

Malgré certaines difficultés et les limites de cette enquête, il ressort de cette étude que :

Dans 31,7 % des cas l'âge des femmes étaient compris entre 26 et 35 ans, 56,3 % des femmes étaient mariées et 33,3 % étaient dans un régime monogamique.

52,3 % des femmes étaient non scolarisées et 47 % des femmes au foyer.

Les mass-médias (Télé, radio, journal) étaient leur principale source d'information sur le VIH/SIDA pour 85 % des cas.

33 % des femmes venaient en consultation d'elles mêmes, 25,5 % à la demande de leur conjoint.

Dans 47 % des cas, la maladie était le motif de consultation.

Toutes les femmes étaient au courant de l'existence du VIH/SIDA (100 %), 89,3 % croyaient à l'existence du VIH.

22,3% des femmes ont assisté à un débat qu'organisent les animatrices de l'AMAS/AFAS.

Le VIH/SIDA est considéré dans 55,3 % des cas, comme une maladie dangereuse et incurable et dans 0,33 %, elle est assimilée à une sanction de Dieu ou un paludisme chronique.

La stigmatisation ainsi que la religion restent encore un problème dans la prévention contre le VIH/SIDA.

75% des femmes trouvaient que la transmission du virus de la mère à l'enfant est possible.

Une proportion importante (26%) de femmes interviewées ignorait les périodes de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

49,7 % des femmes ne connaissaient pas l'existence d'un traitement ARV.

Mise à part les 7,66 % des femmes, toutes les autres ont cité au moins une voie de contamination avec la voie sexuelle en tête dans 65 % des cas.

Les moyens de prévention du VIH étaient connus dans l'ensemble, 10,66 % n'en savaient rien, 2,33 % pensaient que la prière peut prévenir.

On constate un engouement pressant des femmes et leur conjoint à faire le test de VIH

Evaluation des connaissances sur le VIH /SIDA des femmes consultées dans le service Gynécologie et d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Le test de sérologie VIH était connu à 84,3 %, comme moyen de confirmation du diagnostic.

Pour 80,30 % des femmes, tout le monde doit faire le test de sérologie VIH
73,3 % trouvent qu'un test négatif ne protège jamais contre une éventuelle infection à VIH.

41,3 % des femmes ignoraient l'existence d'un programme PTME.

VIII- RECOMMANDATIONS

AU MINISTERE DE LA SANTE :

- Intensifier la sensibilisation sur le VIH/SIDA à travers les médias (télé, radio, journaux).
- Encourager et multiplier les associations de lutte contre le VIH/SIDA, en les dotant de moyen matériel et financier.
- Organiser fréquemment la formation et le recyclage des agents de santé, ainsi que des animateurs, pour une bonne sensibilisation dans la prévention contre l'infection à VIH.
- Intensifier l'information par rapport à la gratuité des antirétroviraux et du programme PTME

AU PERSONNEL SANITAIRE ET AUX ANIMATEURS :

- Continuer sans cesse la sensibilisation, la motivation, et le soutien à la population par rapport au VIH/SIDA.
- Multiplier les sites d'action des animateurs et autres groupements de lutte contre le VIH/SIDA.
- Tester après chaque séance de formation le niveau d'information de l'auditoire sur le VIH/SIDA en vu d'éclaircir les coins obscurs.
- Saisir chaque opportunité pour montrer l'importance du test de sérologie VIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.

AU MINISTERE DE L'EDUCATION :

- Promouvoir la scolarisation des filles

AU GOUVERNEMENT :

- Adopter une politique de formation et d'emploi des femmes n'ayant pas bénéficié d'une éducation scolaire.

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ONUSIDA / OMS.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA

Le point sur l'épidémie de SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006.

2- Ministère de la santé /Direction nationale de la santé

Enquête démographique de santé Mali III (EDS III/MALI), Juin 2001

3-DNS, DPM, PNLs et CESAC.

.Manuel de référence

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA axé sur la PTME.

UNICEF Mali, septembre 2003-8-11.

4- Levasseur G et LecorpS P.

SIDA 1993 : L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en pratique médicale quotidienne.

AIDES .ENSP-Editeur. Unaformec. janvier 1993, 3 : 3-193.

5- Boyer P .J, Dillon M, Navoie M and al.

Factors predictive of maternal-fetal transmission of HIV1: Preliminary

Analysis of Zidovudine given during pregnancy and/or delivery.

JAMA 1994, VIH (Edition 2004), 271:1925-1930.

6- Coutoudis, Pillay, K, Kuhn, L, Spooner, E, Tsai, W.Y, et Coovadia, H.M. (2001).

Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: Prospective cohort study from Durban, South Africa. AIDS 2001

7-Connor E.M, Sperhung RS and al

Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency

Virus type 1 with Zidovudine treatment

N. Engl. Med; 1994; 331:1173-1180.

8- Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al.

Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 WITH Zidovudine treatment. N Engl Med 3 Nov 1994.

9- Girard P.M et al;

Virologie fondamentale de l'infection à VIH; Paris 1998

10- ONUSIDA/OMS.

