

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

CONNAISSANCES ET ATTITUDES PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTES SUR LE VIH/SIDA A L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU

Présentée et soutenue publiquement le/...../2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M^{me}. Mariam Moctar Koureichy

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

Jury

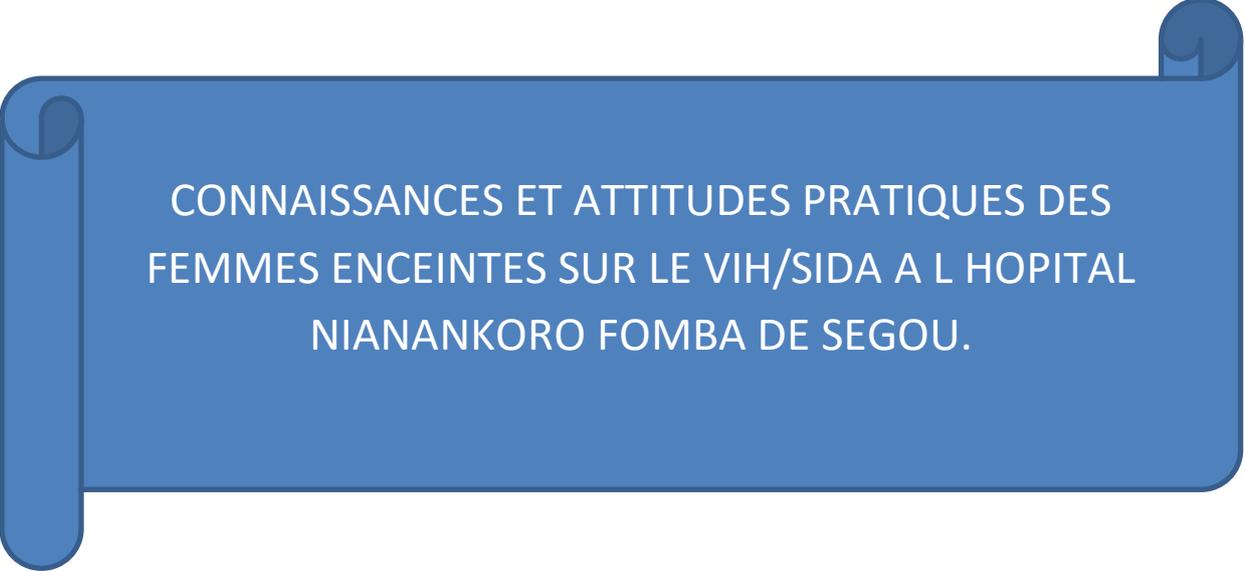
Président(e) : Pr Kaya Assetou SOUKHO

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

Co-directeur : Dr Tidiane TRAORE

Membres : Pr Almoustapha MAIGA

Dr Amadou BOCOUM



CONNAISSANCES ET ATTITUDES PRATIQUES DES
FEMMES ENCEINTES SUR LE VIH/SIDA A L HOPITAL
NIANANKORO FOMBA DE SEGOU.



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

❖ **A mon père : Feu Moctar Koureichy**

Que dire de toi, sinon que je te dois tout. Altruiste, courageux, humble, combattant actif dans la vie, tu es ma fierté. Puisse ce jour solennel être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi de témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond. Merci père ! Que Dieu t'accorde le repos éternel. Amen !

A ma Mère : Assitan Diallo L'espoir que tu as toujours eu sur ta fille va se matérialiser. Ta fille s'occupera toujours bien de toi. Puisse Le Tout Puissant t'accorder santé, longévité et prospérité auprès de tes enfants. Amen ! Merci maman.

❖ **A mes frères et sœurs : Hamidou Konaté ; Mohamed L Koureichy ; Mohamed El Lemine Koureichy ; Feu Zoumana Koureichy ; Ali Kouréichy ; Oumou Koureichy ; Lalè Sow ; Yamoussa Keita ; Fatoumata Keita ; Mariam Coulibaly**

En reconnaissance du soutien fraternel, courage et persévérance dans la voie tracée par les parents.

Soyons et restons unis dans la vie. Seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemie Puisse le tout Puissant nous donne longue vie et bonne santé pour accomplir ce devoir.

Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable. Ce travail est aussi le vôtre.

❖ **A mes oncles et tantes : Sidi Yaya Sylla ; Abbass Koureichy ; Abdoul-Kadri Koureichy ; Hamadou Diallo ; Yayi Touré ; Mah Coulibaly ; Oumou Traoré ; Tarah Zouboye ; Nadéni Cissé ; Saou Diallo ; Astan Diallo ; Téninba Diallo ; Yali Diallo ; Assétou Diabaté ; Feu Moctar Diarra ; Feu Mariam Traoré**

Merci pour votre soutien sur tout le plan. Il m'a été d'un grand secours. En témoignage à votre affection et hospitalité ce travail est aussi le vôtre.

❖ **A mon époux : Alassane Bengaly ;**

Ce travail est le tien, merci pour le soutien ; la patience ; le temps et la confiance que tu m'as accordé. Je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi . Puisse le Tout protège notre mariage et nous garde unis. Amen

REMERCIEMENTS :

1/Au corps professoral de la FMOS.

Pour la qualité de votre enseignement et éducation scientifique. Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Au personnel du service de maternité de l'hôpital régional de Ségou :

- **Service de maternité :** Feu Dr Chiaka Kokaina, Dr Tidiani Traoré, Dr Ibrahim Donigolo, Dr Diassana Alima Sidibé, Dr Sidibé Kassoum ; Dr Babou Traore ; Dr Adama Coulibaly, Dr Sidibé Boubacar, Dr Abdrahamane Diarisso, Dr Diarra Salif, Dr Traore Moussa ; Dr Haidara Ahmed ; Dr Doumbia Brahma ; Dr Alkali Coulibaly.
- **Aux sages-femmes :** Kadia founè Sangaré, Oumou Cissé, Wouri Diallo, Fatoumata Z Sangaré, Awa Sidibé, Nana Coulibaly, Bintou Dabo, Massaran Adiawiagoye, Kadi Traoré, Mariam N Tangara, Hawa Barro, Djeneba Coulibaly, Rokia Diawara, Fatoumata Bamoye Maiga ; Ina ourou Bah ; Aminata Diakité ; Zalika Maiga ;
- **Aux infirmières Obstétriciennes :** Maimouna Bouare, Bintou Kelepily, Hawa Diawara, Tiédo Sow, Nastou Camara, Sogona Doumbia, Terena Berthé, Coulibaly salimata, wandé Niang, Rokia Kouyaté, Fanta Sanogo.

2/ Aux collègues internes et externes : Feu Demba Mariko, Abdoul K Ballo, Sékou Diarra, Moussa Samaké ; Fousseyni Kodio ; Issouf Djiré ; Moussa Diakité ; Azer Diarra ; Drissa Coulibaly ; kabaye Diarra la bonne ambiance qui régnait entre nous m'a profondément marqué. Je m'en souviendrai longtemps.

3/A mes collaborateurs du bloc opératoire.

A tous mes enseignants du premier cycle, second cycle et du lycée.

A tous mes collègues du premier cycle, second cycle et du lycée.

4/A tous les membres de mon groupe d'exposé à la FMOS :

Dr Coulibaly Houdou, Dr Keita Yamoussa, Dr Koné Ladji dit Fatogoma.

5/ Tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS pour son soutien



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et présidente du jury

Pr Kaya Assétou Soukho

- Professeur titulaire de medecine interne
- Première femme agrégée en médecine interne au Mali
- Praticienne hospitalière dans le service de médecine interne du CHU PointG
- Chef de service de médecine interne du CHU Point G
- Spécialiste en endoscopie digestive
- Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée
- Diplômée de cours d'épidémiologie pour cadres supérieurs de la santé du Mali
- Diplômée de formation post-graduée en gastéro-entérologie de l'Organisation Mondiale de Gastéro-Entérologie (OMGE) à Rabat(Maroc)
- Titulaire d'un certificat de formaton de la prise en charge du diabète et complications à Yaoundé (Caméroun)
- Membre de la société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA)
- Membre de la société Africaine de Medecine Interne (SAMI)
- Coordinatrice du DES medecine interne

Chère maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été marquées par votre simplicité et la facilité avec laquelle vous nous avez accueilli. Nous vous portons une grande admiration pour vos qualités humaines et votre compétence professionnelle. Votre contribution à grandement enrichi ce travail. Chère maitre veuillez accepter ici l'expression de notre profonde gratitude. Que le Seigneur vous donne longue et heureuse vie. Amen

A notre maitre et jury

Dr Almoustapha Issiaka Maiga

- Maître de recherche,
- Pharmacien et Docteur en virologie à l'université Pierre et Marie(UPMC), Paris 6,
- Responsable de l'unité d'épidémiologie moléculaire de résistance du VIH aux ARV à SEREFO,
- Chef de département Biologie Médicale du CHU Gabriel Touré,
- Chef de service du laboratoire d'analyses biomédicales du CHU Gabriel Touré,
- Enseignant-chercheur à la Faculté de Pharmacie,
- Membre de plusieurs sociétés savantes (Nationales et Internationales)

Cher maitre,

Nous sommes très honorées de vous avoir comme jury et de pouvoir bénéficier de votre apport et conseil pour amélioration de ce travail .

Votre disponibilité, votre générosité, votre attention et votre modestie ne nous ont pas laissé indifférent, nous en sommes touchées.

Veillez accepter cher maitre, le témoignage de notre profond respect, notre sincère gratitude et nos remerciement pour les conseils prodigués tout au long de ce travail.

A notre maitre et jury

Dr Amadou BOCOUM

- Maître assistant en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du CHU-Gabriel Touré ;
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'échographie gynécologie obstétrique en France;
- Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie gynécologie obstétrique en France;
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France;
- Membre de la Société Malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO).

Cher Maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.
Vos critiques et suggestions ne feront qu'améliorer la qualité scientifique de ce travail.

Trouver ici, cher maître l'expression de notre sincère remerciement.

A notre maître et Co-directeur de thèse

Dr Tidiani TRAORE

- Spécialiste en gynécologie obstétrique ;
- Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou ;
- Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.
- Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;
- Chargé de recherche à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service. Votre abord facile, votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Praticien dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Expert en Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;
- Titulaire de diplômes universitaires de Méthodologie et de recherche clinique Bordeaux II,
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)
- Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),
- Trésorier de AFOG
- Vice-président de la FeFOG
- Vice-président de la SOCHIMA
- Enseignant-chercheur.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Professeur émérite de classe exceptionnelle. Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la société malienne de gynécologie obstétrique du Mali.

Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaire pour rehausser son image à un niveau international. Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenant une source d'espoir et un modèle à suivre.

Qu'Allah le Tout Puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de votre expérience. Amen

SOMMAIRES :

I.INTRODUCTION	18
OBJECTIFS.....	21
II.GENERALITES.....	23
III.METHODOLOGIE.....	34
IV.RESULTATS	38
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	48
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	57
VI. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES.....	65

Liste des figures

Figure1: Structure du VIH.....32

Figure2 :Cycle de replication du VIH1.....34

Liste des tableaux

Tableau I : Schémé thérapeutique du nné de mère VIH+.....36

Tableau II : Le résultat du dépistage.....39

Tableau III : l' age.....39

Tableau IV : Statut matrimonial.....39

Tableau V : Profession.....40

Tableau VI : Parité.....40

Tableau VII : Niveau d'instruction.....40

Tableau VIII: Information sur le VIH/SIDA.....41

Tableau IX: Source d'information.....41

Tableau X :La connaissance des signes du VIH/SIDA.....41

Tableau XI : Connaissance sur les modes de transmission du VIH.....42

Tableau XII : La connaissance sur les moyens de la PTME.....42

Tableau XIII : connaissance sur les moyens de la prévention du VIH.....43

Tableau XIV : La raison de l'incroyance a VIH.....43

Tableau XV : Antécédents de dépistage au VIH.....43

Tableau XVI : Le motif du dépistage antérieur.....44

Tableau XVII: motif d'abstention au dépistage antérieur.....44

TableauXVIII: Mésures de protection après information	44
Tableau XIX : Comportement envers les PVVIH	45
Tableau XX :Le consentement au dépistage après conseling.....	45
TableauXXI : Le motif d'acceptation du dépistage après conseling.....	45
TableauXXII : Le motif de refus du dépistage après conseling.....	46
TableauXXIII:Niveau d'information sur le VIH en fonction de la parité.....	46
Tableau XXIV: Antécédents de dépistage en fonction du niveau d'instruction..	47
Tableau XXV:La croyance au VIH en fonction du niveau d'instruction.....	47

SIGLES – ABREVIATIONS :

ADN: Acide désoxyribonucléique

ALAT: Alanine Aminotransférase

ARN: Acide ribonucléique

ARV: Anti retroviral

ASAT: Aspartate alanine transférase.