Rapport sur l'épidémie mondiale (VIH/SIDA).

OMS juin 1998, VIH (Edition 2004)

11- ONUSIDA/OMS

Rapport sur l'épidémie mondiale (VIH/SIDA)

OMS juin 2000 VIH (Edition 2004), 6.

12- MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU COMITE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA, janvier 2006

13- OMS/UNICEF

Directives en PTME, janvier 2004

14- ONUSIDA / OMS

Conseils et dépistages volontaires du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence : données et problèmes, mars 2000.

15- Faye A, Blanche S

Infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine de type I.
EMC (Elsevier SAS, Paris), pédiatrie/maladies infectieuses,4-310-A-40,2006.

16- GILLET J Y, BONGAIN A, ABRAR D, BOURIER T, MARIANI R.

Les modes de contamination de l'enfant par le VIH.
Revue du praticien 1990 Jan 11 ; 40(2) : 117-9

17- PIOT P, COLL-SECK A.

Bulletin de l'OMS, recueil d'articles, 2; 2000.

18- MENU E, MBOPI-KEOU FX AND AL

Selection of maternal human immunodeficiency virus type 1 variants in human placenta.
European Network for In Utero Transmission of HIV-1
J Infect Dis 1999;179:44-51.

19- ROUZIOUX C, COCTAGLIOLA AND AL.

Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) transmission by use of a Markov model. The HIV infection in newborns French Collaborative Study Group.
Am J Epidemiol 1995; 142:1330-7

20- AIT KHALED M, LYALL EGSTAINSBY C AND AL.

Intrapartum mucosal exposure to human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) of infant born to HIV-1 infected mothers correlates with maternal plasma virus burden.
J Infect Dis 1998; 177:1097-100.

21- GILLAD P, VERHOFSTEDE C, MWANYUMBA F AND AL.

Exposure to HIV-1 during delivery and mother-to-child transmission.
AIDS2000; 14:2341-8.

22- NEWELL ML.

Mechanism and timing of mother-to-child transmission of HIV-1.

AIDS 1999; 13:2143-9

23- MANDELBROT L, BURGARD M, TEGLAS JP, BENIFLA JL, KHAN C, BLOT P, ET AL.

Frequency detection of HIV-1 in the gastric aspirates of neonates born to HIV- infected mothers.

AIDS 1999; 13:2143-9.

24- PHILIPPE M.

Le choix du protocole de prophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission mère- enfant du VIH : mono, bi ou trithérapie ?

Développement et Santé, N° 173 Réédition 2006.

25- UNICEF/STATISTIQUES/VIH SIDA

Statistiques par pays : MALI., décembre 2001.

26- MOCK PA, SHAFFER N, BHADRAKOM C.

Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV transmission, Bangkok, Thailand.

AIDS 1999; 13:407-14.

27- MOFFENSON LM, LAMBERT JS, STIEHM ER ET AL.

Risk factors for perinatal transmission of HIV 1 in women treated with zidovudine.

N Engl J Med 1999; 341:394-402.

28- GARCIA P, KALISH LA, PITT J ET AL.

Maternal levels of plasma human deficiency type 1 RNA and the risk of perinatal transmission.

N Engl J Med 199; 341:394-402.

29- GIRARDCH P- M, KATALMA CH, PIALOUX G.

VIH EDITION 2004

Doin, 2003 p635

30- MAYAUX M J, BLANCHE S, ROUZIUX C et al.

Maternels factors associated with perinatal HIV 1 transmission, the french prospective cohorts study: 7 years of follow up observation.

Am J. 1995; 8: 188-94.

31- ALAIN B

Le SIDA au féminin

Edition DOIN, Paris 2001, 204-205. p.308

32- MANDELBROT L AND AL

Grossesse et infection par le VIH: moyens de prévention de la transmission mère-enfant In : P.-M. GIRARD, CH. KATALMA, G. PIALOUX, VIH EDITION 2001

Doin, 2001 p635

33-SALLAH ED, APALOO YE, WONEGOU KP, AMOUZOU A .

Etude comparative sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en rapport avec le VIH/SIDA auprès des femmes enceintes dans les district sanitaires urbains de Bè et rural de Kloto (TOGO).

Médecine d'Afrique noire 2006_53(12).WWW .santé tropicale.com (kiosque /man) sommaire.asp id. Article=830.

34- ROUAFI O.

Suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré : Bilan de deux années d'activités.

Thèse Med, Bamako, 2005, p109

35- SCALATI G, HADARA V, RASSI P ET AL. Transmission of HIV-1 from mother to child correlates with viral phenotype.

Virology 1993; 197:624-29.

36- OMETTO L, ZANOTTA C, MACCABRUNI A ET al.

Viral phenotype and host-cell susceptibility to HIV-1 infection as risk factors for mother to child HIV-1 transmission. AIDS 1995; 9: 427

37- VAN DE PERR.

Mother to child transmission of HIV-1: the all mucosal hypothesis as a predominant mechanism of transmission.

AIDS 1999; 13:1133-8.

38- LASFARGUES G, COURPOTIN C.