AZT: A zidothymidine (Zidovudine)

CD4: Cluster of differentiation 4

CDV :Conseil Centre de Dépistage Volontaire

Cell: cellules

CESAC: Centre d'Ecoute, de Soins d'Animation et de Conseils

CIN: Cervical intra épithélial neoplasia

CIS: Carcinome in situ

CTL : Cytotoxique T lymphocytes

Cm : Centimètre

CMH II : Complexe Majeur d'Histocompatibilité de classe II

CMV: Cytomégalovirus

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CP : Comprimé

CPN : Consultation prénatale

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CTL : Cytotoxique T lymphocytes répétition

CV: Charge virale

CHU-GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

CHU-PG : : Centre hospitalier universitaire Point G

ddl: Didanosine

DNS : Direction national de la santé

DRS : Direction régionale de la santé

DU : Dose unique

ECBU: Examen cyto bactériologique des urines

ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay

eTME : Elimination de la transmission mère enfant du VIH

g: Gramme

Hb: Hémoglobine

HCNLS : Haut conseil national de lutte contre le SIDA

HNFS : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

HPV: Human papilloma virus

IgG: Immunoglobuline G

IgM: Immunoglobuline M

IMAARV : Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux

IMG : Interruption médicale de la grossesse

INNTI: Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

INTI: Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

IP: Inhibiteur de la protéase

IRM: Imagerie par résonance magnétique

IST/MST: Infection ou maladie sexuellement transmissible

IV : Intra veineuse

mm³ : Millimètre cube

NVP: Névirapine

OMD : Objectifs millénaires pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des nations unies

PCR: Polymérase Chain Réaction

PTME: Prévention de la transmission mère enfant

PV : Prélèvement vaginal

PV/VIH : Personnes vivant avec le VIH

RAM : Rupture artificielle des membranes

RPM : Rupture prématurée des membranes

RSP : Rupture spontanée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aigue

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

3TC : Lamivudine

TARV : Thérapie Anti Rétrovirale

TDM : Tomodensitométrie

TME : Transmission mère enfant

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

μmol/l : Micromol par litre

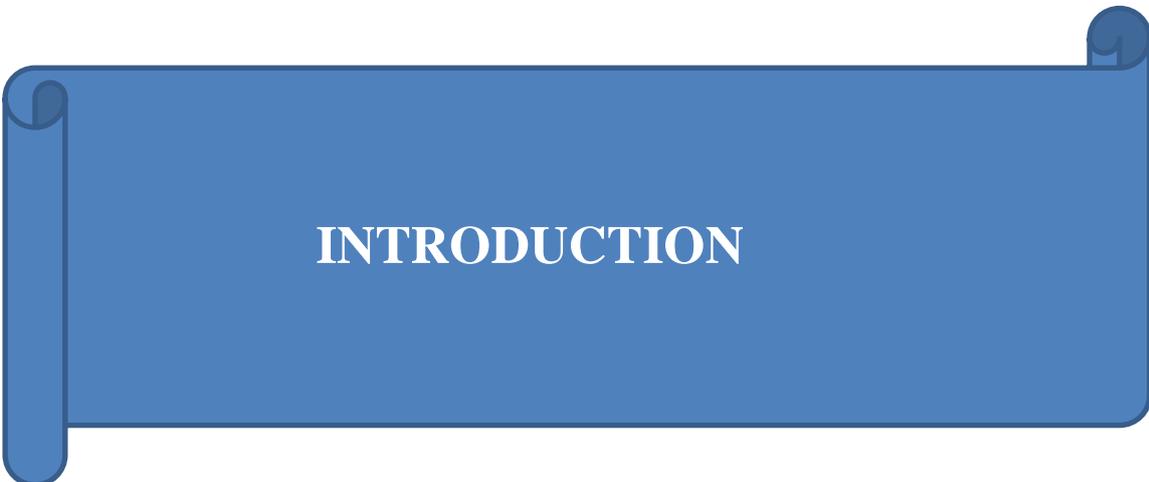
VME : Version par manœuvre externe

VMI : Version par manœuvre interne

< : Inférieur

> : Supérieur

% : Pourcentage



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine est un virus à ARN dont deux types sont actuellement connus : le VIH-1 et le VIH-2.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème de santé publique et de développement dans tous les pays du monde.

En 1985 au Mali, le premier cas d'infection par le VIH a été décrit chez un immigré dans le service de gastro-entérologie à l'hôpital Gabriel Touré par l'équipe du professeur Aly Guindo [1].

Selon les statistiques mondiales 2021 sur le VIH de l'ONUSIDA : en 2020, 37.7 millions de personnes vivaient avec le VIH , soit 36.0 millions d'adultes et 1.7 million d'enfants (<15ans). Les nouvelles infections à VIH ont diminué d'environ 31%, passant de 2,1 millions en 2010, à 1,5 millions en 2020 avec 93% des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. A la même période, on observait également chez les enfants une diminution des nouvelles infections à 53 % soit 320 000 en 2010 à 150 000 en 2020. Les décès liés au Syndrome Immunodéficience Acquise (SIDA) ont été réduits de plus de 64% depuis le pic de 2004 et 47% depuis 2010. En 2020, 680 000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA dans le monde, contre 1,9 millions en 2004 et 1,3 millions en 2010 [2].

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA subissent les conséquences plus graves et présentent des comorbidités plus importantes en raison de la coinfection avec la Corona-Virus Disease-19 (COVID-19) par rapport aux personnes ne vivant pas avec le VIH. A la mi-2021 , la plupart des personnes vivant avec le VIH n'avait pas accès aux vaccins contre la **COVID-19**. [2]

L'Afrique de l'Est et du Sud sont particulièrement touchées par cette pandémie avec plus de 20,4 millions d'individus infectés ; L'Afrique de l'Ouest et du Centre habitaient 4,7 millions de personnes vivant avec le VIH en 2020.

Les femmes enceintes représentent 59% du nombre de personnes atteintes du VIH en Afrique de l'Est et du Sud [3].

L'Etat malien a mis en place une politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA , en mettant l'accent sur la gratuité des anti-retroviraux (ARV) et les examens complémentaires biologiques du VIH en 2005 , également en organisant des campagnes de sensibilisation et de dépistage volontaire à travers les medias , les agents de santé ; des conférences et la formation des pairs éducateurs dans toutes les regions du Mali.

Grace à ces efforts, la séroprévalence de l'infection à VIH a connu une baisse significative au Mali passant de 1.3% à 1.1% entre 2006 et 2013 faisant du Mali un pays à faible prévalence .Globalement les femmes sont plus touchées que les hommes avec respectivement **1.3 %** chez les femmes contre **0.8 % chez les hommes**[4, 5]..

En 2013 la surveillance épidémiologique nationale mentionne une prévalence de l'infection à VIH/SIDA de 4% chez les femmes enceintes de Ségou [5].

La population féminine et plus particulièrement les femmes enceintes constituent un groupe vulnérable.

L'insuffisance de connaissances sur les modes de transmission et les moyens de prévention qui influence l'attitude pratique des femmes enceintes vis-à-vis du VIH/SIDA pourrait expliquer cette vulnérabilité. Nous avons initié cette étude en raison de la forte séroprévalence dans la région de Ségou avec comme objectif :

Objectifs :

✓ **Objectif général :**

Etudier les connaissances, les attitudes pratiques en matière de VIH/SIDA des femmes enceintes suivies en consultation prénatale dans le service de gynécologie-Obstétrique de l'hôpital de Ségou.

✓ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le service de Gynécologie-obstétrique,
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le service de Gynécologie-obstétrique,
- Décrire le niveau de connaissance des femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le service de gynécologie-obstetrique face a l'infection au VIH.
- Décrire l'attitude pratique des femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le service de gynécologie-obstétrique face à l'infection au VIH.



GENERALITES

II. GENERALITES

2.1. Définitions

-Les deux virus (VIH-1 et VIH-2) sont responsables d'une infection virale chronique entraînant à long terme le syndrome d'immunoDéficiency Acquisée (SIDA) découverts respectivement en 1983 et 1986 en France, furent initialement dénommé LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) par Montagnier et HTLVIII (human T cell leukemia/lymphoma virus) par Gallo. Le nom VIH est donné définitivement en 1986[2].

2.2. Epidémiologie :

EN fin 2020, environ 37.7 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde et 53% d'elles sont des femmes et des filles , dont la majorité dans la région africaine ; l'Afrique de l'Est et du Sud sont particulièrement touchées par cette pandémie avec plus de 20,6 millions d'individus infectés [2]. Les nouvelles infections au VIH ont été réduites de 52% depuis le pic de 1997 passant de 3,0 millions à 1,5 million en 2020. L'Afrique orientale et l'Afrique australe représentent 43% des nouvelles infections VIH dans le monde, cela malgré une diminution de 29% de nouvelles infections [2].

Les femmes enceintes représentent 59% du nombre de personnes atteintes du VIH en Afrique de l'Est et du Sud (ONUSIDA, 2017). Elles sont une population à risque important. [3].

Chaque semaine, environ 5000 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH.

-En Afrique subsaharienne, six nouvelles infections au VIH sur sept chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans concernent des filles. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes. Environ 4200 adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont été infectées par le VIH chaque semaine en 2020.

En Afrique subsaharienne, les femmes et filles représentaient 63% de toutes les nouvelles infections au VIH.

En 2020 , 84% [68->98%] des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.

Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, 87%[67- >98%] avaient accès à un traitement.

Et parmi les personnes ayant accès au traitement, 90%[70- >98%] ont une charge virale indétectable.

Au Mali les efforts déployés dans la lutte contre le VIH/Sida ont permis une évolution du taux de prévalence vers stabilisation de 1.7 % en 2001 à 1.3 % en 2006 pour se situer à 1.1 % en 2012-2013. Au Mali la lutte contre le VIH est basée sur les moyens de communications à travers les médias, les agents de santé, les pairs éducateurs ; durant tout le mois de Décembre de chaque année des journées de conférences et de formations sont organisées partout dans le pays. L'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes régions du Mali. Que ce soit chez les femmes ou les hommes, c'est à Bamako (respectivement 1.7 % et 1.6 %) que la prévalence du VIH est la plus élevée et, à l'opposé, c'est à Mopti qu'elle est la plus faible (respectivement 0.8 % et 0.4 %). La dimension sécuritaire de la crise socio-politique a rendu inaccessible les trois régions du Nord (Tombouctou, Gao, Kidal) et trois cercles de la région de Mopti (Douentza, Ténenkou et Youwarou) [5,6].

Sur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH , 84 % [67- >98%] connaissaient leur statut, 73 % [56-88 %] avaient accès à un traitement et 66 % [53-79 %] avaient une charge virale indétectable en 2020.

Selon les résultats de la surveillance sentinelle 2012, sur 6499 femmes enceintes testées 189 étaient positives au VIH soit 2.9% et 91 étaient positives à la Syphilis, soit 1.6%. Toutefois, d'importantes variations sont observées selon les sites et indiquent une prédominance de l'infection dans les sites urbains, avec, selon les tranches d'âge, la prévalence la plus élevée observée chez les 35-39 ans (6%). Enfin, Par région, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Koulikoro (6.1%) est deux fois plus élevée que la moyenne nationale (2.9%). Sur les 6 régions représentées, les régions de Mopti, Kayes et Sikasso ont des prévalences inférieures à la moyenne nationale.

Selon le lieu de résidence la prévalence est 2 fois plus élevée en milieu urbain (3.8%) qu'en milieu rural (1.7%).

Toutefois, selon les différentes enquêtes de surveillance sentinelle, on note une diminution de la prévalence de 3.8% à 2.9% entre 2003 et 2012 [6]

2.3. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les virus de l'immunodéficience humaine sont des rétrovirus caractérisés par un génome à ARN, la nécessité d'une enzyme permettant la rétrotranscription en ADN (transcriptase inverse) et une grande variabilité génétique.

Le type VIH-1 représente à l'échelon mondial 90 % des souches circulantes. Le type VIH-2 est minoritaire (moins de 5 %) mais plus fréquent en Afrique de l'Ouest.

Sa transmissibilité et sa pathogénicité sont nettement moindres que celles des VIH-1 [7].

a- Structure du VIH

Le VIH comporte :

- Une enveloppe externe constituée d'une double couche de lipides, dans laquelle sont fixées deux glycoprotéines : la glycoprotéine gp120 et la glycoprotéine gp41.
- Une matrice protéique tapissant l'intérieur de l'enveloppe, associée à la protéase, une des 3 enzymes virales.
- Une capsidie protéique renfermant les 2 autres enzymes virales, la transcriptase inverse et l'intégrase.

Deux brins d'ARN constituant le génome viral [8].

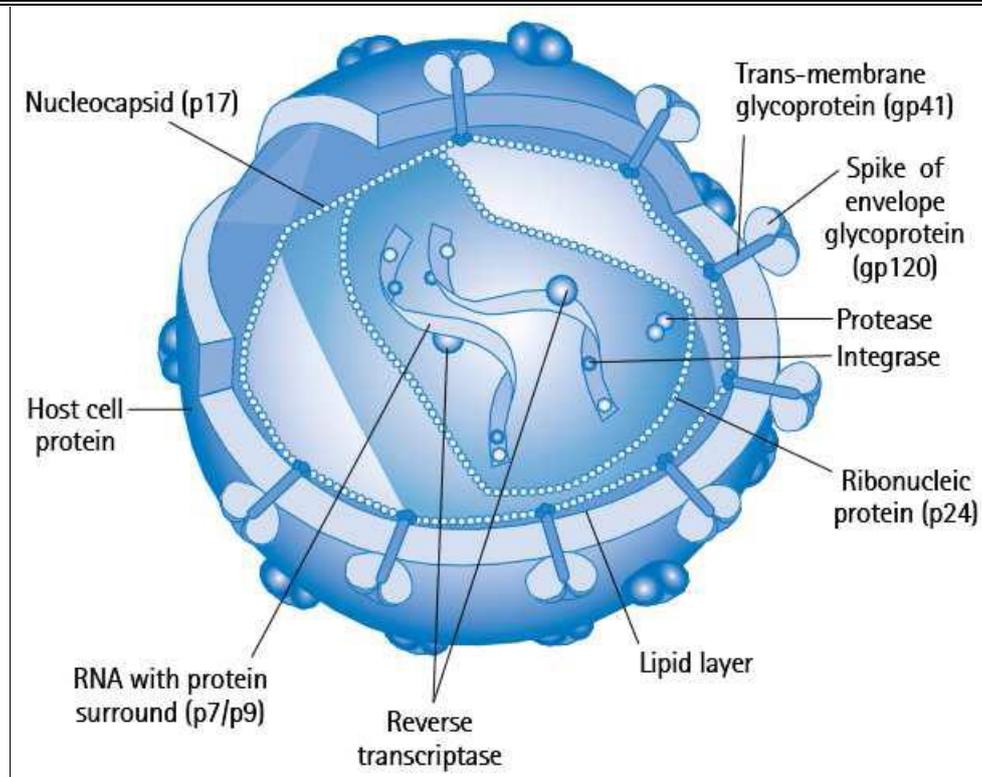


Figure 1 : structure du VIH [9].

b- Cycle de réplication du VIH [8, 9].

Attachement : Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un co-récepteur).

Pénétration : Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique du virus dans le cytoplasme).

Décapsidation : Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.

Reverse transcription et intégration : Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.

Traduction : Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.

grossesse par passage transplacentaire (contamination *in utero*) et dans deux tiers des cas pendant le travail et l'accouchement lors de contacts directs du sang ou des sécrétions vaginales maternelles infectées avec la peau et les muqueuses de l'enfant et/ou lors de l'ingestion par le nouveau-né des sécrétions ou du sang maternel. L'allaitement maternel accroît le risque de transmission de 10 à 30% supplémentaire. Ce risque est d'autant plus élevé que l'allaitement est prolongé.

Certains facteurs favorisent la transmission périnatale en l'absence de prophylaxie antirétrovirale et sont liés à :

- l'infection VIH elle-même : primo-infection en cours de grossesse, immuno-dépression et/ou charge virale élevée en fin de grossesse,
- le type de virus : le risque est plus élevé avec le VIH-1 que le VIH-2,
- des facteurs obstétricaux : grossesses gémellaires, le premier jumeau étant plus souvent infecté, gestes plus ou moins invasifs pendant la grossesse tels que l'amniocentèse, l'amnioscopie, le cerclage du col, l'accouchement par voie basse comparée à une césarienne à membranes intactes, la rupture prématurée prolongée des membranes, la chorioamniotite, les infections sexuellement transmissibles [10].

2.4.1. Mécanisme de la TME :

Le mécanisme de la TME n'est vraiment pas connu avec précision. En effet, l'exposition du fœtus au VIH n'entraîne pas forcément la contamination. Bien que les mécanismes de la TME soient spéculatifs, ils sont nécessaires pour la mise en place des stratégies de prévention périnatale[11] .

2.4.2. Les principales voies de transmission:

Il est désormais bien établi que la transmission virale se produit [8, 11] :

- Pendant la grossesse au dernier trimestre (5 %).
- Au moment de la naissance (15 %).
- Au cours de l'allaitement maternel (15 % environ).

a. La voie transplacentaire (pré partum) Le VIH se transmet par voie transplacentaire lorsque la barrière placentaire active contre le passage viral est rendue défectueuse par différents mécanismes dont l'infection du trophoblaste, le passage des cellules infectées ou des particules virales à travers la barrière

trophoblastique et surtout la micro transfusion lors de l'accouchement ; en cas donc d'infection du placenta ou du fœtus.

b. La voie ascendante (intra partum)

C'est à travers les muqueuses du fœtus et du nouveau-né lors d'une exposition par la voie ascendante ou lors de son passage dans la filière génitale. Elle survient dans plus de la moitié des cas suite à l'exposition du sang maternel à l'enfant pendant le travail et le passage dans la filière génitale de la mère.

c. La voie orale (postpartum)

La transmission par voie orale, appelée aussi transmission post-natale, a lieu pendant l'allaitement. Le risque est très important dans les premières semaines, mais persiste pendant toute la durée de l'allaitement. Il dépend du déficit ou non du système immunitaire maternel et de la charge virale. L'allaitement mixte, le colostrum, une charge virale élevée, les crevasses, les abcès du sein et les mastites constituent des facteurs favorisant de la TME par voie orale. C'est la voie majeure de la TME dans les pays en voie de développement comme ceux de l'Afrique sub-saharienne.

2.4.3. Facteurs de risque de la TME [11]

Le risque de transmission varie en fonction des facteurs maternels, viraux, fœtaux, ainsi que des événements survenant pendant la grossesse. Les facteurs maternels sont la charge virale plasmatique élevée, le déficit immunitaire Cluster de différenciation 4 (CD4) et lymphocytes bas et la malnutrition. Les facteurs fœtaux sont génétiques Human leukocyte antigen, Chemokine receptor type 5 (HLA, CCR5) en plus du sexe féminin et de l'hypotrophie. Les facteurs placentaires comme la chorio-amnionite bactérienne ou le paludisme favorisent aussi la TME. Enfin, les facteurs obstétricaux dont la rupture prolongée de membranes, l'accouchement prématuré, les MST, les gestes invasifs (épisiotomie, application du forceps ou de ventouse) et l'accouchement par voie basse augmentent aussi le risque de TME.

2.5. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) [7, 11]

La mise en œuvre d'une stratégie pour réduire la transmission périnatale du VIH doit se faire en deux étapes.

La première consiste à dépister les femmes infectées par le VIH et la deuxième, à assurer l'accès à des soins du VIH coopératifs et coordonnés, donnés par des dispensateurs de soins qui connaissent les traitements pour les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés.

Ces soins incluent un traitement antirétroviral d'association prénatal, un traitement antirétroviral *intra partum* et postnatal et l'utilisation exclusive de préparations lactées pour nourrir les nouveau-nés de mères infectées.

Ainsi, la PTME est un moyen efficace de lutte contre la mortalité materno-infantile en Afrique sub-saharienne où plusieurs études ont documenté son efficacité et son efficience.

2.5.1. Objectifs

Les objectifs du traitement antirétroviral (ARV) chez la femme enceinte et chez le nouveau-né sont les suivants :

- ◆ Réduire le risque de la TME par la réduction maximale de la réplication virale plasmatique et du nombre de particules virales libres présentes dans les différents liquides biologiques, pendant la grossesse, le travail, et à l'accouchement ;
- ◆ Assurer un traitement optimal pour la mère au besoin, pour le maintien ou la restauration du système immunitaire ;
- ◆ Préserver les options thérapeutiques à venir, en évitant que le traitement préventif n'induisse des résistances pour la mère comme pour l'enfant s'il est infecté ;
- ◆ Assurer le traitement post-expositionnel à l'infection en poursuivant le traitement antirétroviral chez l'enfant après naissance.

2.5.2. Recommandations OMS [11]

L'évolution thérapeutique du VIH est passée par différents stades notamment l'option A et l'option B. Actuellement nous sommes à l'ère de l'option B+.

* Option B+

Dans l'option B+, il est recommandé de commencer le TARV avec 3 ARVs dès que possible, quel que soit le stade de l'infection par le VIH et le poursuivre toute la vie. C'est l'option actuellement recommandée par l'OMS.

L'enfant né de cette femme bénéficie de la monothérapie ou bithérapie selon le niveau de risque et le type de VIH tous les jours depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6-12 semaines selon la méthode d'alimentation du nourrisson.

L'approche de l'option B+ présente plusieurs avantages par rapport aux options A et B :

- Une simplification supplémentaire des conditions à remplir pour les programmes de PTME ;
- Une protection étendue contre la transmission mère enfant pour les prochaines grossesses dès de la conception ;
- Un avantage dans la prévention de la transmission sexuelle des couples et chez les partenaires sérodiscordants pour le VIH
- Un message simple pour les communautés, une fois le TARV commencé, il doit être pris à vie.

2.5.3. Stratégie du Mali pour l'élimination de la transmission de la mère-enfant du VIH [6].

a. Vision et but :

Le Mali s'est engagé, à travers sa Déclaration Politique Nationale en matière de lutte contre le VIH/SIDA, à renforcer l'élan national afin de concrétiser sa volonté d'« **Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030** » conformément à la déclaration politique de juin 2016 à New York à l'occasion de la réunion de Haut niveau (HLM) à laquelle il adhère pleinement

b. Objectifs

Pour atteindre ce but, les objectifs suivants sont assignés :

- Déclaration de politique nationale pour l'élimination à l'horizon 2030,
 - Orientations stratégiques pour les cibles « 90-90-90 » d'ici à 2020,
 - Orientations stratégiques pour l'élimination « ratio 95-95-95 » d'ici à 2030 (cadre stratégique 2021-2025).
- #### **2.4.4. Les interventions de la PTME [11].**

a- Pendant la grossesse : Les CPN constituent un moment propice de rencontrer les femmes enceintes porteuses ou non du VIH et pour administrer les interventions de la

PTME dans la période anténatale. L'intégration des services PTME dans les services des CPN donne beaucoup d'avantages : les CPN représentent donc un point d'entrée essentiel dans la cascade de soins de la PTME et augmentent ainsi les inscriptions maternelles et le recours aux ARV. L'intégration permet ainsi de réduire les occasions manquées d'interventions clés telles que le dépistage du VIH, la fourniture d'ARV, l'éducation sur l'allaitement maternel optimal et le soutien à l'observance. Ainsi, en plus des activités de routine des CPN, les activités de la PTME suivantes peuvent être menées durant la période prénatale : les causeries éducatives, le Counseling, le dépistage du VIH et l'annonce des résultats. Chez les femmes séropositives, l'instauration du Traitement ARV, la recherche systématique des infections opportunistes, la prophylaxie au cotrimoxazole (à partir du deuxième trimestre), la promotion des rapports sexuels protégés, la promotion et le soutien en matière d'alimentation du nourrisson.

b- Pendant le travail et l'accouchement

Durant le travail et l'accouchement, le principal objectif est de réduire les risques de la TME par les pratiques obstétricales à moindre risque qui limiteront l'exposition du nouveau-né au sang et aux liquides organiques de la mère ainsi que par l'instauration de la prophylaxie post expositionnelle du nouveau-né.