Prise en charge des nouveau-nés séropositifs vis-à-vis de l'immunodéficience humaine. Expérience personnelle à propos de 179 cas.

Pub Med ID 8393176, 3^è journées pédiatriques d'Evian, France, Novembre 1992

39- MAYAUX M J, TEGLAS J P, MANDELBOT L et al.

Acceptability and impact of zidovudine prevention on MTCT of HIV type 1: the french perinatal cohort studies.

J. infect Dis 1997; 17; 131:857-62.

40- MANDELBROT L, MAYAUX MJ, BONGAIN A ET AL.

Obstetric factors and mother to child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohorts.

Am J Obset Gynecol 1996; 175:661 – 7

41- CONNOR EM, SPREALING RS, GELBER R ET AL.

Reduction of maternal- infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Paediatric AIDS clinical triads group protocol 076 study group. N Engl J Med 1994; 331: 1173- 80.

42- WADE NA, BIRHEAD GS, WARREN BL, ET AL.

Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. . N Engl J Med 1998; 339: 1409-1414.

43- WIKTOR SZ, EKPINI E, KARON JM, ET AL.

Short-course oral zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised trial. Lancet .1999; 353: 781.785.

44- DABIS F, MSELLATI P, MEDA N, ET AL.

6 month efficacy, tolerance and acceptability of short regimens of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina – Faso: a double -blind placebo controlled multicentre trial. Lancet .1999; 353: 786.792.

45- GUAY LA, MUSOKE P, FLEMING T ET AL.

Intrapartum and neonatal single-dose névirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999, 345:795-802.

46- DORENBAUM A, CUNNINGHAM CK, GELBER RD ET AL.

Addition of two- dose intrapartum/ newborn nevirapine to standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV-1 transmission: PACTG 316. JAMA 2002; 288 (2):189-98.

47- WORLD HEALTH ORGANISATION

Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infant. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained setting, 2004, 50p.

48- INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP

The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1-A meta-analysis of 15 prospective cohort studies.

N Eng J Med 1999; 340:977-87.

59- YACINE A M.

Evaluation de la mise en œuvre de la PTME du VIH à l'Hôpital de la mère et de l'enfant, Lagune de Cotonou, Thèse de médecine, 2005

50- EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLABORATION

Elective cesarian section versus delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized trial.

Lancet 1999; 353:1035- 39

51- KREISS J

Breadfeeding and vertical transmission of HIV type 1.

Acta Paediatr suppl 1997; 1114.18.

52- SEMBA RD. KUMWENDA N. HOOVER RD ET AL.

HIV load in breast milk, mastitis and mother to child transmission of HIV-1.

J infect Dis 1999; 180:93-98.

53- BLANCHE S; MAYAUX M J

L'infection à VIH de la mère et de l'enfant.

Médecine thérapeutique, 1996 ; 1 :1114 -18.

54- AMADOU H A.

Préparation d'une évaluation de la séroprévalence du VIH en population générale au Niger : quels prélèvements ? pour quels tests ?

Thèse pharm., Bamako, 2002, p.118

55- BURGARD M, ROUZIOUX C.

Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant. In : S. Blanche L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant.

Flammarion, Médecine Sciences, Paris, 1998 ; p.237-239.

56- VAN TINE BA, SHOW GM, ALDROVANDI G.

Transmission mère enfant du VIH pendant la primo-infection.

N Engl J Med 1999 ; 341 : 1548.

57- COLSON P.

Le virus du VIH.

Collection encarta, juin 2006

58- SANGARE Ch P O.

Infection VIH de l'enfant: aspects cliniques et bilan de six mois de prise en charge des cas par les ARV à la pédiatrie du CHU-GT.

Thèse Med, Bamako, 2003; p.91

69- BELEMOU B.

Les manifestations respiratoires du SIDA pédiatrique au CHU Gabriel Touré à propos de 141 cas.

Thèse Med, Bamako, 2002 ; p.112

70- TINDYEBWA D, KAYITA J, MUSOKE P. AND AL.

Handbook on paediatric AIDS in Africa .2004 ANECCA (African Network for the Care of Children Affected by AIDS). RCQBC, FHI, USAID

71- MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

Directives en PTME : Prise en charge des femmes enceintes et des enfants infectés par le VIH septembre 2003, p 59-62

72- CHINTU C AND AL

Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): A double blind randomized placebo-controlled trial.

Lancet 2004; 364:1865-71

73- GANDEMER V.

L'infection à VIH de l'enfant.

Cours de Pédiatrie, Université de Rennes, Mars 2000

74- TEVI-BENIGNAN C, BELEC L.

Définition du Sida pédiatrique pour l'Afrique subsaharienne: analyses et critiques des définitions cliniques

TB&VIH.1995; 2:25-27

75- WORLD HEALTH ORGANISATION

Guidelines for the use of antiretroviral agent in pediatric HIV infection.

MMWR 1998; 47 RR-4, 1-38.

76- DELFRAISSY JF ET AL.

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés. Médecine-Sciences Flammarion p266.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.