Chez une mère séropositive connue, poursuivre le traitement ARV. Proposer le dépistage du VIH par un test sérologique rapide chez toute femme avec un état sérologique inconnu et mettre toute femme séropositive directement sous traitement ARV. Une explication préalable de la prise en charge durant le travail et l'accouchement doit être fournie à la parturiente. Pour un accouchement à moindre risque, il faudra éviter les techniques invasives d'accouchement : rupture artificielle des membranes, épisiotomie, l'utilisation des matériels traumatisants tels que forceps et ventouse, aspirations intempestives de mucosités, transfusion du cordon, les pressions exagérées de l'abdomen, etc. Le cordon ombilical sera coupé en utilisant une compresse protectrice et le nouveau-né sera essuyé à l'aide d'une serviette imbibée d'une solution de chlorhexidine. Il faudra aussi éviter le travail prolongé et

promouvoir la référence des cas des accouchements difficiles à l'échelon supérieur pour une meilleure prise en charge.

Le schémas thérapeutique est proposé pour tout nouveau-né à terme exposé :

Tableau I : le schéma thérapeutique du nouveau né de mère VIH+

Type VIH	Prophylaxie ARV chez le nouveau-né			
	Avec allaitement		Sans allaitement	
	Risque élevé	Risque faible	Risque élevé	Risque faible
VIH-1	NVP+ AZT sirop Pendant 12 semaines	NVP sirop Pendant 6 semaines	NVP+ AZT sirop Pendant 6 semaines	+ AZT sirop Pendant 6 semaines
VIH-1+2	AZT+ 3TC sirop Pendant 12 semaines	AZT sirop Pendant 6 semaines	AZT+ 3TC sirop Pendant 6 semaines	AZT sirop Pendant 6 semaines

c- Pendant l'allaitement

La période de l'allaitement correspond à celle du postpartum, où on profite pour éduquer la patiente sur l'hygiène, s'assurer de l'adhérence au traitement ou à la prophylaxie au cotrimoxazole ainsi que le suivi du nouveau-né exposé. Cette période est aussi mise à profit pour dépister le partenaire et autres enfants de la mère séropositive (élargissement du dépistage), faire la réévaluation biologique et immunologique.

Le suivi du nouveau-né s'articule sur le respect du calendrier vaccinal, le suivi de la courbe pondérale et de la croissance une fois par mois jusqu'à l'âge de 18 mois. Il est demandé à la mère de respecter la prise de la Névirapine du bébé, adapter la dose au tableau clinique et débiter le cotrimoxazole à partir de l'âge de six semaines.

L'allaitement artificiel est le seul moyen d'éviter tout risque de transmission postnatale. En Afrique cependant, pour des raisons socio-économiques, l'abandon de l'allaitement maternel

peut entraîner d'autres problèmes de santé et augmenter la mortalité infantile. Promouvoir une alimentation à moindre risque en privilégiant l'alimentation exclusif durant les six premiers mois puis diversification alimentaire jusqu'à douze mois. L'allaitement maternel protégé est donc celui qui est fait sous couverture d'ARV donnés soit à la mère soit à l'enfant soit aux deux ce qui permet à une mère d'allaiter son enfant à moindre risque de transmission du VIH. C'est pendant la période d'allaitement qu'il est intéressant de parler du planning familial dans le but de prévenir les grossesses non désirées, d'encourager l'espacement des naissances, de discuter les avantages et désavantages de la grossesse pour une personne vivant avec le VIH, d'expliquer et fournir des méthodes du planning familial disponibles.



METHODOLOGIE

3. Méthodologie :

3.1 Cadre de l'étude :

Ce travail s'est déroulé au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségo qui est un hopital de deuxième référence qui reçoit les références de toutes les structures périphériques de la région et de certaines régions limitrophes.

Il abrite plusieurs services spécialisés dont le pôle mère-enfant qui assure la prise en charge des pathologies gynécologiques mais aussi les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

3.2 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective de données qui s'est déroulée du **1^e septembre 2019 au 31 Avril 2020** soit 8 mois .

3.3 Population d'étude :

Notre étude a concerné toutes les femmes vues en CPN ou les patientes reçues en travail à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo pendant la période d'étude .

3.4 Echantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif.

3.5 Critère d'inclusions :

Ont été incluses dans l'étude toutes les femmes enceintes consentantes à participer à l'étude vues en CPN à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo .

3.6 Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- Les femmes gestantes non consentantes.
- Les femmes non enceintes.

3.7 Technique de dépistage :

Nous avons fait le dépistage par le test rapide au déterminé

3.8 Plan saisie et analyse des données :

Les **données** ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2018 et l'analyse des données a été faite sur le logiciel IBM SPSS version 20 ; le Test statistique a été le χ^2 avec seuil de significativité $p < 5\%$.

3.9 Deroulement de l'étude :

Les données ont été saisies sur une fiche d'enquete élaborée à cet effet . Les patientes étaient interrogées dans la salle de CPN ou dans la salle d'accouchement pour celles qui étaient en travail. Le dépistage a été réalisé par le test au determine pour celle qui l'ont accepté.

3.10 Les variables étudiés :

Variables	Types de variables	Echelle
Age	Quantitatif	Année
Profession	Qualitatif	1 : ménagère, 2 : commerçante, 3 : artisanne , 4 : fonctionnaire, 5 :élèves/étudiantes, 6 : autres
Statut matrimonial	Qualitatif	1 : célibataire ; 2 : mariée
Antécédents gynéco-obstétricaux	Quantitatif	1 :gestité, 2 : parité
Niveau d'instruction	Qualitatif	1 : primaire, 2 : secondaire, 3 : superieur
Avez-vous déjà entendu parler VIH/SIDA	Qualitatif	1 : oui, 2 : non
Source d'information	Qualitatif	1 : télévision, 2 : radio, 3 :agent de santé, 4 :pairs éducateurs, 5 : à l'école, 6 : amie/camarade, 7 : membre de la famille, 8 : autres
Connaissances des signes du VIH	Qualitatif	1 : fièvre, 2 :maux de tete , 3 :diarrhée, 4 :amaigrissement, 5 :mort, 6 : ne sais pas, 7 : autres
Modes de transmission évoqués	Qualitatif	1 : rapport sexuel, 2 : transfusion, 3 : mère-enfant, 4 : instrument souillé, 5 :baisers, 6 :piques de moustiques, 7 :causer par les sorciers
Moyens de prévention de TME évoqués	Qualitatif	1 :médicaments pharmaceutiques à la mère, 2 :médicaments pharmaceutiques au bébé, 3 : éviter l'allaitement maternel, 4 : ne sais pas , 5 : autres, 6 : médicaments traditionnels
Moyens de prévention de VIH évoqués	Qualitatif	1 :fidélité, 2 :s'absténir, 3 :éviter le contact au sang, 4 :utiliser le preservatif, 5 :éviter les instruments souillés, 6 :en se mariant, 7 :se faire dépister, 8 :éviter de collaborer avec

**CONNAISSANCES ET ATTITUDES PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTEES SUR LE VIH/SIDA A L'HOPITAL
NIANKORO FOMBA DE SEGOU**

		les PV-VIH, 9 :éviter les piqures de moustiques
Raisons d'incroyance au VIH	Qualitatif	1 :pour faire peur, 2 :jamais vu un séropositif, 3 :maladie imaginaire, 4 : pour décourager
Antécédents de dépistage au VIH	Qualitatif	1 :oui, 2 :non
Motif de dépistage antérieur	Qualitatif	1 :curosité, 2 :s'assurer de sa séronégativité, 4 :suite à une maladie, 5 :BPN
Motif d'abstention au dépistage	Qualitatif	1 :croit-etre en bonne santé , 2 :peur de stigmtisation,3 : aucun motif, 4 :ne croit pas au VIH ,5 :préfère ne pas savoir
Mesures de prévention	Qualitatif	1 :fidélité, 2 :aucun avis, 3 :abstinence, 4 :codom, 5 :éviter le lévirat-sororat, 6: éviter la polygamie , 7 :éviter de collaborer avec les PV-VIH, 8 :eviter les objets piquants, 9 :faire son dépistage
Comportement à l'égard des PV-VIH	Qualitatif	1 :les soutenir, 2 : les isoler, 3 :les serrer la main, 4 :manger ensemble
Consentement au dépistage	Qualitatif	1 :oui, 2 :non
Motifs d'acceptation	Qualitatif	1 :protection du utr bébé 2 :bénéficier d'ARV si séropositive, 3 :savoir son statut, 4 :se protéger si séronégative
Motifs de refus	Qualitatif	1 :peur de stigmatisation, 2 :accord du conjoint,3 :risque de divorce,4 :croit-etre en bonne santé
Résultat du dépistage	Qualitatif	1 : négatif, 2 : positif

3.11 Aspects éthiques :

C'était une étude de recherche non financée, exécutée dans le cadre de thèse de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako/ Mali. Toutes les patientes ou leur tuteur légal ont donné leur accord après information. La non-participation à l'étude n'entraîne aucune restriction de soins.



RESULTATS

IV- RESULTATS :

4.1. Fréquence :

Au cours de notre étude 901 femmes enceintes ont accepté de répondre aux questions, parmi lesquelles 737 ont accepté de faire le test VIH. La prévalence de séropositivité était 1,4% soit 10/737.

Tableau II: répartition des gestantes selon le résultat du dépistage au VIH

Résultat du dépistage	Effectif	%
Négatif	727	98.6
Positif	10	1.4
Total	737	100.0

4.2. CARACTERISQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Tableau III: répartition des gestantes selon la tranche d'âge.

Age	Effectif	%
≤19	143	15.9
20-29	460	51.1
30-35	186	20.6
>35	112	12.4
Total	901	100.0

La moyenne d'âge était de 26,5 ans avec des extremes de 19 et 44 ans

Tableau IV : répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectif	%
Ménagère	637	70.7
Commerçante	84	9.3
Elève-étudiante	63	7.0
Secretaires	40	4.5
Artistes	23	2.5
Artisane	21	2.3
Agent de santé	20	2.2
mendiantes	13	1.5
Total	901	100.0

Tableau V : répartition des gestantes selon la Parité

Parité	Effectif	%
Nullipares	282	31.2
Primipares	199	22.2
Paucipares	141	15.6
Multipares	182	20.2
Grandes multipares	97	10.8
Total	901	100

La moyenne de la parité était de 5 avec des extremes de 0 à 10

Tableau VI : répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non scolarisée	430	47.7
Niveau primaire	301	33.4
Niveau secondaire	124	13.8
Niveau supérieur	46	5.1
Total	901	100.0

4.3. CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA :

Tableau VII : répartition des gestantes selon la connaissance de l'information sur le VIH/SIDA

Information sur le VIH/SIDA	Effectif	%
Oui	833	92.5
Non	68	7.5
Total	901	100.

Tableau VIII : répartition des gestantes selon la source d'information sur le VIH/SIDA

Source d'information	Effectif(n=833)	%
Télévision	368	44.2
Radio	247	29.6
Agent de santé	148	17.8
Pairs éducateurs	21	2.5
Ecole	21	2.5
Amie/camarade	17	2.1
Un membre de la famille	11	1.3

Tableau IX: répartition des gestantes selon les signes du VIH/SIDA évoqués par les gestantes

Les signes du VIH/SIDA évoqués	Effectif(n=901)	%
Amaigrissement	450	49.9
Aucun signe	283	31.4
Diarrhée	123	13.7
Lésions dermatologiques	12	1.3
Maux de tête	12	1.3
Ictère	9	1.0
Fièvre	7	0.8
Toux	5	0.6

Tableau X: répartition selon les modes de transmission du VIH/SIDA évoqués par les gestantes

Les modes de transmission du VIH/SIDA évoqués	Effectif(n=497)	%
Rapports sexuels	237	47.7
Instruments souillés de sang	78	15.7
Transfusion sanguine	71	14.3
Manger dans le plat commun	47	9.5
Transmission mère-enfant pendant la grossesse	22	4.4
Baisers	22	4.4
Piqûre de moustiques	15	3.0
Causer par les sorciers	5	1.0

Tableau XI :répartition selon les moyens de prévention de la transmission mère - enfant du VIH/SIDA évoqués par les gestantes

Moyens de PTME évoqués	Effectif(n=606)	%
Prise de médicament pharmaceutique par la mère	229	37.7
Prise de médicaments pharmaceutiques par le bébé	208	34.3
Eviter l'allaitement maternel	132	21.7
Ne sais pas	29	4.9
respect des mœurs	5	0.9
Port de gris-gris	3	0.5

Tableau XII : répartition selon les moyens de prévention du VIH/SIDA évoqués par les gestantes

Moyens de prévention du VIH/SIDA évoqués	Effectif(n=674)	%
Fidélité	241	35.7
Abstinence sexuelle	200	29.7
Eviter le contact avec le sang	79	11.7
Utiliser les préservatifs	54	8.0
Eviter les instruments souillés	42	6.3
En se mariant	29	4.3
Se faire dépister	17	2.5
Eviter de collaborer avec une PVVIH	8	1.2
Eviter les piqûres de moustiques	4	0.6

Tableau XIII : répartition des gestantes selon les raisons de la non croyance à l'existence du VIH/SIDA

Raison de non-croyance au VIH/SIDA	effectif(n=91)	%
Pour faire peur	37	40.6
Jamais vu un séropositif	32	35.2
Maladie imaginaire	16	17.6
Pour décourager	6	6.6

Tableau XIV: répartition des gestantes selon les antécédents de dépistage du VIH/SIDA

Antécédent de dépistage VIH/SIDA	Effectif	%
Oui	674	74.8
Non	227	25.2
Total	901	100.0

Tableau XV: répartition des gestantes selon les motifs du dépistage antérieur

Motifs du dépistage antérieur	Effectif(n=674)	%
Curiosité	16	2.4
S'assurer de sa séronégativité	58	8.6
Suite à une maladie	65	9.6
BPN	535	79.4

Tableau XVI: répartition des gestantes selon les motifs d'abstention au dépistage antérieur

Motifs d'abstention au dépistage	Effectif(n=227)	%
Croit être en bonne santé	102	44.9
Peur de stigmatisation	73	32.2
Aucun motif	26	11.5
Ne croit pas au VIH	21	9.2
Préfère ne pas savoir	5	2.2

4.4 Attitudes pratiques face au VIH/SIDA

Tableau XVII : répartition des gestantes selon le comportement des gestantes envers les PV-VIH après leur information sur le VIH/SIDA

comportement des gestantes envers les PV-VIH	Effectif(n=901)	%
Les soutenir	742	82.3
Les isoler	71	7.8
Les serrer la main	60	6.7
Manger ensemble	28	3.4

Tableau XVIII : répartition des gestantes selon les raisons d'acceptation du dépistage après counseling

Raisons d'acceptation de dépistage	Effectif(n=737)	%
Protection du futur bébé	302	41.0
Bénéfier ARV si séropositive	189	25.7
Savoir son statut sérologique	155	21.0
Se protéger si séronégative	91	12.3

Tableau XX: répartition des gestantes selon les raisons de refus du dépistage après counseling

Raisons du refus de dépistage	Effectif(n=164)	%
Peur de stigmatisation	75	46.0
Accord du conjoint	38	23.0
Risque de divorce	27	16.4
Crois être en bonne santé	24	14.6

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon l'acceptation du test de dépistage/raison d'absence de dépistage antérieur

Si non pour quelles raisons	Acceptez-vous de faire votre dépistage maintenant		Total n/%
	Oui n/%	Non n/%	
Peur de stigmatisation	56(35.2)	16(24.2)	72(32.0)
Crois etre en bonne santé	83(52.2)	19(28.8)	102(45.3)
Crois pas VIH	9(5.7)	11(16.7)	20(8.9)
Aucun motif	8(5.0)	18(27.3)	26(11.6)
Autres	3(1.9)	2(3.0)	5(2.2)
Total	159(100)	66(100)	225(100)

Khi2=33.98

Tableau XXII : Relation entre le niveau d'instruction et l'atécédent de dépistage

Niveau d'instruction	antécédent de dépistage		
	Oui n/%	Non n/%	Total n/%
Non scolarisée	322(47.8)	108(47.6)	346(46.9)
Niveau primaire	206(30.6)	95(41.9)	301(33.4)
Niveau secondaire	108(16.0)	16(7.0)	124(13.8)
Niveau supérieur	38(5.6)	8(3.5)	46(5.1)
Total	674(100)	227(100)	901(100)

Khi2=9.98

p=0.062

**Tableau XXIII : Rélation entre niveau d'instruction et résultat du dépistage
VIH/SIDA**

résultat du dépistage VIH/SIDA			
Niveau d'instruction	Positif n/%	Négatif n/%	Total n/%
Non scolarisée	4(40.0)	342(47.1)	346(46.9)
Niveau primaire	4(40.0)	254(34.9)	258(35.1)
Niveau secondaire	2(20.0)	93(12.8)	95(12.9)
Niveau supérieur	0(0.0)	38(5.2)	38(5.1)
Total	10(100)	727(100)	737(100)

Ki2=12.88

p= 0.08



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

. Approche méthodologique :

Le choix de ce type d'étude s'explique par son niveau de preuve car elle permet le recueil des données au fur et à mesure de l'inclusion de nouveaux cas dans l'étude avec l'avantage de la complétude et de la pertinence des données [12]

Limites de l'étude :

Les limites de cette étude ont été entre autres la non acceptation du test de dépistage, le manque de coopération de certaines patientes, la perte de vue de certains gestantes dépistées positives et la non disponibilité d'une salle PTME.

5.1. Fréquence :

Au cours de la période de notre étude sur **1422** nouvelles consultations prénatales nous avons colligé 901 volontaires dont 737 ont accepté le test de dépistage au VIH. Parmi les gestantes dépistées 10 étaient positives soit une séroprévalence de 1.4%.

Notre séroprévalence était supérieure à celle des femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME du Mali qui est de 0.52% [13]; inférieure à celles rapportées:

- Au Mali où les enquêtes de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes ont révélé une séroprévalence de 2.9% en 2012. D'importantes variations sont observées selon les régions, c'est ainsi qu'à Koulikoro avec 6.1% elle était deux fois plus élevée que la moyenne nationale (2.9%). Sur les six régions représentées, les régions de Mopti, Kayes et Sikasso avaient des prévalences inférieures à la moyenne nationale. Quant à la région de ségou elle était égale à la moyenne nationale [6].

- En Afrique subsaharienne, où la prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes reste élevée : en 2019, elle dépassait en moyenne les 20% en Afrique australe et oscille entre 4% et 8% en Afrique centrale [13].

- En Afrique de l'Est et du Sud qui sont particulièrement touchées par cette pandémie avec plus de 19,4 millions d'individus affectés dont les femmes enceintes représentaient 59% [3].

- Au Cameroun, avec une prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes qui variait entre 8% et 17% sur le plan national en 2011 [14].

- Au Burkina Fasso et en République Démographique du Congo (RDC) en milieu hospitalier elle est respectivement de 10.84% [3], et de 19.3% de cas en 2013 [15].
- Sur le plan national elle était 3.9 % au Togo en 2010 [16] et variait de 3.7 à 4.3% en RDC entre 2015 et 2017 [17, 18].
- En République Centre Africaine elle était de 4.5 % en 2017 [18].
- En France la séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes qui accouchent était de l'ordre de 0.4 à 0.2 % de 2011 à 2014 [20,21].

Notre faible séroprévalence s'explique par le fait qu'il s'agissait d'une étude hospitalière

5.2- Les caractéristiques sociodémographiques :

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée dans notre étude **51.1%** de cas avec une moyenne de 26.5 ± 5 ans. Celle-ci est comparable à celle du Togo avec 25.9 ± 5 ans [16] mais inférieure à celles de **Traoré. SO et col.** [17] au Mali, du Maroc et de la France avec respectivement 27 ± 7 ans ; 28 ans [8] et 29ans [20]. Dans la plupart de ces études il ressort que ce sont les jeunes femmes qui sont les plus fréquentes ceci serait dû au fait que cette tranche d'âge correspond à la période de potentielle fertilité et d'activité sexuelle des couples.

Dans notre étude il s'agissait des femmes mariées dans **96.1 %** des cas, ménagères dans **70.7%** de cas, non scolarisées dans **47.7%** de cas dont **31.2%** étaient à leurs premières grossesses.

Au Togo certaines études comme celles de **Tatagan. A et col.** [16] et **Azoumah. KD [22]** ont rapporté des fréquences similaires de femmes mariées qui varient entre 94.8 et 95.3% de cas et de nullipares avec 32.9% de cas, mais avec des taux de ménagères (35.3 et 37.2 %) et d'analphabètes (22.4 et 7%) inférieurs aux notes.

La même tendance avait été retrouvée au Mali par **Traoré. SO [17]** avec respectivement 97% de femmes mariées et 41.2% d'analphabètes.

Malgré la différence nos réalités socio-culturelles avec celles de l'occident nos fréquences de femmes mariées et de nullipares étaient comparables à celles de **Morin. M et Col [20]** en France avec 91.5% de femmes Mariée, pacsée, ou en concubinage

et 30.4% de nullipares. Quant aux femmes sans profession, au foyer ou étudiante avec 23.7% de cas étaient inférieurs aux sans emplois de notre série (ménagères).

Le mariage précoce; le faible taux de scolarisation des jeunes filles; le manque d'emploi qui caractérisent les pays en voie de développement, pourrait expliquer les taux élevés de femmes mariées sans emploi (ménagères) analphabètes dans les études Africaines.

5.3- Connaissance en matière de VIH/SIDA :

Dans notre série 92.5% des gestantes ont déclaré avoir déjà entendu parlé du VIH, leurs sources d'information étaient principalement la télévision (44.2%), la radio (29.6%), les agents de santé (17.8%), l'école (2.5%). Une part non moins importante de 7.5% des gestantes ont déclaré ignorer l'existence du VIH. Notre résultat est proche de celui de **Diallo. B et all [23]** qui avait retrouvé 100% de gestantes informées sur le VIH.

Au Togo **Tatagan. A et col. [16]** ont retrouvé les mêmes sources d'information avec comme principale source d'information les sites de PTME (79.5 %), la radio (28%), la télévision (17.1%) et l'école (11.4 %). Leur fréquence de femmes ayant déclaré, ignorer l'existence du VIH (7.1%) est comparable à la notre.

Le niveau d'information dans notre étude pourrait s'expliquer par la mise en place des programmes de PTME, la formation des prestataires de santé, la sensibilisation par les pairs éducateurs à travers les organisations non gouvernementales (ONG), les médias publiques à travers l'institutionnalisation d'un mois de lutte contre le VIH/SIDA au Mali.

Malgré que la majorité de nos gestantes avaient entendu parlé du VIH/SIDA, 31.4% d'entre elles ne savaient aucun signe de la maladie et 44.8% ignoraient les modes de transmission.

Parmi celles qui connaissaient au moins un mode de transmission, elles identifiaient comme voies de transmission du VIH, la voie sexuelle (47.7%), les instruments souillés de sang (15.7%), la transfusion sanguine (14.3%), la voie mère-enfant pendant la grossesse et les baisers (4.4% chacun).

Le faible niveau de connaissance des gestantes sur le VIH dans notre étude était en co-relation avec celui de la population générale dont 16 % des femmes et 23 % des hommes de 15-49 ans avaient une connaissance complète du VIH (Savoir que l'utilisation régulière du condom à chaque rapport sexuel et n'avoir qu'un seul partenaire sexuel fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, savoir qu'une personne paraissant en bonne santé peut cependant avoir le VIH et rejeter les deux idées locales erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH) [5].

Tout comme dans notre étude les mêmes voies de transmission du VIH sont rapportées au Togo : la voie sexuelle (93.8 %), les objets souillés de sang (80.5 %), la transmission de la mère à l'enfant (27.1%), la voie sanguine (20.5 %), les objets de coiffure ou d'entretien des ongles souillés (9 %), et enfin la salive et les baisers bouche à bouche (1.4 %) [16].

Contrairement à l'étude du Togo une part non moins importante de nos gestantes avaient des conceptions erronées locales sur la transmission du VIH comme le repas (9.5%) ; la piqûre de moustiques (3%) ; les sorciers (1%).

Des conceptions erronées sur la transmission du VIH avec des fréquences importantes sont rapportées par **Dorsaz. C [3]** dans une étude multicentrique où les femmes croyaient que le VIH pouvait être transmis en embrassant (66.1%), en respirant (37.3%) ou même en portant les mêmes vêtements (40.7%) et en partageant les mêmes couverts (28.2%) qu'une personne séropositive.

Selon l'étude **Morin. M et col. [20]** en France les modes de transmission cités étaient :

- Le rapport sexuel non protégé dont les avis variaient de 59.9 à 99.6 % des gestantes selon que le rapport soit fait avec pénétration buccale, anale ou vaginale,
- L'utilisation d'une seringue ayant déjà servie (93.6 %),
- Le tatouage, le piercing effectués dans de mauvaises conditions d'hygiène (79 %),
- De la mère à l'enfant pendant la grossesse (85 %) et pendant l'allaitement au sein (31.5 %).

Comparativement aux études africaines les niveaux de connaissance sur le VIH sont plus élevés en France et ce-ci pourrait s'expliquer par la différence du niveau de scolarisation et des moyens d'information comme les nouvelles technologie de l'information et de la communication (NTIC).

L'amélioration du niveau de connaissance générale sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant permet de réduire le risque de transmission. L'évaluation de cette connaissance au cours de notre étude a retrouvé que 67.3% des gestantes interrogées savaient qu'il y avait une possibilité de prévention de la transmission mère-enfant (TME) du VIH contre 32.7% qui ignoraient cette possibilité de prévention. Notre taux de connaissance de la possibilité de prévention était comparable à celui de la commune II **63.8%** des gestantes [24]. Quant au taux de méconnaissance il était supérieur à celui rapporté par **Diallo. B et al. [23]** à Sikasso avec 17.64% de cas qui ne savent pas qu'il était possible d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les moyens de prévention de la transmission mère-enfant étaient entre autre l'administration de médicaments pharmaceutiques à la mère (37.7%), au bébé (34.3%), éviter l'allaitement maternel (21.8%).

Le niveau de connaissance des moyens de prévention de la transmission mère-enfant dans notre étude reflète celui du niveau national car selon l'enquête démographique et de santé au Mali (**EDSM-VI**) [5] dans l'ensemble, 49 % des femmes et 38 % des hommes savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement, ou par l'allaitement. En outre, 38 % des femmes et 38 % des hommes savent que le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise des médicaments spéciaux.

Au Togo **Tatagan. A et col. [16]** ont rapporté parmi les interventions permettant de réduire le risque de transmission du VIH d'une mère à son enfant les femmes proposaient surtout l'utilisation des antirétroviraux (52.4%), les rapports sexuels protégés (21.9%), l'accouchement dans un site de PTME (20.2%), la pratique de l'allaitement artificiel (14.3 %), et le dépistage systématique (10 %).

En France selon **Morin. M et col. [20]** le taux des femmes connaissant la possibilité du traitement du VIH au cours de la grossesse variaient de 61.5 à 85.6%.

Dans notre étude **74.8%** des gestantes ont déclaré qu'il existait un moyen de prévention du VIH. Selon leurs connaissances les femmes identifiaient comme moyens de prévention : la fidélité (35.7%), l'abstinence (29.7%), le port de préservatifs (8.0%).

Au Mali **[5]** globalement, 57 % des femmes et 70 % des hommes connaissent deux moyens de prévention contre le VIH tels que l'utilisation des condoms à chaque rapport sexuel, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté. Le niveau des connaissances de ces moyens de prévention varie d'une région à l'autre ; c'est ainsi que Ségou enregistre le pourcentage le plus élevé de femmes connaissant les deux méthodes de prévention avec 68 %.

Notre différence avec le niveau national était due au fait que notre étude n'avait pris en compte que les femmes vues en consultation prénatale. Les connaissances générales des femmes interrogées sur le VIH/SIDA étaient bonnes notamment pour les voies de transmission les plus courantes. Les autres principales voies de transmission du VIH identifiées étant (voie sexuelle et objets souillés de sang). Nos données étaient conformes à ceux du Togo.

5.4- Attitude pratique face à l'infection du VIH/SIDA :

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH aide les personnes négatives au VIH à prendre des décisions spécifiques pour réduire le risque et avoir des pratiques sexuelles à moindre risque pour ne pas contracter la maladie. Au Mali peu de personnes semblent connaître leur statut sérologique car le taux de dépistage est faible avec 18 % des femmes et 14 % des hommes qui ont déjà fait un test du VIH et ont reçu le résultat **[5]**.

Dans notre étude 74.8% des gestantes avaient déjà réalisé un test de dépistage au VIH dont 79.4% faits lors d'une grossesse précédente.

Au Maroc dans l'étude de **Megrhaoui. A [8]** 59.25% des gestantes connues séropositives savaient leur statut sérologique avant leurs grossesses actuelles.

En France **Morin. M et col. [20]** ont rapporté 88.7 % des patientes qui avaient déjà réalisé un test avant la grossesse.

Notre écart avec le taux national de dépistage s'explique par le fait que notre étude n'avait pris en compte que les femmes enceintes auxquelles le test est proposé de façon systématique lors de la consultation prénatale après une séance de conseil et un consentement libre et éclairé, quant à la France notre différence pourrait s'expliquer par le niveau d'information et de compréhension des problèmes de santé.

Parmi les 102 femmes qui n'avaient pas déjà réalisé un test de dépistage 44.9% croyaient être en bonne santé, 32.2% avaient peur de la stigmatisation, 11.5% n'avaient aucun motif, 9.2% ne croyaient pas au VIH et 2.2% préféraient ne pas savoir.

Le test n'était pas réalisé avant la grossesse chez 45.9 % des patientes dans l'étude **Morin. M et col. [20]** car elles se déclaraient séronégatives.

Au Mali la PTME est intégrée au paquet minimum d'activités dans les structures de santé [32]. C'est dans ce cadre que le counseling est systématique chez toutes les femmes vues en consultation prénatale au cours de laquelle les gestantes sont informées sur les modes de transmission du VIH, la signification du test, les résultats possibles, les opportunités thérapeutiques et les moyens de prévention.

C'est ainsi qu'après ce counseling dont a bénéficié toutes nos gestantes, les attitudes identifiées comme moyens de prévention étaient entre autres la fidélité (33.7%), l'abstinence (11.7%), l'usage du condom (8.6%), éviter le lévirat sororat (6.5%), éviter la polygamie (4.9%) Une part non moins importante de 29.0% n'avaient donné aucun avis.

La stigmatisation se définit comme l'action de mettre à l'écart une personne à cause de ses différences qui sont considérées comme hors-norme. Elle peut prendre la forme de manifestations verbales banales. La personne en question peut alors se considérer hors de la norme sociale établie et ainsi pratiquer le mécanisme d'auto-stigmatisation (Bichsel & Conus, 2017) [3].

Le comportement peut-être influencé par le niveau de connaissance sur cette maladie . C'est ainsi qu'au Mali 68% des femmes et 60% des hommes ont exprimé des opinions discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH [5].

Au cours de notre étude après information 82.3% des gestantes avaient une attitude positive envers les PV-VIH car elles pensaient qu'il fallait apporter un soutien psycho-affectif en les cotoyer contrairement à l'étude de **Diemer. S et col. [19]** qui avaient rapporté un indice de stigmatisation et de discrimination des PV-VIH de 87 %, beaucoup plus élevé chez les femmes (90.1 %) que chez les hommes (79.9%), de **Atanga. PN et col [25]** où le taux de stigmatisation et discrimination était de 52.8% conduisant même à l'abandon du traitement anti retroviral (TARV).

Notre taux élevé d'attitude positive pourrait s'expliquer par le fait que toutes nos gestantes avaient bénéficié du counseling au cours des consultations prénatales ce qui a pu influencer leur attitude.

Le dépistage du VIH pendant la grossesse comporte des avantages décisifs, mais les femmes qui apprennent qu'elles sont positives au VIH vivent un stress personnel, familial et sociétal important et constant. Pour qu'elles puissent prendre une décision éclairée, elles doivent absolument avoir accès à des experts de la prise en charge de l'infection par le VIH chez les femmes et les nouveau-nés. [7].

Pour faciliter cette prise de décision le counseling est systématique au cours de la CPN au Mali et le dépistage est basé sur l'approche « opt-out » qui met l'accent sur le fait que le test de dépistage du VIH fait partie des soins prénataux mais toutefois, le dépistage reste volontaire : la femme a le droit de refuser le test si elle le souhaite [26].

Dans notre étude le taux d'acceptation du test de dépistage au VIH était de 87.8%.

Les motifs évoqués étaient la protection du futur bébé (41.0%), bénéficier d'ARV si séropositive (25.7%), savoir son statut sérologique (21.0%), se protéger si séronégative (12.3%).

Notre taux d'acceptation du dépistage était comparable au taux global de la région de Ségou (85.80%) [27] et à celui du Bénin (87 %) [28] ; inférieur à ceux de **Tatagan.**

A et col. [16] au Togo (92.4 %), de **Traoré. SO et al. [17]** au Mali (97%) mais supérieur à celui de la France (46.2%) **[20]**.

Notre différence avec l'étude française pourrait s'expliquer par le fait que 88.7% des patientes avaient préalablement réalisé un test, dont 91.1 % se déclaraient séronégatives **[20]**.

Au Togo les raisons d'acceptation du test de dépistage étaient de connaître sa sérologie (72.5%), se protéger pour protéger son futur enfant (38%), avoir eu une causerie convaincante avec les sages femmes (3.5%), bénéficier d'une prise en charge en cas de positivité (3.5%), un changement global de comportement (3.5%), le mauvais état de santé (1.8%), un projet de mariage (1.2%) **[16]**.

Au Bénin les raisons qui motivaient les femmes à accepter le dépistage étaient la gratuité du test et du traitement (2.4%) ; 62.5% des femmes ont cité la bienfaisance du test en termes de bien-être de la femme et/ou celui de son bébé à naître de même que l'importance de connaître son statut pour être pris en charge. On note que 24.1% ont mentionné la soumission à la volonté du prestataire et 9.9 % des femmes ont énoncé «la confiance de leur séronégativité» ou «aucune motivation particulière» pour accepter le test **[28]**.

Notre taux de non acceptation de 18.2% était supérieur à celui du Togo (7.6%) **[16]**.

Les principales raisons évoquées pour justifier le refus au cours notre étude étaient la peur de stigmatisation (46.0%); l'accord du conjoint (23.0%); le risque de divorce (16.4%).

Les mêmes raisons motivant le refus du test ont été évoqués au Togo **[16]**, au Mali **[17,22]** et au Bénin **[27]**. En France le taux de refus était de 6% le fait d'avoir réalisé un test avant la grossesse et le test qui était négatif constituait le principal motif de refus donné par les patientes **[13]**.

En Guinée Conakry 80% femmes avaient accepté le dépistage après counseling pré test **[34]**;

Au Camérout le taux d'adhésion volontaire au dépistage était de 78.86% contre 45.30% de gestantes qui n'ont pas été dépistées. Les raisons évoquées pour ce non

dépistage étaient entre autres : la carence en instruction et information chez les gestantes ; la précarité socio-économique et contraintes géographiques (accouchements à domicile ou dans des maternités de fortune) ; la peur de stigmatisation ou d'un potentiel naufrage conjugal ; la non-participation des conjoints au programme; et surtout, le fait que le programme PTME, ne s'occupe principalement que du seul volet PTME sans prendre en compte la santé et l'avenir des géniteurs [30].

En Afrique la femme enceinte doit surmonter plusieurs difficultés quand elle révèle son statut à son conjoint. Cela inclue la peur d'être abandonnée, rejetée, discriminée, violentée et accusée d'infidélité [8]. Ceux-ci sont entre autres facteurs qui peuvent expliquer le refus du test constituant ainsi un blocage à la prévention de la transmission mère enfant du VIH.

La consultation prénatale est une opportunité pour la femme enceinte d'avoir des informations sur le VIH. Il n'existait pas de relation entre l'accès aux information sur le VIH/SIDA et la parité à la comparaison statistique entre les nulipares et les multipares (P: 0.094).

Dans l'étude de **Morin. M et col. [20]**, il semblerait que les femmes nullipares (67.4%) refusaient plus souvent le test que les multipares (44.4%) mais cet écart n'était pas statistiquement significatif. Ce constat pourrait s'expliquer par différence du niveau d'information entre les nullipares et les multipares.

Le niveau d'étude est un facteur déterminant de l'acceptation du dépistage. Dans notre série le taux du test de dépistage avant la grossesse régressait au fure et à mesure que le niveau d'étude s'élevait (P:0.062). Tout comme notre étude, en France les femmes ayant suivi des études supérieures refusaient plus souvent le test que celles ayant un niveau d'études inférieur ($p < 0.026$) [20].

Contrairement à notre étude selon **Dorsaz. C [3]** le niveau de scolarité semble être une variable significativement associée à l'adhérence aux activités de PTME (Kinuthia et al., 2011). Les auteurs avaient démontré que les femmes enceintes (primipares et multipares) ne voulant pas faire de test sérologique au VIH au cours de

leur grossesse, avaient une scolarité inférieure au niveau secondaire comparées aux femmes ayant suivi une scolarité obligatoire complète (*p-value* = à 0.001) [3].

Au cours de notre étude le nombre de gestantes qui était positif au dépistage VIH/SIDA était plus élevé chez les gestantes ayant un faible niveau d'instruction ($P= 0.08$) par c'était celles qui avaient le plus accepté le dépistage.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

Grâce aux multiples campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA au Mali le niveau des connaissances générales des femmes enceintes interrogés sur cette maladie à Ségou étaient bonnes. 92,5% d'entre elles étaient informées de l'existence du VIH/SIDA notamment sur les voies de transmission avec 55,2% de femmes qui connaissaient au moins une voie de transmission et la voie sexuelle était reconnue par 47,7% comme principale voie de transmission. 67,3% des gestantes interrogées savaient qu'il y avait une possibilité de prévention de la transmission mère-enfant (TME). Les moyens de prévention identifiés étaient : la fidélité (30,1%), l'abstinence (23,1%), le port de préservatifs (8,0%). Les principales sources d'information des gestantes étaient la télévision (44,2%), la radio (29,6%), les agents de santé (17,8%), l'école (2,5%).

Environ neuf gestantes sur dix soit (89,9%) croyaient à l'existence du VIH et 74,8% des gestantes avaient déjà réalisé un test de dépistage au VIH dont 79,4% lors des grossesses antérieures.

Concernant le comportement 82,3% des gestantes avaient une attitude positive envers les PV-VIH.

Le counseling avait permis d'obtenir un taux d'acceptation au dépistage de 87,8% avec une séroprévalence de 1,4%. Après le dépistage 60% des gestantes séropositives avaient souhaité continuer les consultations prénatales.

Il n'existait aucune différence statistique significative quant à la comparaison du niveau de connaissance entre les nullipares et les multipares.

Les gestantes non scolarisées avec 47,8% étaient les fréquentes parmi celles qui ne croyaient pas au VIH/ SIDA.

6.2. Recommandations

Malgré la connaissance générale des femmes enceintes sur le VIH/SIDA à l'HNF de Ségou ; des efforts doivent continuer pour maintenir cette dynamique c'est ainsi qu'au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politique et sanitaire :

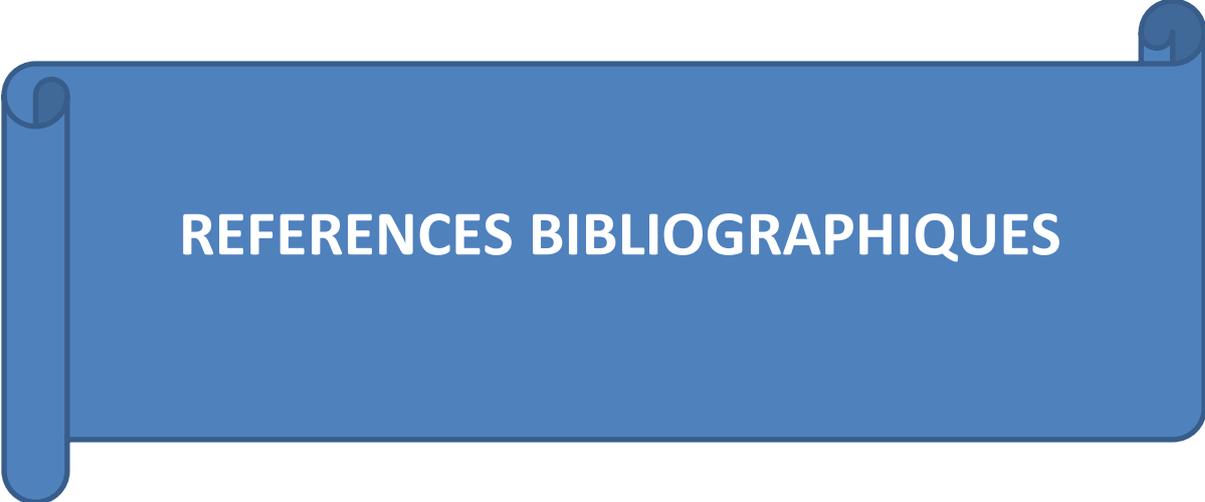
- Renforce l'éducation thérapeutique ;
- Doter le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba d'un plateau technique adéquat en créant une salle PTME

Aux personnels socio-sanitaires :

- Renforcer l'information et l'éducation sur les moyens de prévention du VIH ;
- Renforcer l'éducation et la communication pour le dépistage à travers les causeries éducatives lors des consultations prénatales ;
- Faire systématiquement le counseling pour le dépistage lors des consultations prénatales

Aux femmes enceintes :

- Faire un suivi prénatal régulier.
- Faire le dépistage volontaire
- Coopérer avec le personnel soignant pour participer à des études



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-Ministère de la Santé du Mali/ cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le sida : Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du sida Juillet 2016 : 140.

2- Organisation des Nations Unies-SIDA (ONUSIDA) : Fiche d'information 2021 sur les statistiques mondiales sur le VIH :7

3- Dorsaz. C : Pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) durant l'accouchement et la période du postpartum reste élevé en Afrique de l'Est, malgré les programmes de prévention actuels ? Mémoire de Bachelor ; Haute Ecole de Santé de Genève (Heds), le 16 août 2018 : 71.

4- Enquete Démographique de la santé au Mali (EDSM- IV 2006): Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc :532

5 Enquete Démographique de la santé au Mali 2018 (EDSM-VI) : Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF .Aout 2019 :643

6- Ministère de la santé et des affaires sociales du Mali (Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA) Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida CSN 2017-2021 :119

7- Hanani. H : Prise en charge de l'infection à VIH selon les recommandations 2016 de l'OMS « TEST AND TREAT » expérience du pôle d'excellence universitaire de Rabat, Thèse de Médecine, Faculté de médecine et de pharmacie –Rabat ; université Mohammed V- Rabat, Maroc 2017, N°375 : 154.

- 8- Megrhaoui. A:** prévention de la transmission materno-fœtale du VIH ; thèse de Méd. Faculté de médecine et de pharmacie –Rabat ; université Mohammed V- Rabat, Maroc 2016, N° 223 : 157.
- 9- Soubeiga. RST :** Problématique de la transmission mère-enfant du VIH : résidu de transmission verticale, types et sous-types VIH isolés et résistance aux antirétroviraux à l'hôpital Saint Camille de Ouagadougou, Burkina Faso ; Thèse de Méd. Université Ouaga I Professeur Joseph KI-ZERBO, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Ouaga, 2017, M 7217 : 155.
- 10- Jasseron. C :** Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en France à l'ère des multithérapies : des recommandations aux pratiques ; thèse de doctorat en santé publique Epidémiologie Université paris sud, France 2012 : 178.
- 11-Kimbayi. OM :** Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu rural : les perceptions des acteurs de la zone de santé de Mosango, en République Démocratique du Congo ; Mémoire de Master en sciences de la santé publique 2017-2018 ; Faculté de santé publique, Université Catholique de Louvain : 54.
- 12- Huguier. M, Boelle. PY:** Biostatistiques pour le clinicien, ISBN 978-2-8178-0463-7 Springer Paris Berlin Heidelberg New York c Springer-Verlag France, Paris, 2013 :288
- 13- Ministère de la santé du Mali.** Gravido-puerpuralité soins prénatals, soins prénatals et postnatals : PNP Mali procédure en santé de la reproduction Volume 3 ; 2019 :190
- 14- Tsingaing. KJ, Egbe. OT, Ekane. GH, Nguiefack CT, Njamen. TN, Imandy G et al. :** Prévalence du VIH chez la Femme Enceinte et Transmission Mère-Enfant du VIH à la Maternité de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun ; Vol. 8 (2011), Article ID C100801, doi: 10.4303/cmch/C100801 : 3
- 15- Kateng. AW, Assumani. NA, Shongo. Y PM, Yansenda. MP, Mutoke. NG, Ilunga. MP, Luboya. NO :** Prévalence et facteurs de risque liés à la transmission verticale du VIH. Cas du centre PTME des cliniques universitaires de Lubumbashi. Rev. méd. Gd. Lacs 2013 ; 2(4) :14

- 16- Tatagan. A et Col.** Connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale en 2010 au Togo. *Med Trop* 2011 ; **71** : 472-476.
- 17- Traoré. SO, Berthé. B, Camara. D, Samaké. A, Traoré. MA et al.:** Dépistage du VIH en salle d'accouchement à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune V (Bamako), *Rev Mali Infect Microbiol* 2019, Tome 13 : 34-40.
- 18- Ngwej. DT, Mukuku. O, Mudekereza. R, Karaj. E, Odimba. EBF, Luboya. ON et al. :** Etude de facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la stratégie « option A » à Lubumbashi, République Démocratique du Congo ; *Pan African Medical Journal.* 2015; 22:18
doi:10.11604/pamj.2015.22.18.7480 : 16.
- 19- Diemer. SCH, Ngbale. RN, Longo. JDD, Dienhot. OB, Gaunefet. CE :** Les facteurs de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à Bangui. *Med Sante Trop* 2017 ; 27 . doi : 10.1684/mst.2017.0665: 195-199
- 20- Morin. M, Potin. J, Perrin. C, Thiercelinc. N, Perrotin. F :** Antenatal screening for HIV: Knowledge, attitudes, beliefs and practices of pregnant women. Analysis of current practices and the impact of setting up an informative brochure ; *La Revue Sage-Femme* (2011) **10**:104—112.
- 21- Frange. P, Blanche. S :** VIH et transmission mère-enfant ; *Presse Med.* 2014 ; tome 43 > n86 > juin 201 : 691–697 ; <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.02.015>.
- 22- Azoumah. KD, Aboubakari. AS, Segbedji. KAR, Ajavon. DRD, Blatomé. T, Yolou. A et al. :** Prise en charge précoce de la femme enceinte séropositive au VIH et de son enfant : expérience du CHU-Kara (Togo) ; *J Afr Pediatr Genet Med* 2017 N°3 : 55-60.
- 23- Diallo. B, Dao. B , Berth. A, Kaba. D, Diallo. H, Sogoba. S, et al :** étude des facteurs influençant la participation des femmes enceintes séropositives au programme de prévention de la transmission mère -enfant du VIH /sida « PTME » dans la région de Sikasso au Mali ; *Revue malienne de science et de technologie* n°20 décembre 2018 ; Bamako-Mali : 4-17.

24- Bagayoko. K : dépistage volontaire de l'infection à VIH chez les gestantes vues en consultation prénatale au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako ; thèse de Med Université de Bamako ; FMPOS ; N° 11M75 : 107.

25- Atanga. PN, Ndetan. HT, Achidi. EA, Meriki. HD, Hoelscher. M et Kroidl. A : Retention in care and reasons for discontinuation of lifelong antiretroviral therapy in a cohort of Cameroonian pregnant and breastfeeding HIV-positive women initiating 'Option B+' in the South West Region. *Tropicale et international Health* 2016 22(2):161-170

26- Ministère de la santé et des affaires sociales Mali : planification familiale IST/VIH et SIDA/PTME genre & sante, pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme : PNP Mali procédure en santé de la reproduction Volume 2 composante commune 2019: 248.

27- Ministère de la santé du Mali : Annuaire Statistique du Système National d'Information Sanitaire 2018 : 153.

28- Kêdotéa. NM, Brousselle. A, Champagne. F, and Laudy. D : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida au Bénin : le consentement des femmes au dépistage est-il libre et éclairé ? Published in final edited form as : *Ethique Sante*. 2011 December 01 ; 8(4) : 173–179. doi : 10.1016/j.etique.2011.07.003.

29- Sossa. JC, Gado. TA, Agumon. B, Sopoh. GE, Saizonou. J, Ouendo. EM : milieu de résidence et évolution de la prévalence du VIH chez les gestantes de 2006 à 2015 au Bénin ; *Mali Médical* 2018 Tome XXXIII N°1 : 21-25.

30- Kimbala. J, Mukuku. O, Kalala. CT, Kapend. L, Luboya. ON, Muteba. F, Mande. J, Ngoy. KF, Lufwa. D, Matembo. P, Kizonde. J : La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) à Lubumbashi en République Démocratique du Congo Résultats de 6 ans de pratique dans 5 maternités de référence : *Médecine d'Afrique Noire*, 2016, Vol.63, N°2 : 106-114

31- Desclaux. A, Sow. K, Mbaye. N, Signaté. SH. Passer de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à son élimination avant 2015 : un objectif irréaliste

? Enjeux sociaux au Sénégal. *Med Sante Trop* 2012 ; 22 : 238-245. doi: 10.1684/mst.2012.0076.

32- Keita. M, Samake. A, Fomba. S et al. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de santé sur la prévention de la transmission Mère enfant dans la commune VI du district de Bamako (Mali). *Jaccr Africa* 2018 ; 2(4) : 456-464.

33- Koné. MJW : problématique de la prévention de la transmission mère- enfant du VIH/SIDA chez les gestantes en commune II du district de Bamako ; thèse de Med Université de Bamako ; FMPOS ; N° 11M10 : 101.

34- Diallo. M H, Baldé. I S, Gassama. O, Baldé. O, Diallo. B S, Barry. M I, Keita. N : Problématique de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) Centre Médico-Chirurgical Matam Conakry Guinée ; EDUCI 2016. *Rev int sc méd - RISM* -2016 ;18, 2 :145-150.

35- Dahourou. DL : Devenir à moyen terme des enfants infectés par le VIH traités par trithérapie antirétrovirale basée sur le lopinavir avant l'âge de deux ans et ses déterminants en Afrique de l'Ouest: faisabilité, tolérance, observance, efficacité opérationnelle, simplification thèse de doctorat Santé Publique, OPTION : Epidémiologie Université de Bordeaux France, 2017 : 184.



ANNEXES

Les annexes

Date : /-----/-----/-----

Fiche No : ----- Téléphone -----/

I-Caractéristiques de la gestante

Q.01- Age : -----

Q.02- Résidence :

1- Ville Ségou /-----/ ;

2- Hors Ségou /-----/

Q.03-Profession :

1- Ménagère /-----/ ;

2- Commerçante /-----/ ;

3- Artisane/-----/ ;

4- Fonctionnaire /-----/ ;

5- Elèves/Etudiante /-----/

6- Autres /-----/

Q.04- Ethnique :

1- Bambara /-----/ ;

2- Peulh /-----/ ;

3- Sarakolé /-----/ ;

4- Bobo /-----/ ;

5- Sénoufo /-----/ ;

6- Malinké /-----/ ;

7- Dogon /-----/ ;

8- Minianka /-----/ ;

9- Autre /-----/

Q.06- Niveau d'instruction :

1- Non scolarisée /-----/ ;

2- Primaire /-----/ ;

3- Secondaire /-----/

4- Supérieur

Q.07- Situation matrimoniale :

1- Célibataire /-----/ ; 2- Marié(e) /-----/

Q.08- Si célibataire ; avec qui vivez- vous :

1- Parents /-----/ ; 2- tuteur /-----/ ; 3- Seule /-----/

Q.09- Antécédents Obstétricaux: G /-----/ ; P/-----/ ; V/-----/; Dcd /-----/; A/---/

II-Connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA

Q.10 - Avez-vous déjà entendu parler VIH/SIDA ?

1- Oui /-----/ ; 2- Non/-----/

Q.11- Si oui quelle est votre source d'information ?

1- Télévision /-----/ ; 2- Radio /-----/ ; 3-Agent de santé /-----/ ;

4- Paires éducateurs /-----/ ; 5- Ecole /-----/ ; 6- Amie /Camarade /-----/ ;

7- Un membre de la famille /-----/

8- Autre /-----/

Q.12- Citez les signes du VIH/SIDA que vous connaissez ?

1- Fièvre /-----/ ; 2- Maux de tête /-----/ ; 3- Diarrhée /-----/ ;

4- Amaigrissement /-----/ ; 5- Mort /-----/ ; 6- Ne sais pas /-----/ ;

7- Autre signe /-----/

Q.12- Croyez-vous à l'existence du VIH/SIDA ?

1- Oui /-----/ ; 2- Non /-----/

Q.13- Si non, pourquoi ? fait pour :

1- Décourager /-----/ ; 2- Faire peur /-----/ ;

3- Autre raison /-----/

Q.14- Connaissez -vous les modes de transmission du VIH/SIDA ?

1- Oui /-----/ ; 2- Non /-----/

Q.15- Si oui lesquels ?

1- Rapport sexuel /-----/, 2- Transfusion /-----/ ; 2-Mère-enfant /---(pendant la grossesse /-----/ ; pendant l'accouchement /-----/, pendant l'allaitement /-----/)

3- Instrument souillé /-----/ ; 4-Embrassade /-----/ ;

6- Piqûre moustique /-----/ ; 7- Repas /-----/ ; 8- Sueur /-----/ ; 9- Habit /-----/

10- Toilette /-----/ ; 11- Causer par les sorciers /-----/ ; 12- Ne sait pas /-----/

Q.16- Peut-on éviter le VIH/SIDA ?

1- Oui /-----/ ; 2- Non /-----/

Q.17- Si Oui comment ?

1-S'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'au mariage /-----/ ;

2-Fidélité à un seul partenaire /-----/ ; 3- Se faire se faire dépister /-----/ ;

4- En se mariant /-----/ ; 5-Utiliser les préservatifs /-----/ ;

6- Eviter le contact direct avec le sang/-----/

7- Eviter l'usage des instruments souillés /-----/ ;

8- Eviter les piqûres des moustiques/-----/ ;

9- Eviter de collaborer avec les PVVIH /-----/ ;

10- Chercher la protection des guérisseurs traditionnels /-----/

11- Ne sais pas /-----/

Q.18- Peut- on prévenir la transmission mère-enfant du VIH/SIDA ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non /-----/

Q.19- Si oui, comment ?

1- Médicaments traditionnels /-----/ ; 2-Médicaments modernes /-----/ ;

3- Evitant l'allaitement /-----/ ; 4- donnant des médicaments au bébé /-----/

4- Ne sait pas /-----/ ; 5- Autres à préciser : -----

Q.20- Avez-vous déjà fait votre test de dépistage ?

1-Oui/-----/ ; 2-Non/-----/

Q.21-Si oui, pour quelles raisons ?

1-La curiosité /-----/ 2- Pour s'assurer de sa non séropositivité /-----/

3- Suite d'une maladie /-----/ 4- Suite d'un BPN

3-Autres (citez-les) : -----

Q.22 - Si non, pour quelles raisons ?

1- La peur de stigmatisation /-----/ ; 2- Crois être en bonne santé /-----/

2- Crois pas VIH /-----/ ; 3- Aucun motif /-----/ ;

4- Autres (précisez) : -----

Q.23- Comment devons- nous vivre avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

1- Les traiter /-----/ ; 2- Les serrer la main /-----/ ; 3- Manger ensemble/-----/ ;

5- Les côtoyer /-----/ ; 6- Les isoler /-----/.

Q.24- Depuis que vous avez entendu parler du VIH/SIDA que faites-vous pour vous protéger contre le VIH/SIDA

1- Fidelité /-----/ ; 2- Aucun avis /-----/

3- Abstinence/-----/ ;4- Codom/-----/

5- Eviter de collaborer avec les PVVIH /-----/ ; 6- Eviter le levirat sororat /-----/

7- Eviter la polygamie /-----/ 8- Eviter les objets piquants/-----/

8- Faire son dépistage/-----/

Q.25- Accepterez-vous de faire votre dépistage maintenant ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non /-----/

Q.26- SI non pourquoi

1- Crois-être en bonne santé /-----/ ; 2- Peur de la stigmatisation /-----/

3- Crois pas au VIH/SIDA/----/ ; 4- Aucun motif /----/ ; 5- Autres/---/

Q.27- Si oui quel est le résultat ?

1- Positif/-----/ ; 2- Négatif /-----/

Q.27- Quelle a été la réaction de la cliente à un résultat positif ?

1- Accepté /-----/ ; 2- Non accepté /-----/ ; 3- Résignation /-----/ ;

4- Regret /-----/ ;

Q.28- Quelle a été la réaction de la cliente à un résultat négatif ?

1- Satisfaction /-----/ 2- Inquiète /-----/

Q.29- Si résultat positif accepterez-vous de suivre les CPN ?

1- Oui/-----/ ; 2- Non /-----/

Q.30- Si oui, où souhaitez -vous être suivie ?

1- Hôpital /-----/ 2- Csréf /-----/ ; 3- Cskom /-----/ ; 4-Autre structure /-----/

Q.31- Quel été le devenir du couple mère-enfant ?

1- Accouché vivant /-----/ ; 2- Accouché mort-né /-----/ ; perdue de vue /-----/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Koureichy

Prénom : Mariam Moctar

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Connaissances et attitudes pratiques des femmes enceintes sur le VIH/SIDA à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Année universitaire : 2019-2020

Tel : 79754168 / 65308868

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Obstétrique, Pédiatrie, Médecine interne ; Santé publique

Résumé : La séroprévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes suivies à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou est de 1.4 % . L'âge moyen de ces femmes était de 26.5 ans. Les gestantes étaient informées du VIH/SIDA dans 92.5 % de cas et avaient pour principale source d'information les médias dans 73.8 % de cas. Malgré le fait d'avoir entendu parlé du VIH 31.4 % d'elles ne connaissaient aucun signes du VIH et 44.8 % d'elles ignoraient les modes de transmission. Parmi les gestantes connaissant les modes de transmission 47.7 % ont évoqué la voie sexuelle. 67.3 % des gestantes interrogées savaient qu'il y avait une possibilité de prévention de la transmission mère-enfant (TME) du VIH contre 32.7 % qui ignoraient cette possibilité de prévention ; avec comme moyen de PTME évoqué l'administration de médicaments pharmaceutiques à la mère dans 37.8 % de cas.

Dans notre étude 74.8 % des gestantes savaient qu'il existait un moyen de prévention du VIH. Elles identifiaient comme moyens de prévention : la fidélité (30.1 %), l'abstinence (23.1 %), le port de préservatifs (8.0 %). Le taux de croyance à l'existence du VIH chez nos gestantes étaient de 89.9 % et 74.8 % d'entre elles avaient déjà un dépistage dont 79.4 % lors des CPN antérieures. L'attitude de nos gestantes étaient positive dans 82.3 % de cas envers les PVVIH.

Conclusion : les femmes enceintes de notre étude avaient une connaissance générale sur le VIH/SIDA. Elles ont montré des attitudes et pratiques positives en matière de VIH/SIDA.

Mots clés : connaissances, attitudes, pratiques, VIH/SIDA, femmes enceintes, hopital Nianankoro Fomba de Ségou ;

Serment d'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !