

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**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire 2018 - 2019

Thèse N° : /

THESE

**Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les
gestantes au centre de santé de référence de la Commune
IV du district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 21 /11 / 2019 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie
par :

M^{me}. Mariam TANGARA

Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : **Pr. Niani MOUNKORO**
Membre : **Dr. Amaguire SAYE**
Co-directeur : **Dr. Diakaridia KONE**
Directeur : **Pr. Soukalo DAO**

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur
VICE-DOYEN : **M. Ousmane FAYE**-Professeur
SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre-assistant
AGENT COMPTABLE : **M. Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Medicine interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Legislation
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
Mr. Daouda DIAL	Chimie-générale et Minérale
Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mme. Sy Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologue
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
Mme.Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

Mr. Mahamed TOURÉ	Pédiatrie
Mr. Alou BAH	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopedie-Taumatologie-
Secouriste	
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique

**Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la
Commune IV du district de Bamako**

Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Gangaly DIALLLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
Mr abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofaciale
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Lamine TRAORÉ	Ophthalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie

**Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la
Commune IV du district de Bamako**

Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
36. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
38. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C. F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R. L
Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr. Bougadari COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie

Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako

Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie
--------------------	--------------

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama DIARRA	Physiologie
2. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie chef de DER
4. Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
3. Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
4. Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire
5. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
6. Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdoulay KONE	Parasitologie-Mycologie
2. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
6. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie et Cytogénétique
7. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
12. Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
15. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
16. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie

*Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la
Commune IV du district de Bamako*

17. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
7. Mr. Djakaridja TRAORE	Hématologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pediatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALLO	Cadiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie
Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie
Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale

Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako

Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Djibril SY	Médecine Interne
Mme. Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire

*Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la
Commune IV du district de Bamako*

Mr. Issa Souleymane GOITA Médecine de la Famille/Communautaire

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

Mr. Seydou DOUMBIA Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr. Samba DIOP Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4. Mr. Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO Information Médicale
Mr. Massambou SACKO Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA Nutrition

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
Mr. Ousmane LY Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO Santé Publique
Mr. Oumar THIERO Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY Épidémiologie

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Seydou DIARRA Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane COULIBALY Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la
Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE Nutrition-Diététique
Mr. Bakary DIARRA Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY Gestion des Ressources Humaines

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. Souleymane GUINDO Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulaye KALLE Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA Chimie-Organique
13. Mme. Doulata MARIKO Stomatologie
14. Mr. Elimane MARIKO Pharmacologie
15. Mr. Issa COULIBALY Gestion

ENSEIGNANTS EN MISSION

Mr. Lamine GAYE Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail :

*Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très Miséricordieux louage à DIEU de m'avoir
donné la santé, le courage et la force de venir au bout de ce travail.*

Et son Messenger Prophète Mohammed (Paix et Salut sur Lui).

A Mon père : Feu Moctar Tangara

*Sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible. Après ta disparition, j'ai su combien ça
coute la perte d'un père dans une famille. Toi qui as su assurer avec dignité, courage,
honneur et foi ton devoir de père de famille. Tu as inculqué à nous, mes frères, mes sœurs et
moi-même l'amour du travail bien fait et l'endurance dans la vie quotidienne.*

*Tu nous as guidé avec rigueur, l'amour et le respect de soi et des autres. Ta présence à chaque
étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton soutien moral, affectif et
matériel jusqu'à tes derniers jours ont fait de toi un père exemplaire.*

*Qu'Allah te pardonne et te préserve de tout mal en t'accordant le paradis al firdaouss.
Amine !!!*

A ma mère : Assétou Traoré

*Femme brave, d'une grande générosité. Ton amour pour nous t'a poussé à d'énormes
sacrifices. Nous ne cesserons jamais de te remercier de l'amour et la protection dont tu as fait
preuve à notre égard. Tes prières et tes conseils ne m'ont jamais fait défaut tout au long de
ma formation.*

Que DIEU le tout puissant te donne une longue vie. Amen !!!

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

- *A mon cher et tendre époux : **Dr Samaké Magara**, pour le soutien sans faille, qu'il n'a jamais cessé de m'apporter. Chéri merci pour l'amour, la tempérance et la patience que tu as toujours témoigné à mon endroit.*

Que dieu nous assiste dans notre ménage. Amen !!!

- *A mes frères : **Amadou, Ibrahim, Seydou, Youssouf, Malamine***

- *A mes sœurs : **Fatoumata, Djénébou, Bintou, Rokja, Alimatou, Fatoumata yé, Kadidiatou***

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues études.

Que DIEU dans sa miséricorde vous bénisse, et vous comble de tout ce dont vous avez besoin. Ce travail est le vôtre.

Que dieu vous prête une longue vie. Amen !!!

- *A tous mes tuteurs : **La Famille COULIBALY** de Sabalibougou ; **la famille Feu SEYDOU DOUMBIA** de Bagadadji ; **la Famille Feu BAKARY ZANKE DEMBELE** de 300 logements ; **la famille TANGARA** de Kalaban-coura.*

Vous m'avez accueilli à bras ouverts, et réconforté durant tout au long de mon cycle. J'espère que le tout puissant me permettra de vous montrer à quel point je suis fier de vous avoir comme tuteurs. Ce travail est aussi le vôtre.

- *A ma belle-famille : **La famille SAMAKE**, les mots me manquent pour apprécier vos gestes. Merci pour vos encouragements permanents et de la confiance que vous portez à mon égard. Recevez ici l'expression de toutes mes considérations.*

- *A mes amies et complices : Safiatou Doumbia, Korotoumou Traoré, Tata Touré, Aminata Keita, Adja théra, Koudedia Gueye*
Vous êtes et resterez toujours des sœurs pour moi. Je n'oublierai jamais les moments que nous avons passés ensemble. Puisse cette fraternité demeurer entre nous.
Amen !!!

- *A ma famille maternelle et paternelle, profondes gratitudee.*

- *A mes oncles, pour les bénédictions et les conseils.*

- *A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique de la commune IV*
Pour l'accueil, la considération et surtout la bonne collaboration.

- *A tous les faisant fonction d'internes du service de gynéco-obstétrique de la commune IV*
Pour la bonne collaboration.

- *A toutes les mères qui ont sauvé leurs enfants par la PTME*
Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près ou de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de la présente thèse.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury : **Professeur Niani Mounkoro**

- ✧ **Maître de conférences de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS**
- ✧ **Chef de département de gynécologie et d'obstétrique au CHU G Touré**
- ✧ **Point Focal de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle après avortement à risque**
- ✧ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Vous nous faites un grand et vibrant honneur, cher maître en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté nous a beaucoup marqué.

Votre simplicité et votre bienveillance font de vous un maître respecté.

Veillez recevoir ici cher maître nos sincères remerciements.

A notre Maitre et membre du jury : **Docteur SAYE Amaguiré**

- ✧ **Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;**
- ✧ **Praticien Hospitalier ;**
- ✧ **Membre de la SOMAGO ;**
- ✧ **Chef de service de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;**
- ✧ **Médecin chef adjoint au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.**

Cher Maitre,

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et simplicité.

Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maitre admiré.

Il y'a peu de mots pour traduire l'expression de nos sentiments à votre égard et notre reconnaissance infinie.

Trouvez ici, cher maitre, l'expression de nos profonds respects.

A notre Maitre et co-directeur de thèse : **Docteur Koné Diakaridia**

- ✧ **Médecin chef au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako ;**
- ✧ **Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako ;**
- ✧ **Praticien hospitalier ;**
- ✧ **Membre de la SOMAGO ;**
- ✧ **Ancien chef de service de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;**
- ✧ **Ancien Médecin chef adjoint au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.**

Cher Maitre,

Le bonheur dépend d'un esprit juste et d'un bon cœur, vous avez l'un et l'autre.

Votre amour pour la profession, votre souci pour le travail bien fait et votre bonne foi pour nous assurer une formation solide font de vous un maitre inoubliable.

C'est l'occasion pour nous de rappeler la clarté de votre enseignement et votre talent de gynécologue obstétricien.

Recevez ici cher maitre nos plus hautes respects et considérations.

A notre Maitre et Directeur de thèse : **Professeur Soukalo DAO**

- ✧ **Professeur titulaire des maladies infectieuses et tropicales à la FMOS ;**
- ✧ **Ancien chef DER en Médecine et Spécialistes Médicales ;**
- ✧ **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS ;**
- ✧ **Investigateur clinique Sénior au centre universitaire de recherche clinique UCRC/SEREFO ;**
- ✧ **Président de la SOMAPIT ;**
- ✧ **Membre du Collège Ouest Africain des Médecins ;**
- ✧ **Membre de la SAPI.**

Cher Maitre les mots nous manquent pour honorer vos innombrables qualités d'homme exemplaire.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre générosité, votre simplicité, votre sens élevé de la perfection, votre rigueur dans la démarche scientifique font de vous un professeur remarquable.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

3TC	: Lamuvidine
ADN	: Acide Désoxyribonucléique
ARN	: Acide ribonucléique
AZT	: Zidovudine
BW	: WESTERN Blot
CD4	: Lymphocyte T4
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation Périnatale
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CS Réf	: Centre de Santé de Référence
CV	: Charge virale
EDSM	: Enquête démographique et de santé du Mali
EFZ	: Efavirenz
ELISA	: Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay
HTA	: Hypertension Arterielle
IMAARV	: Initiative Malienne d'Accès aux antirétroviraux
INNTI	: Inhibiteur Non Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
INTI	: Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase
IP	: Inhibiteur de la Protéase
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LPV	: Lopinavir
NVP	: Névirapine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
ONU/SIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH
PCR	: Polymérase Chain Réaction
PTME	: prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RTV	: Ritonavir (r)
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SQV	: Saquinavir
TARV	: Traitement AntiRétroViral
TDF	: Tenofovir
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
VAT	: Vaccin AntiTétanique
VIH	: Virus de l'immunodéficience Humaine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Carte Sanitaire de la commune IV du district de Bamako.....	17
---	----

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge	25
Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial	25
Tableau III : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction.....	26
Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession.....	26
Tableau V : Répartition des parturientes selon le séjour à l'étranger	26
Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint	27
Tableau VII : Répartition des parturientes selon le séjour à l'étranger du conjoint	27
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les ATCD Médicaux.....	27
Tableau IX : Répartition des parturientes selon les ATCD Chirurgicaux.....	28
Tableau X : Répartition des parturientes selon les ATCD Gynécologiques	28
Tableau XI : Répartition des parturientes selon les ATCD Obstétricaux	29
Tableau XII : Répartition des parturientes selon la consultation prénatale	29
Tableau XIII : Répartition des parturientes suivies selon le nombre de consultation prénatale	30
Tableau XIV : Répartition des parturientes suivies selon le lieu de consultation prénatale ...	30
Tableau XV : Répartition des parturientes suivies selon la qualification de l'auteur des CPN	30
Tableau XVI : Répartition des parturientes suivies selon la prophylaxie	31
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le résultat du test	31
Tableau XVIII : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon la consultation prénatale.....	31
Tableau XIX : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon le nombre de la consultation prénatale	32
Tableau XX : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon le lieu de consultation prénatale	32
Tableau XXI : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon la qualification de l'auteur des CPN	32

<u>Tableau XXII</u> : Répartition des parturientes séropositives selon le traitement	33
<u>Tableau XXIII</u> : Répartition des parturientes selon la connaissance du VIH/SIDA	33
<u>Tableau XXIV</u> : Répartition des parturientes selon le source d'information sur le VIH	33
<u>Tableau XXV</u> : Répartition des parturientes séropositives selon l'information du partenaire sur son statut.....	33
<u>Tableau XXVI</u> : Répartition des parturientes séropositives selon le motif du refus d'informer son partenaire	34
<u>Tableau XXVII</u> : Répartition des parturientes séropositives selon la réaction à l'annonce du résultat.....	34
<u>Tableau XXVIII</u> : Répartition des parturientes selon le mode d'admission	34
<u>Tableau XXIX</u> : Répartition des parturientes évacuées selon le motif	35
<u>Tableau XXX</u> : Répartition des parturientes selon l'Age gestationnel	35
<u>Tableau XXXI</u> : Répartition des parturientes selon le moment de rupture des membranes ..	35
<u>Tableau XXXII</u> : Répartition des parturientes selon le temps mis entre la rupture et l'expulsion.....	36
<u>Tableau XXXIII</u> : Répartition des parturientes selon le type d'accouchement.....	36
<u>Tableau XXXIV</u> : Répartition des accouchées selon le type de délivrance	36
<u>Tableau XXXV</u> : Répartition des accouchées selon les suites de couches	36
<u>Tableau XXXVI</u> : Répartition des nouveau-nés selon leur état	37
<u>Tableau XXXVII</u> : Répartition des nouveau-nés vivants selon la réanimation (n=264)	37
<u>Tableau XXXVIII</u> : Répartition des nouveau-nés selon le sexe	37
<u>Tableau XXXIX</u> : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 1 ^{ère} minute.....	37
<u>Tableau XL</u> : Répartition des nouveau-nés selon le poids	38
<u>Tableau XLI</u> : Répartition des nouveau-nés selon la taille	38
<u>Tableau XLII</u> : Répartition des nouveau-nés selon le mode d'allaitement.....	38
<u>Tableau XLIII</u> : Répartition des nouveau-nés de mère séropositive selon le mode d'allaitement.....	39
<u>Tableau XLIV</u> : Répartition selon le traitement ARV du nouveau-né de mère séropositive..	39
<u>Tableau XLV</u> : Répartition selon le résultat de PCR du nouveau-né de mère séropositive.....	39

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
1- Objectif général	3
2- Objectifs spécifiques	3
III. GENERALITES	4
1. Prévention de la Transmission Mère-enfant : Situation mondiale	4
1.1. L'approche globale de l'OMS en matière de PTME	4
1.4. Situation au Mali	9
2. Modalités de transmission chez l'enfant	11
3. Méthode de diagnostic biologique	12
3.1. Test sérologique	12
3.2. Tests virologiques	13
4. Prévention de la transmission mère- enfant du VIH	14
5. Césarienne programmée	16
6. La stratégie qui consiste à renforcer la prévention par le dépistage dans la salle d'accouchement	16
IV. RESULTATS	25
1. Fréquences globales	25
2. Renseignements sociodémographiques	25
3. Antécédents	27
4. Dépistage et traitement ARV	31
5. Histoire de l'accouchement	34
6. Nouveau-né	37
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	39
1. Renseignements sociodémographiques	40
2. Antécédents	41
3. Caractéristiques du nouveau-né	43
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	45
Conclusion	45
Recommandations	46

ANNEXES	50
Fiche d'enquête.....	50
Fiche signalétique	53
Material Safety Data Sheet.....	54

I. INTRODUCTION

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquisée SIDA est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques secondaires à une atteinte de l'organisme par un rétrovirus, appelé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH1 ou VIH2).

Depuis le début de l'épidémie, presque 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 39 millions de personnes y ont succombé [1].

La prévalence globale du VIH est estimée à 0,8% [0,7-0,9] de la tranche d'âge [15-49ans].

En France [2]

- ° **153000 PVVIH** (personnes vivants avec le VIH)
- ° 84% au courant de leur statut
- ° 75% sous traitement antirétroviral (90% personnes diagnostiquées)
- ° 68% avec une charge virale indétectable (90% sous traitement)

Au Mali

Les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2012/2013 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie de Santé au Mali

(EDSM V) ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de **1,3% à 1,1%**. Le Mali est un pays à épidémie généralisée du VIH, à prévalence basse avec tendance à la stabilisation.

Les femmes sont plus touchées que les hommes respectivement **1,3% à 0,8%**. Cependant, la séroprévalence reste élevée au sein des populations clés notamment les professionnelles du sexe (24,3% ; ISBS 2009), les hommes ayant les rapports sexuels avec d'autres hommes (**13,7%** ; Terya 2015), les utilisateurs de drogues injectables (**5,2%** ; Enquête bio comportementale 2015).

En 1987, les autorités maliennes se sont engagées résolument dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA avec l'aide des différents partenaires ; à travers l'initiative d'accès aux ARV(IMARRV) en 2001.

A travers cette initiative de gratuité des ARV, les principaux objectifs étaient :

- Améliorer la prise en charge des personnes vivants avec le VIH (PVVIH)
- Proposer des traitements prophylactiques (prévention de la transmission mère-enfant du VIH et des accidents d'exposition au sang en rendant accessibles les ARV) [3].

La transmission mère-enfant du VIH est la transmission du VIH d'une mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

C'est également le moyen le plus répandu par lequel les enfants sont infectés par le VIH.

La transmission mère-enfant du VIH a considérablement diminué dans les pays occidentaux grâce à la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Le risque est de 15 à 20% en l'absence de prévention. Dans les études africaines, le risque de transmission mère-enfant varie de 25 à 45% dans les pays en voie de développement et 90% de ces contaminations ont eu lieu pendant la grossesse, le travail d'accouchement ou par le biais du lait maternel [4].

En Afrique, depuis la validation des régimes de prophylaxie ARV la situation a profondément évolué. On estime qu'en 2010, 81% des femmes enceintes séropositives pour le VIH ont reçu un schéma d'ARV pour la PTME alors qu'on n'en comptait que 45% en 2008, 35% en 2007 et 10% en 2004 [5].

Partout dans le monde on observe des cas d'échecs de prévention de la transmission mère-enfant ; ces échecs sont en premier lieu liés à des cas de refus de prise en charge [6]. A ceux-ci s'ajoutent plusieurs cas qui surviennent alors que la mère n'a pas eu de dépistage VIH.

Depuis 2001, les départements de la pédiatrie et de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré assurent le suivi des femmes enceintes infectées par le VIH et le suivi de leurs enfants.

Neuf ans après le démarrage de cette activité, les résultats sont encourageants avec un taux de transmission superposable à ceux des pays développés de 1,1% [7]. Malgré ce succès, certains enfants bien qu'ayant bénéficié des mesures anténatales et post natales de PTME ont été infectés par le VIH. C'est dans le but d'étudier ces caractéristiques que ce travail a été initié.

II. OBJECTIFS

1- Objectif général

Etudier le dépistage en salle d'accouchement chez les gestantes au centre de santé de référence de la commune IV.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence du VIH chez les gestantes non dépistées reçues en salle d'accouchement
- Déterminer la prévalence du VIH chez les gestantes dépistées en salle d'accouchement
- Déterminer le profil sociodémographique de ces femmes dépistées en salle d'accouchement
- Déterminer le profil clinique des femmes dépistées en salle d'accouchement
- Préciser les raisons de non dépistage des femmes avant la salle d'accouchement
- Déterminer le pronostic maternel et de nouveau-né.

III. GENERALITES

1. Prévention de la Transmission Mère-enfant : Situation mondiale

1.1. L'approche globale de l'OMS en matière de PTME

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires au sein des Nations Unies ont élaboré une approche en matière de PTME à quatre composantes qui sont :

- La prévention primaire de l'infection au VIH (chez les femmes en âge de procréer) ;
- La prévention des grossesses non planifiées chez les femmes infectées par le VIH ;
- La prévention de la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants ;
- Les soins, traitement et soutien aux femmes infectées par le VIH et à leurs familles.

[8]

Actuellement, les cas de transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants sont surtout liés à l'absence de dépistage chez la mère, et/ou un défaut de prise en charge.

Il est recommandé de poursuivre la politique de proposition systématique de test VIH au cours du bilan prénatal ; de poursuivre ou de débiter une multi thérapie chez les femmes enceintes infectées par le VIH.

En l'absence de traitements antirétroviraux, le taux de la transmission mère-enfant serait de 20 à 25% en France. **[9]**.

En France le taux de la PTME est inférieur à 2%. Cet important abaissement est dû à d'antirétroviraux à visée thérapeutique ou prophylactique chez la mère et à l'administration post-exposition à l'enfant. **[9]**.

En fin 2014

- 2 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en comparaison avec 3,1 millions en 2000, soit une baisse de 35%.
- 1,2 millions de personnes sont mortes du VIH ou d'une affection associée au SIDA soit une baisse de 42% par rapport à 2004.
- Cinq mille six cent personnes par jour été nouvellement infectées dont 66% vivaient en Afrique Subsaharienne. **[10]**

En 2013, 54% des femmes enceintes dans les pays à faibles et à moyennes ressources n'ont pas eu accès au dépistage virologique. Ce dépistage est la clé principale à l'accès de la prévention au traitement et à la prise en charge. Sans traitement, le tiers des enfants VIH

positifs meurent à leur premier anniversaire et la moitié meurt au deuxième. Pour les enfants, les bénéfices du traitement du VIH sur leurs santés sont remarquables.

En commençant les thérapies antirétrovirales avant la douzième semaine de vie, les enfants vivants avec le VIH ont une diminution de 75% du taux de mortalité liée au VIH [11].

Pour éliminer le SIDA pédiatrique, les gouvernements et la société toute entière doivent investir pour renforcer les soins maternels et infantiles. Ils doivent s'assurer que les femmes enceintes éligibles pour le TAR reçoivent le traitement, commencer la prophylaxie où le traitement le plus tôt possible dès la 14^{ème} semaine de la grossesse par les régimes plus efficaces contenant 2 ou 3 médicaments, la prophylaxie chez le nourrisson jusqu'à la 6^{ème} semaine et maternelle ou du bébé pendant toute la période de l'allaitement maternel [12].

Dans 33 pays, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25% entre 2001 et 2009.

Ces chiffres sont la preuve qu'un changement positif de comportement peut modifier le cours de l'épidémie. A l'inverse, la stigmatisation, la discrimination, le manque d'accès aux services de prévention, les mauvaises lois et les pratiques sexuelles à moindre risque sont susceptibles de l'aggraver.

Il est possible de réaliser davantage de progrès dans ce domaine. La quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible [13].

On estime qu'en 2009, 370 000 enfants ont contracté le VIH durant la période périnatale et la période de l'allaitement non protégé, alors que ce nombre était de 500 000 en 2001 grâce à la vulgarisation du programme de la PTME et l'accès universel aux ARV [14].

En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont jusqu'à huit fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes. Protéger les femmes et les filles contre le VIH implique de les protéger contre la violence sexiste et de faire en sorte qu'elles soient financièrement indépendantes des hommes [14].

En dépit des énormes progrès accomplis par rapport à un certain nombre d'indicateurs à l'échelle mondiale, de nombreux pays ne parviendront pas à réaliser l'objectif 6 du millénaire « Avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle ».

Afin de concrétiser la vision « Zéro nouvelle infection » de l'ONUSIDA, il faudra étudier de façon approfondie les programmes de PTME, les structures sociétales, les croyances et les systèmes de valeurs qui nuisent à l'efficacité des efforts de prévention du VIH.

En matière d'amélioration des programmes, on obtient de bons résultats en utilisant les connaissances les plus récentes et les meilleures pratiques relatives à la fourniture de services efficaces de prévention, de traitement et de soins aux personnes qui en ont besoin ou qui sont exposées au risque.

Préserver la santé des mères et des nourrissons, optimiser l'alimentation des nourrissons exposés au VIH sont des éléments essentiels pour l'épanouissement des générations futures.

Toutefois, un accès inadapté aux services prénatals et postnatals freine l'expansion rapide de la mise en place de moyens efficaces pour prévenir cette transmission.

Les investissements dans la prévention du VIH représentent environ 22% des dépenses totales de 106 pays à revenu faible ou intermédiaire. Le nombre de jeunes hommes et femmes ayant une connaissance approfondie et correcte sur l'épidémie et les techniques de prévention de l'infection à VIH a légèrement augmenté au niveau mondial depuis 2008 mais ne représente que 34% de cette population, soit à peine un tiers de l'objectif de 95% fixé par l'UNGASS [14].

Il convient d'intensifier rapidement les programmes de PTME nationaux pour toucher en priorité les populations qui en ont le plus besoin.

L'élimination du VIH va au-delà des combinaisons médicamenteuses, il faut considérer les succès du programme PTME dans l'efficacité des options sur les bases scientifiques à savoir l'intégration des soins maternels, infantiles et PTME. L'initiation des enfants VIH positifs aux TAR dans les 7-10 jours qui suivent le diagnostic a considérablement réduit le taux de mortalité de ces enfants.

Cette prise en charge précoce est due à l'introduction de l'internet mobile qui a réduit considérablement le délai des résultats de la PCR.

Les programmes de prévention du VIH doivent inclure une combinaison d'actions comportementales, biomédicales et structurelles. Il conviendrait de mener en synergie les services de PTME, l'accès au diagnostic précoce (problèmes d'acheminement des papiers buvards, rupture fréquente des intrants) qui doivent être mieux encadrés avec une meilleure communication entre les acteurs de la santé [15].

1.2. Classification de l'OMS des stades de l'infection VIH en zone tropicale [16].

○ Stade clinique 1

- Patiente asymptomatique ;
- Adénopathies persistantes généralisées ;
- Degré d'activité 1 : activité normale.

○ Stade clinique 2

- Perte de poids < 10% du poids corporel ;
- Zona (au cours des 5 dernières années) ;
- Manifestations cutané-muqueuses mineurs (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite, angulaire) ;
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures ;
- Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

○ Stade clinique 3

- Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel ;
- Diarrhée inexplicquée supérieure à 1 mois ;
- Fièvre prolongée supérieure à 1 mois ;
- Candidose buccale ;
- Leucoplasie orale chevelue ;
- Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente ;
- Infection bactérienne sévère ;
- Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50% du temps.

○ Stade clinique 4

- Syndrome cachectisant ;
- Pneumocystose ;
- Toxoplasmose cérébrale ;
- Cryptosporidiose avec diarrhée supérieure à 1 mois ;
- Cryptococcose extra-pulmonaire ;
- Cytomégalovirose ;
- Herpès vireux cutané-muqueuses supérieur à 1 mois ou viscérale ;
- Leucoencéphalite multifocale progressive ;
- Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiodomycose ;
- Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire ;

- Mycobactériose atypique disséminée ;
- Septicémie à salmonelle mineure ;
- Tuberculose extra-pulmonaire ;
- Lymphome malin ;
- Sarcome de Kaposi ;
- Encéphalopathie à VIH.
- Degré d'activité 4 : patient alité plus de 50% du temps.
 - Les manifestations cliniques du déficit immunitaire sont manifestes dès lors que le nombre de lymphocyte T CD4 est inférieur à 350/mm³. En dessous de ce seuil, on peut considérer que le risque et la sévérité de ces manifestations deviennent proportionnels au niveau des CD4.
 - La classification OMS des stades de l'infection par le VIH indique les manifestations les plus souvent observées et le regroupe selon 4 stades de sévérité croissante. La survenue de ces manifestations permet, conjointement à la numération des lymphocytes CD4 (quand elle est disponible), de définir le stade évolutif du déficit immunitaire et oriente la prise en charge thérapeutique.

1.3. Facteurs intervenant dans la transmission périnatale du VIH [12]

Plusieurs facteurs interviennent sur la TME ; ils sont le plus souvent associés entre eux.

Actuellement on peut penser que, parmi les éléments les plus fiables susceptibles d'augmenter le risque de transmission figurent :

- L'existence de manifestations cliniques chez la femme ;
- Un taux bas de lymphocytes T CD4 ; le risque de transmission est inversement proportionnel au taux de lymphocytes T CD4 : 15 % pour un taux supérieur à 43 % ;
- Une élévation de la charge virale maternelle (antigénémie p24 positive, virémie plasmatique élevée) ;

D'autres critères sont l'objet de nombreuses études : réponse immune maternelle, caractéristiques de la souche virale chez les mères (certaines souches sont plus agressives), rôle des infections bactériennes, virales ou parasitaires associées, paramètres liés au fœtus. À ces facteurs, il convient d'ajouter d'autres éléments se rapportant à des données démographiques ou socio-économiques (Afrique) [17].

Le rôle des facteurs obstétricaux est encore très controversé. En 2009, dans une cohorte en France, le taux de transmission est plus élevé chez les enfants nés par voie vaginale que chez ceux nés par césarienne. Dans une autre cohorte française, le taux de transmission est identique, que la naissance ait lieu par voie vaginale ou par césarienne avant ou au cours du travail [12]. La décision quant à la conduite à tenir doit donc tenir compte de ces éléments mais aussi des effets secondaires pour la mère et le fœtus surtout si la césarienne était pratiquée 2 ou 3 semaines avant la date théorique.

Par ailleurs, la grande prématurité (<34 SA) est associée à un risque de transmission élevé, sans que l'on sache si l'accouchement prématuré est la cause ou la conséquence de l'infection de l'enfant. L'accouchement par voie basse, lorsqu'il est décidé, peut s'accompagner d'une désinfection locale de la filière génitale chez la mère.

Dans tous les cas, la pose d'électrodes céphaliques ou la mesure du pH au scalp sont bien entendu contre-indiquées chez le fœtus. L'infection du placenta paraît être un événement rare, correspondant peut-être à une transmission précoce du VIH au cours du 1er et du 2^e trimestre. Les passages tardifs trans-placentaires (péripartum) semblent les plus fréquents, à l'origine d'une contamination par le biais d'échanges sanguins materno-foetaux juste avant ou durant le travail. Enfin, la contamination de l'enfant est susceptible de s'effectuer au contact du col et de la filière génitale (présence de VIH dans les glaires cervicales). En post-partum, une contamination ou une sur-contamination par le lait est possible (isolement du virus dans le lait maternel).

1.4. Situation au Mali

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali Vème Edition en 2013(EDSM-V)

La prévalence de VIH dans la population générale de 15-49 ans est de 1,1%, c'est à Bamako que la prévalence des femmes et des hommes est la plus élevée (respectivement 1,7% et 1,6%). A l'opposé, dans la région de Mopti qu'elle est la plus faible (0,8% pour les femmes et 0,4% hommes).

La prévalence chez les femmes est de 1,3% et chez les hommes 0,8% avec une proportion encore importante de femmes séropositifs (respectivement 81% et 90%) n'ont jamais effectué de test du VIH ou en ont effectué un mais n'en connaissent pas le résultat. [18].

Ce chiffre à beaucoup diminuer par rapport aux études en EDSM III qui a trouvé respectivement 2% chez les femmes contre 1,3% pour les hommes [4].

La prévalence est élevée chez les femmes en rupture d'union avec 2,0% et les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (2,2%) [18].

Les programmes de PTME étaient à l'origine uniquement axés sur la prévention de la transmission, là où les traitements plus complexes n'étaient pas envisageables pour la plupart des programmes. Un programme global de PTME devra comprendre les composantes suivantes :

- Sensibilisation des femmes en âge de procréer ;
- Accompagnement psychologique et dépistage volontaire ;
- Prophylaxie Antirétrovirale ;
- Pratiques obstétricales optimales ;
- Alimentation sans risques des nourrissons [12].

Depuis 2002, la situation a beaucoup évolué en termes de disponibilité des traitements antirétroviraux. Les services de PTME représentent un coût supplémentaire assez réduit aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA comparé aux soins et traitements du VIH/SIDA dans lesquels le Mali a déjà investi des ressources considérables [19].

Le Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH est estimé à 21% selon les estimations EPP en 2009. On constate que le taux de mortalité infantile est passé de 113 pour 1000 en 2001 à 96 pour 1000 en 2006 et à 58 pour 1000 en 2012, selon les résultats de l'enquête EDSM. [12]

En outre d'autres enquêtes précisent que 15 enfants infectés, 2 enfants sont sous traitement, ce qui fait 13 enfants non pris en charge ayant besoin d'un traitement au Mali.

La moitié des enfants infectés par le VIH qui n'ont pas accès aux soins et sans traitement adapté, meurent avant l'âge de deux (2) ans. [20]

Les partenaires techniques et financiers contribuent à créer les conditions stratégiques adéquates de lutte à travers le renforcement des capacités des acteurs nationaux, l'appui en matériels et équipements, l'appui technique et financier dans la mobilisation des ressources et dans la mise en œuvre des plans.

Le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge est estimé à 16,81%.

Le pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus est de 55%.

En plus de la notification de routine des cas de VIH, le système national de surveillance est réalisé à travers :

- La surveillance sentinelle tous les 2 ans auprès des femmes enceintes fréquentant la consultation ;
- La surveillance intégrée de la prévalence des IST/VIH et les comportements au sein des groupes à risque au Mali IBBS, tous les 3 ans chez les populations à hauts risques ;

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) auprès de la population générale tous les 5 ans [12].

L'élimination de la TME ne sera pas facile. Pour y arriver tous les pays doivent relever les défis suivants :

- Engagement politique au plus haut niveau ;
- Couverture de services PTME par approvisionnement en matériel médical ;
- Introduire des régimes plus efficaces et continuité des soins maternels : nombre de CPN, tester et traiter la syphilis, la tuberculose, l'anémie etc pendant la grossesse ;
- Conseils sur la nutrition infantile ;
- Le renforcement de l'organisation du programme de lutte contre le SIDA ;
- La surveillance épidémiologique ;
- La prévention de la transmission par voie sexuelle, par le sang et la transmission périnatale ;
- La réduction de l'impact de l'infection par le VIH sur les individus, les groupes cibles et la société ;
- L'intégration du contrôle des IST ;
- La mise en place de stratégies basées sur la multisectorialité avec des ministères (chefs de file) et les entreprises privées ; et
- La participation des organisations à base communautaire dans la lutte contre le SIDA.

2. Modalités de transmission chez l'enfant

2.1. Transmission mère-enfant du VIH

La transmission mère-enfant du VIH peut survenir à différentes étapes de la grossesse in utero, au cours du travail d'accouchement ou pendant l'allaitement maternel non protégé.

Différents mécanismes de la transmission apparaissent multifactoriels ; facteurs liés au virus, à la mère, à l'obstétrique, au fœtus et au nourrisson [21].

Facteurs liés au virus

Le type de virus est un facteur majeur. En effet le VIH 1 est plus facilement transmis d'une mère à son enfant que le VIH-2. Le sous type C a été lié au risque accru de transmission mère enfant.

Facteurs liés à la mère

- Le stade clinique avancé de l'infection,
- Le taux de lymphocytes CD4 <200ml,
- Une antigenémie P24 positive,
- Une charge virale élevée.

Facteurs liés à l'obstétrique

- Gestes invasifs au cours de la grossesse (cerclage du col, amniocentèse, amnioscopie) ;
- La prématurité ;
- La rupture prématurée des membranes ;
- La chorio-amnionite et les infections cervico-vaginales ;
- L'hémorragie ;

3. Méthode de diagnostic biologique

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

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

3.1. Test sérologique

Les tests sérologiques sont les techniques de dépistage du VIH les plus utilisées chez l'enfant de plus de 18mois.

Les AC d'une mère séropositive sont éliminés de l'organisme du nourrisson (séroconversion) pendant une durée pouvant aller jusqu'à 18 mois [21].

Les différentes techniques sont :

Les tests rapides :

Ce sont le plus souvent les tests dits par immunochromatographie, avec une filtration ou une migration du sérum sur une membrane ou un support recouvert d'Ag recombinant VIH-1 à VIH-2.

Le test se réalise en une dizaine de minute en général et se fait de façon unitaire [22].

Les tests ELISA :

Les tests ELISA sont les tests immunoenzymatiques (réaction Ag- AC) sur la plaque entre l'Ag du virus (VIH) fixé au fond du puits de la plaque et AC anti VIH présent sur le sérum du patient.

Les techniques de révélation peuvent utiliser soit l'Ag anti VIH marqué à une enzyme (ELISA Sandwich) ou des AC anti-globulines humaines anti IgG fixés à une enzyme pour faciliter la révélation ELISA indirect.

La technique WESTERN Blot (W B):

La W B est une technique de transfert sur nitrocellulose, après migration électrophorétique en gel de polyacrylamide de protéine d'un lysat viral VIH-1 ou VIH-2 sur bandelette WB.

Différentes protéines constitutives des virus seront connues par des AC spécifiques anti VIH-1 ou VIH-2.

Les AC anti VIH spécifiques vont se fixer sur les Ag corécepteurs de la bande de nitrocellulose.

3.2. Tests virologiques

Détection de l'antigène P24 :

La protéine P24 vient des protéines de la capsid du virus. La détection de l'Ag P24 est la preuve définitive de l'infection à VIH. La recherche de l'Ag P24 peut être effectuée dans la plupart des laboratoires mais sa faible sensibilité limite son utilisation. Elle peut être détectée dès le 15^{ème} jour de l'infection [21].

Détection de l'ADN du VIH par PCR :

Les analyses d'ADN par PCR amplifient les séquences de l'ADN pro-viral du VIH dans les cellules.

Cette technique détecte donc les lymphocytes infectés quel que soit l'état du virus : en répllication, latent, voire défectif.

La PCR-ADN permet de détecter 5 provirus pour 200 000 cellules mononuclées périphériques lorsque la technique est parfaitement au point. La PCR à l'ADN est plus sensible pour le diagnostic précoce.

La recherche du PCR actuelle ne permet pas de détecter le VIH-2 ; actuellement c'est la technique de papier buvard qui est utilisée.

Quantification de l'ARN viral par PCR (CV)

En utilisant la réaction de polymérase en chaîne (PCR), il est possible de détecter l'ARN viral dans le sang. Diverses méthodes peuvent être utilisées afin de quantifier l'ARN plasmatique ; les analyses fréquemment utilisées ont une limite inférieure de détection de 25 copies/ml [20].

Isolement du virus par la culture cellulaire :

L'analyse du virus de VIH en culture de cellules mononucléaires du périphérique était considérée comme le critère de référence pour la détection du VIH. L'usage actuel se limite à des laboratoires de recherche [23].

4. Prévention de la transmission mère- enfant du VIH

Prophylaxie ARV chez la femme enceinte et le nouveau-né [24]

Les objectifs du traitement ARV chez la femme enceinte :

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

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

Jusqu'à l'élaboration du nouveau politique et protocole de Prise en charge VIH/SIDA en 2008 ; la recommandation malienne sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH décalait de celle de l'OMS.

La version 2010 ainsi élaboré s'est efforcée de prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS en les adaptant aux réalités de la pyramide sanitaire du Mali.

- Cas particulier du VIH-2 :

La transmission du VIH-2 de la mère à l'enfant est faible et les INNTI ne sont pas efficaces contre le VIH-2.

Les options suivantes seront proposées selon les circonstances :

- Chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même, administrer une trithérapie, selon l'un des schémas suivants : 2INTI+1IP AZT ou TDF + 3TC + (LPV /r ou IDV/r ou SQV/r ou ATV/r).

Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera au mieux dès la 14^{ème} semaine de grossesse une trithérapie selon l'un des schémas ci-dessus.

Ce traitement sera poursuivi jusqu'à l'accouchement.

- Si la femme se présente en travail : (AZT 300mg + 3TC 150mg) : 1 comprimé toutes les 3 heures, maximum 3 comprimés/jour.

Référer après l'accouchement dans une unité de prise en charge pour le suivi.

Cas particulier du VIH 1+2 :

Traiter au mieux avec une trithérapie incluant un IP sinon traiter comme un VIH2.

Chez le nouveau-né

Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse :

- AZT sirop : 4mg/kg X 2/j, à débiter 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines.
- NVP sirop : 1 dose unique de 2mg/kg au cours des 72 premières heures

Mère traitée moins de 4 semaines ou n'ayant pas reçu de prophylaxie antirétrovirale :

- AZT sirop : 4mg/kg X 2/j à débiter 6 à 12h après la naissance pendant quatre semaines.
- NVP sirop : 2mg/kg 1 dose unique à donner immédiatement ou dans les 72 premières heures.
- 3TC sirop : 2mg/kg X 2/j à débiter 6 à 12h après la naissance pendant quatre semaines.

Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par VIH-2

- AZT sirop : 4mg/kg X 2/j à débiter 6 à 12h après la naissance pendant 2 semaines.
- 3TC sirop : 2mg/kg X 2/j à débiter 6 à 12h après la naissance pendant 2 semaines.

Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par VIH-1+VIH-2

- **AZT** sirop : 4mg/kg X 2/j à débiter 6 à 12h après la naissance pendant quatre semaines.
- **NVP** sirop : 2mg/kg 1 dose unique à donner immédiatement ou dans les 72 premières heures.

5. Césarienne programmée

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

Actuellement la césarienne programmée n'est plus systématique.

Il est donc possible dans la stratégie préventive, d'envisager avec la femme l'option d'une césarienne programmée à la 38ème semaine. Le choix du mode d'accouchement doit tenir compte du rapport entre le bénéfice potentiel pour l'enfant et le risque de l'intervention pour la mère [21].

Plusieurs études ont montré que la morbidité post-césarienne est plus fréquente chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes séronégatives, en particulier lorsque la mère à un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ [23].

6. La stratégie qui consiste à renforcer la prévention par le dépistage dans la salle d'accouchement

- Séances de causerie en groupe dans la salle de travail ;
- Conseil/Accompagnement prénatal des parturientes ;
- Rapidité et simplicité du test ;
- Assurer la prise charge adéquate de la mère et du nouveau-né ;
- Evoquer les risques que le nouveau-né en cours sans le dépistage.

1.1 Historique de la commune IV

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

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34 /CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34 /CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- La loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

1.2 Données géographiques

La commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée :

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

1.3 Données socio – démographiques

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale est estimée à 368242 habitants en 2015 (source DNSI).

Les structures sanitaires

a. Les structures communautaires de 1^{er} niveau

Elles sont représentées par les Centres de Santé Communautaires (CSCOM) au nombre de 09 (ASACOSEK, ASACOSEKASI, ASACOLABASAD, ASACOLA 1, ASACOLAB 5,

ASACOLA 2, ASACODJENEKA, ASACODJIP, ASACOHAM), la maternité René Cissé (MRC) et le centre médical El Razi.

b. Structures communautaires de 2^{ème} niveau :

Représentées par le Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CS Réf CIV). Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV à Lafiabougou. Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (**PMI**) à sa création (en 1981) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

c. Les locaux du CS Réf CIV

comprennent :

- Un bureau des accueils.
- Un (1) bureau de consultation gynécologique,
- Deux (2) bureaux de consultation médicale,
- Deux (2) salles de consultation pédiatrique,
- Un (1) bureau de consultation pour la chirurgie
- Un bureau de consultation dermatologie
- Un bureau de consultation gastrologie
- Un bureau de consultation urologie et traumatologie
- Un bureau de consultation infectiologie et santé communautaire
- Un bureau de consultation neurologie
- Un bureau de consultation DAT
- Une (1) salle des urgences,
- Une (1) salle de réveil,
- Une (1) salle de stérilisation,
- Une (1) salle d'accouchement,
- Une (1) salle de suites de couches,
- Une (1) salle de réunion,
- Une (1) salle pour le SIS,
- Une (1) unité de brigade d'hygiène,
- Un service de développement social et de l'économie solidaire,
- Deux (2) blocs d'hospitalisation comprenant :
 - Six (6) salles dont une salle VIP pour la gynécologie obstétrique avec vingt-quatre (24) .
 - Deux (2) salles pour la chirurgie générale avec six (6) lits.

Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako

- Trois (3) salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie,
- Une (1) salle pour l'ophtalmologie avec cinq (5) lits.
- Une (1) salle pour le major de la gynécologie-obstétrique
- Une (1) salle pour le major et les infirmières de la médecine.
- Une (1) unité d'anesthésie réanimation avec une salle de consultation et une salle de garde.
- Une unité de pharmacie avec une aire de vente et un magasin,
- Une (1) unité de consultation prénatale,
- Une unité de (PF) Planification familiale et de dépistage du cancer de col utérin,
- Une salle d'échographie,
- Une salle de garde de chauffeurs,
- Une salle de garde des manœuvres,
- Une unité de prise en charge du diabète,
- Une salle allouée à CVD (Centre de développement des vaccins).
- Une (1) unité de consultation postnatale,
- Une (1) unité PEV,
- Une (1) unité pour le développement social,
- Une (1) salle des thésards,
- Une (1) salle pour le surveillant général,
- Une (1) unité de consultation ORL,
- Un (1) cabinet dentaire,
- Un (1) laboratoire,
- Un (1) dispensaire antituberculeux,
- Une (1) unité USAC (Unité de soins, d'Accueil et de Conseil)
- Deux (2) salles de pansement
- Une salle de perfusion
- Une Buanderie
- Des magasins (3)
- Une (1) morgue
- Une (1) mosquée,
- Des toilettes
- Un hangar pour l'incinérateur
- Un magasin pour le groupe électrogène

- Un poste de haute tension électrique.
- Un service AMO
- Une Cantine.
- Un grand hangar abritant le poste de pesée des enfants, la distribution des moustiquaires imprégnées et les bancs pour l'attente de l'examen échographique et la vaccination.

d. Personnel

Le CSREF CIV emploie :

- Un médecin chef du centre;
- Trois (3) Médecins Gynécologues Obstétriciens ;
- Deux (2) Chirurgiens ;
- Un (1) chirurgien-dentiste ;
- Un (1) Dermatologue ;
- Un (1) Anesthésiste réanimateur ;
- Un (1) Gastrologue ;
- Un (1) Echographiste ;
- Un (1) Infectiologue ;
- Un (1) Urologue ;
- Un (1) ophtalmologue ;
- Un (1) traumatologue ;
- Deux (2) cardiologues ;
- Deux (2) pédiatres ;
- Un (1) neurologue ;
- Deux (2) ORL ;
- Un (1) endocrinologue ;
- Un (1) médecin communautaire ;
- Un (1) médecin santé publique ;
- Vingt-huit (28) Médecins généralistes ;
- Deux (2) pharmaciens dont un au compte de l'USAC ;
- Trente 30 Sages-femmes;
- Quatre onze (14) Assistants médicaux ;
- Deux (2) Biologistes ;
- Neuf (9) Infirmiers d'états;

- Trois (3) Techniciens supérieurs de Laboratoire ;
- Quinze (15) Infirmières obstétriciennes ;
- Vingt Trois (23) Infirmières santé publique ;
- Six (6) Agents d'hygiène et d'assainissement ;
- Vingt (20) Aides-soignants ;
- Vingt (20) Administrateurs ;
- Un (1) inspecteur des finances ;
- Un (1) coursier;
- Des agents de pharmacie;
- Six (6) chauffeurs;
- Neuf (9) manœuvres ;
- Six (6) gardiens ;
- Deux (2) lingneuses ;
- Deux (2) balayeuses ;
- Trois (3) plantons.

2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude prospective descriptive s'étendant sur une période d'un an allant du 1^{er} Juillet 2017 au 1^{er} Juillet 2018.

3. Population d'étude

Notre étude a concerné toutes les gestantes non dépistées reçues en salle d'accouchement au CS Réf de la Commune IV durant la période d'étude.

4. Echantillonnage

↳ Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes non dépistées au VIH reçues en salle d'accouchement et qui ont accepté le counseling/dépistage VIH au CS Réf CIV du district de Bamako.

↳ Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Toutes les femmes ayant bénéficié du dépistage du VIH/SIDA avant l'entrée en salle d'accouchement.,

- Celles qui n'ont pas accepté le dépistage après counseling en salle d'accouchement.,
- Et Celles qui ont accepté le dépistage dans la période postnatale.

5. Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé à un enregistrement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusions.

6. Les variables d'étude

Variables liées à la gestante :

- Age ;
- Niveau d'instruction ;
- Profession ;
- Mode d'admission ;
- Gestité ;
- Parité ;
- Antécédents.

Variables liées à la grossesse

Terme de la grossesse ;

CPN (nombre, auteur, lieu) ;

Etat de la poche des eaux ;

Notion de counseling dépistage du VIH proposé lors des CPN ;

Notion de counseling dépistage du VIH en salle de travail ;

ARV administrés.

Variables liées au nouveau-né

- L'état du nouveau-né à la naissance ;
- Notion de réanimation du nouveau-né ;
- Traitement antirétroviral administré au nouveau-né ;
- Notion de transfert en néonatalogie du nouveau-né ;
- Mode d'alimentation du nouveau-né.

Algorithme de dépistage du VIH

- Test diagnostiques rapides (TDR)
- Test immuno-enzymmatiques (EIA) ou

- Autres tests supplémentaires si nécessaire

Des tests sérologiques de ces dépistages offrent une sensibilité de 99% au moins et une spécificité de 98% au moins, on obtient des résultats hautement exacts et fiables.

Critère de définition des cas du VIH+

Faire A2

Faire A1

A1+ A1 Déclarer VIH – négatif

A1+ A2-

A1+ A2+ Déclarer VIH- positif

A1+ A2-

Faire A3

A1+ A2- A3+ Déclarer résultat non concluant (Rétester après 14jours)

A1+ A2- A3 si A1 de 2^{ème} ou 3^{ème} génération, déclarer VIH – négatif

Si A1 de 4^{ème} génération, déclarer non concluant (Rétester après 14 jours)

A1- A2 Déclarer VIH – négatif Refaire A1 et A2

7. Saisie et analyse des données et traitement de texte

La saisie et l'analyse des données ont été effectuée sur le logiciel d'IBM, SPSS version 22.0.

Le traitement de texte a été effectué sur logiciel WORLD de la suite d'office 2016.

8. Ethique

Avant le début de chaque entretien, la fiche d'enquête était présentée à la femme. Après acceptation de cette dernière, l'enquêteur lui faisait signer la fiche de consentement et d'assentiment.

L'anonymat des personnes participant à l'étude a été respecté. Un numéro d'identification a été attribué à chaque enquête. Toutes les données collectées ont été stockées dans un endroit sécurisé. Toutes les bases de données ont été fixées avec les systèmes mot de passe-protégés d'accès.

Les limites de l'étude : les consentements ont été obtenus dans la douleur en salle du travail d'accouchement.

IV. RESULTATS

1. Fréquences globales

Durant notre période d'étude allant du juillet 2017 au juillet 2018 nous avons enregistré 302 parturientes non dépistées reçues en salle d'accouchement sur 20304 parturientes soit une prévalence de 1,5%. Parmi lesquels 282 femmes ont accepté de se faire dépister au VIH/Sida soit une prévalence de 1,4% dont 267 femmes et 268 nouveau-nés parmi lesquels 3 mort-nés ont pu faire partir de notre étude.

Les quinze femmes dépistées en salle n'ont pas pu faire partie de notre étude à cause de certains obstacles à savoir : refus d'adhérer à notre étude, problème de communication.

2. Renseignements sociodémographiques

Tableau I : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	%
Moins de 20	59	22,1
20 - 29	91	34,1
30 - 39	110	41,2
Plus de 39	7	2,6
Total	267	100

Les femmes d'âge compris entre 30 à 39 ans ont été les plus représentées avec 41,2% des cas.

Tableau II : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Célibataire	38	14,2
Mariée	229	85,8
Total	267	100

Les femmes mariées avaient été les plus représenté avec 85,8%.

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

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non scolarisée	110	41,2
Primaire	69	25,8
Secondaire	61	22,8
Supérieur	27	10,2
Total	267	100

Les parturientes non scolarisées ont été les plus représentées avec 41,2% des cas.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif	%
Ménagère	183	68,5
Vendeuse/commerçante	50	18,7
Elève/étudiante	34	12,8
Total	267	100

Parmi les femmes, 68,5 % étaient des ménagères.

Tableau V : Répartition des parturientes selon le séjour à l'étranger

Séjour à l'étranger	Effectif	%
Oui	25	9,4
Non	242	90,6
Total	267	100

90,6% de nos femmes n'avaient effectué aucun séjour à l'étranger.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	%
Cultivateur/Eleveur	62	23,2
Ouvrier	61	22,8
Commerçant	59	22,1
Fonctionnaire	53	19,9
Chauffeur	32	12
Total	267	100

Les conjoints de nos parturientes étaient pour la plupart des Cultivateurs/Eleveurs (23,2%) et des ouvriers (22,8%).

Tableau VII : Répartition des parturientes selon le séjour à l'étranger du conjoint

Séjour à l'étranger du conjoint	Effectif	%
Oui	39	14,6
Non	228	85,4
Total	267	100

Parmi les conjoints 85,4% n'avaient pas effectué le séjour à l'étranger.

3. Antécédents

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les ATCD Médicaux

ATCD médicaux	Effectif	%
Transfusion	13	4,9
Tuberculose	2	0,7
Aucun	252	94,4
Total	267	100

Parmi nos femmes 94,4% n'avaient aucun antécédent médical.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon les ATCD Chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	%
Césarienne	23	8,6
Cure de prolapsus	4	1,5
Kystectomie	4	1,5
Aucun	236	88,4
Total	267	100

88,4% des femmes n'avaient aucun antécédent chirurgical.

Tableau X : Répartition des parturientes selon les ATCD Gynécologiques

ATCD gynécologiques	Effectif	%
Pertes vaginales	84	31,5
Prurit vulvaire	69	25,8
Douleurs pelviennes	64	24
Brulures/Douleurs à la miction	40	15
Ulcération/Plaie génitale	3	1,1
Aucun	7	2,6
Total	267	100

Les antécédents gynécologiques les plus fréquents ont été les pertes vaginales suivies des prurits vulvaires et des douleurs pelviennes avec respectivement 31,5%, 25,8% et 24%.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les ATCD Obstétricaux

ATCD obstétricaux	Effectif	%
Gestité		
Primigeste	76	28,4
Paucigeste	104	39
Multigeste	53	19,9
Grande multigeste	34	12,7
Parité		
Nullipare	55	20,6
Primipare	87	32,6
Paucipare	68	25,5
Multipare	38	14,2
Grande multipare	19	7,1
Avortement		
Oui	105	39,2
Non	162	60,8

Gestité : min = 1 ; max = 9 ; Moyenne = $3 \pm 2,038$

Parité : min = 0 ; max = 8 ; Moyenne = $2,04 \pm 1,893$

Les paucigestes et les primipares étaient les plus nombreuses avec des proportions respectivement de 39% et 28,4%.

Et 39,2% des femmes ont présenté les ATCD d'avortement.

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la consultation prénatale

CPN	Effectif	%
Oui	231	86,5
Non	36	13,5
Total	267	100

86,5% des femmes avaient fait la CPN.

Tableau XIII : Répartition des parturientes suivies selon le nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	Effectif	%
1	30	13,0
2	64	27,7
3	73	31,6
≥ 4	64	27,7
Total	231	100

Min = 1 ; max = 6 ; Moyenne = 2,87 ± 1,232

Des femmes qui avaient fait des consultations prénatales, 27,3% l'avait fait au moins 3 fois.

Tableau XIV : Répartition des parturientes suivies selon le lieu de consultation prénatale

Lieu de CPN	Effectif	%
CS Com	117	50,6
CS Réf CIV	85	36,8
CHU	29	12,6
Total	231	100

Les CS Com ont été pour 50,6% de nos femmes le principal lieu de consultation.

Tableau XV : Répartition des parturientes suivies selon la qualification de l'auteur des CPN

Qualification de l'auteur des CPN	Effectif	%
Sagefemme	161	69,7
Gynéco-obstétricien	1	0,4
Médecin généraliste	25	10,8
Infirmière	24	10,4
Aide-soignante	20	8,7
Total	231	100

69,7% de nos parturientes étaient suivies par les sages-femmes.

Tableau XVI : Répartition des parturientes suivies selon la prophylaxie

Traitement prophylactique	Effectif	%
Supplémentation martiale	83,1	16,9
VAT	78,7	21,3
TPI	78,3	21,7
Moustiquaire imprégnée	76	24
Déparasitage	14,2	85,8

La supplémentation martiale a été pour 83,1% de nos d'enquêtées le principal traitement prophylactique suivie du vaccin antitétanique et triméthoprime et priméthamine avec respectivement 78,7% et 78,3%.

4. Dépistage et traitement ARV

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le résultat du test

Sérologie	Effectif	%
SRV+	14	5,2
SRV-	253	94,8
Total	267	100

14 parturientes soient 5,2% étaient séropositives.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon la consultation prénatale

CPN	Sérologie		Total (%)
	SRV+ (%)	SRV- (%)	
Oui	6	225	231 (86,5)
Non	8	28	36 (13,5)
Total	14 (5,2)	253 (94,8)	267 (100)

Dans notre étude huit parturientes dépistées séropositives n'avaient pas effectué de consultation prénatale.

Tableau XIX : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon le nombre de la consultation prénatale

Nombre de CPN	Sérologie		Sérologie
	SRV+ (%)	SRV- (%)	
1	2	28	30 (13,0)
2	2	62	64 (27,7)
3	0	73	73 (31,6)
≥ 4	2	62	64 (27,7)
Total	6 (2,6)	225 (97,4)	231 (100)

Parmi nos parturientes dépistées séropositives deux parturientes avaient effectué quatre consultation prénatale.

Tableau XX : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon le lieu de consultation prénatale

Lieu de CPN	Sérologie		Total (%)
	SRV+ (%)	SRV- (%)	
CS Com	5	112	117 (50,6)
CS Réf CIV	1	84	85 (36,8)
CHU	0	29	29 (12,6)
Total	6 (2,6)	225 (97,4)	231 (100)

Dans notre étude cinq parturientes dépistées séropositives avaient effectué leur CPN dans les CCom.

Tableau XXI : Répartition des parturientes dépistées séropositives selon la qualification de l'auteur des CPN

Qualification de l'auteur des CPN	Sérologie		Total (%)
	SRV+(%)	SRV-(%)	
Sage-femme	4	157	161 (69,7)
Gynéco-obstétricien	0	1	1 (0,4)
Médecin généraliste	0	25	25 (10,8)
Infirmière	2	22	24 (10,4)
Aide-soignante	0	20	20 (8,7)
Total	6 (2,6)	225 (97,4)	231 (100)

Parmi nos parturientes dépistées séropositives 4 étaient suivies par les sages-femmes.

Tableau XXII : Répartition des parturientes séropositives selon le traitement

Traitement ARV	Effectif	%
AZT+3TC+EFV	14	100
Total	14	100

100% de nos femmes séropositives ont bénéficié le traitement à base de AZT+3TC+EFV.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la connaissance du VIH/SIDA

Connaissance du VIH/SIDA	Effectif	%
Oui	255	95,5
Non	12	4,5
Total	267	100

95,5% des femmes étaient déjà au courant du VIH.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le source d'information sur le VIH

Source d'information sur le VIH	Effectif	%
Agent de santé	205	76,8
Télévision	37	13,9
Causerie	17	6,3
Radiodiffusion	8	3
Total	267	100

L'information par les agents de santé (76,8%) était la principale source d'information sur le VIH de nos parturientes.

Tableau XXV : Répartition des parturientes séropositives selon l'information du partenaire sur son statut

Partenaire informé	Effectif	%
Oui	6	42,9
Non	8	57,1
Total	14	100

57,1% des femmes séropositives ont refusé d'informer leur conjoint.

Tableau XXVI : Répartition des parturientes séropositives selon le motif du refus d'informer son partenaire

Motif de refus d'informer son partenaire	Effectif	%
Crainte de divorce	4	50
Honte du statut	3	37,5
Accusation d'infidélité	1	12,5
Total	8	100

Les principales raisons du refus d'informer leur conjoint étaient la crainte de divorce et la honte avec respectivement 50% et 37,5% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes séropositives selon la réaction à l'annonce du résultat

Réaction de la femme dépistée positive	Effectif	%
Résignation	7	50
Mutisme	6	42,9
Pleurs	1	7,1
Total	14	100

50% de nos femmes ont fait la résignation après la déclaration du test positif.

5. Histoire de l'accouchement

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	%
Venue d'elle même	135	50,6
Evacuée	132	49,4
Total	267	100

Parmi nos parturientes 50,6% étaient venues d'elles-mêmes.

Tableau XXIX : Répartition des parturientes évacuées selon le motif

Motif d'évacuation	Effectif	%
HTA sur grossesse	31	23,5
Défaut d'engagement	25	18,9
Dilatation stationnaire	19	14,4
Grande multipare	17	12,9
Rhésus négatif	15	11,4
Rupture prématurée des membranes	13	9,8
Saignement sur grossesse	7	5,3
Sans motif	5	3,8
Total	132	100

HTA sur grossesse était la plus représentée avec 23,5%.

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon l'Age gestationnel

Age gestationnel (SA)	Effectif	%
28	1	0,4
28 - 33	3	1,1
34 - 36	21	7,9
Supérieur ou égal à 37	242	90,6
Total	267	100

La tranche d'âge gestationnel supérieur ou égal à 37SA était la plus fréquente.

Tableau XXXI : Répartition des parturientes selon le moment de rupture des membranes

Rupture des membranes	Effectif	%
Prématurée	4	1,5
Au cours du travail	263	98,5
Total	267	100

Chez 98,5% des parturientes dont la rupture des membranes est survenue au cours du travail.

NB : Nos parturientes dépistées séropositives ; ces membranes ont été respectés jusqu'à dilatation complète.

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon le temps mis entre la rupture et l'expulsion

Temps mis entre la rupture et l'expulsion	Effectif	%
Inférieur à 6 heures	267	100
Total	267	100

100% des parturientes faisaient moins de 6heures entre la rupture et l'expulsion.

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

Type d'accouchement	Effectif	%
Voie basse sans instrument	193	72,3
Extraction instrumentale	45	16,9
Césarienne	29	10,8
Total	267	100

L'accouchement par voie basse avec 72,3% était la plus représentée.

Tableau XXXIV : Répartition des accouchées selon le type de délivrance

Délivrance	Effectif	%
Active	244	91,4
Artificielle	23	8,6
Total	267	100

La délivrance était active chez 91,4% de nos parturientes.

Tableau XXXV : Répartition des accouchées selon les suites de couches

Suites de couches	Effectif	%
Complicquées	1	0,4
Non complicquées	266	99,6
Total	267	100

Les suites de couches ont été simples chez 99,6% de nos femmes.

6. Nouveau-né

Tableau XXXVI : Répartition des nouveau-nés selon leur état

Pronostic du nouveau-né	Effectif	%
Vivant	265	98,9
Mort-né	3	1,1
Total	268	100

Les nouveau-nés vivants étaient les plus fréquents avec 98,9%.

NB : 1 cas d'accouchement gémellaire.

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés vivants selon la réanimation (n=264)

Réanimé	Effectif	%
Oui	5	1,9
Non	260	98,1
Total	265	100

98,1% de nos nouveau-nés étaient non réanimés.

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	167	62,3
Féminin	101	37,7
Total	268	100

Le sexe masculin était le plus fréquent avec 62,3%.

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar à la 1 ^{ère} minute	Effectif	%
0	3	1,1
1-7	59	22
≥ 8	206	76,9
Total	268	100

L'Apgar à la 1^{ère} minute chez 76,9% de nos nouveau-nés était supérieur ou égal à 8.

Tableau XL : Répartition des nouveau-nés selon le poids

Poids en gramme	Effectif	%
< 2 500	19	7,1
2 500 – 3 999	246	91,8
≥ 4 000	3	1,1
Total	268	100

91,8% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2 500 et 3 999 g.

Tableau XLI : Répartition des nouveau-nés selon la taille

Taille en cm	Effectif	%
< 47cm	6	2,2
≥ 47cm	262	97,8
Total	268	100

97,8% des nouveau-nés avaient une taille ≥ à 47 cm.

Tableau XLII : Répartition des nouveau-nés selon le mode d'allaitement

Mode d'allaitement	Effectif	%
Maternel	177	66,8
Mixte	86	32,4
Artificiel	2	0,8
Total	265	100

L'allaitement maternel a été pratiqué pour 66,8% des nouveau-nés.

Tableau XLIII : Répartition des nouveau-nés de mère séropositive selon le mode d'allaitement

Mode d'allaitement	Sérologie		%
	SRV+	SRV-	
Maternel	12	165	177(66,8)
Mixte	0	86	86(32,5)
Artificiel	1	1	2(0,7)
Total	13(4,9)	252	265(100)

L'allaitement artificiel a été pratiqué chez 12 nouveau-nés de mère séropositive.

Tableau XLIV : Répartition selon le traitement ARV du nouveau-né de mère séropositive

Traitement ARV du nouveau-né de mère HIV positif	Effectif	%
NVP sirop + AZT sirop	9	69,2
NVP sirop	4	30,8
Total	13	100

Le traitement à base de NVP sirop + AZT sirop était le plus utilisé avec 69,2%.

NB : Un cas de mort-né macéré né de mère HIV Positive.

Tableau XLV : Répartition selon le résultat de PCR du nouveau-né de mère séropositive

Résultat de PCR du nouveau-né de mère séropositive	Effectif	%
Non Réalise	13	100
Total	13	100

Parmi nos 13 nouveau-nés de mère séropositive aucune PCR n'a été réalisé.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude s'est appliquée à 267 parturientes et 268 nouveau-nés parmi lesquels 3 mort-nés ; un des accouchements était gémellaire.

Parmi ces 267 parturientes, 14 étaient infectées par le VIH soit 5,2% des cas.

Le recueil des informations a été émaillé d'énormes difficultés à savoir :

- le refus de se soumettre au dépistage malgré le counseling ;
- le refus de se soumettre à notre étude après le dépistage ;
- le problème de communication, certaines ne comprenaient ni Bambara ni Français ;
- les informations étaient difficiles à avoir au moment du travail d'accouchement, les contractions utérines douloureuses font qu'elles ne répondent pas aux questions.

1. Renseignements sociodémographiques

Age

Durant notre étude, les femmes d'âge compris entre 30 à 39 ans ont dominé avec 41,2% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge les femmes font moins de CPN, elles ont déjà vécu la situation, en pensant que la CPN ne change rien au pronostic de l'accouchement.

Tahirou Koké Traoré [25] avait trouvé une prédominance des femmes de 26 à 30ans avec une fréquence de 43,75% dans son étude portant sur la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes du centre de santé communautaire de Banconi en 2011.

Le statut matrimonial

Les différents statuts matrimoniaux étaient concernés, les femmes mariées étaient les plus représentées avec 85,8%. Ce résultat concorde à celui de Fousseyni Traoré [26] qui a trouvé 86,1% de femmes mariées.

Le niveau d'instruction

Les femmes qui avaient un niveau d'instruction primaire ont représenté 25,8% de notre échantillon. Ces résultats sont comparables à ceux de Badian Dembélé [27] qui a trouvé 58,8% de patientes non scolarisées dans son étude portant sur la PTME dans la salle d'accouchement au CSRéf de la CV en 2010. Cela pourrait s'expliquer par le taux bas de scolarisation des filles dans notre contexte.

Profession

Les ménagères ont prédominé avec une fréquence de 67,8% des cas. Le fait que la grande majorité des femmes sont de ménagère dans notre pays pourrait expliquer ce résultat.

Tahirou Koké Traoré [25] a rapporté 78,125% de ménagères.

2. Antécédents

Médicaux et Chirurgicaux

La notion de transfusion sanguine a été retrouvée chez 13 parturientes soient 4,9% de nos femmes, ce qui pouvait les exposer à un risque infectieux résiduel lié à la fenêtre sérologique précédant la séroconversion.

La césarienne a été l'antécédent chirurgical le plus représenté avec 8,6% des cas.

Gestité

Nous avons trouvé que les paucigestes étaient plus représentées avec 39% des cas, suivies des primigestes 28,5%, des multigestes 19,9% et des grandes multigestes 12,7%. Cette forte représentativité des paucigestes pourrait être liée à l'augmentation de l'activité sexuelle à cette période de vie.

Badian Dembélé [27] a rapporté une prédominance des multigestes avec 45,9%.

Parité

Les primipares avec 32,6% suivies des paucipares avec 25,5% ont dominé dans notre étude. Ce résultat est inférieur à celui de l'étude de Tahirou Koké Traoré [25] qui a trouvé 62,5% de paucipares.

Réaction de la femme dépistée positive à l'annonce

La moitié de nos femmes (50%) était résignée après la déclaration du test positif. Ce résultat est comparable à celui de l'étude de Badian Dembélé [27] qui a trouvé 52,5% des parturientes séropositives qui s'étaient résignée après l'annonce de leur statut sérologique.

Pendant la grossesse

Dans notre étude 5,2% des parturientes ont été dépistées séropositives dont 2,6% de ces parturientes avaient fait la consultation prénatale. La majorité des femmes étaient suivies dans les CScom avec 50,6% des cas.

Badian Dembélé [27] a trouvé que 54,1% des femmes dépistées en salle d'accouchement étaient suivies dans les CScom.

Pendant le travail

Dans notre étude 100% des parturientes dépistées positives ont bénéficié du traitement à base de Zidovudine(AZT) + Lamivudine(3TC) + Efavirenz(EFZ) en salle avant l'accouchement.

Accouchement

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 89,3%. La césarienne a représenté 10,8%. L'indication de césarienne n'était pas en rapport avec la séropositivité. Aminata Diarra [28] a aussi rapporté une prédominance de la voie basse avec un taux de 85,3% dans son étude sur l'impact du moment de dépistage chez la mère sur l'état clinique du nouveau-né à l'USAC de la commune V du district de Bamako en 2010.

Le risque de transmission chez des femmes ayant une charge virale contrôlée n'est pas lié au mode d'accouchement [29]. Il est impossible de définir un seuil de charge virale au-dessus duquel la césarienne programmée peut être bénéfique, ce qui explique la divergence entre les diverses recommandations : 50 copies/ml dans les 50 recommandations britanniques, < 400 copies/ml dans les recommandations françaises de 2013 et < 1 000 copies/ml dans les recommandations américaines [30].

L'état des membranes

La majorité des parturientes ont été admises avec les membranes intactes dans la salle d'accouchement avec un taux 71,4% contre 28,6%. Les membranes sont restées intactes jusqu'à dilatation complète. Le temps mis entre la rupture et l'accouchement était inférieur à six heures chez 100% de nos parturientes. Comparativement Badian Dembélé [27] a trouvé 91,9% de cas qui ont mis moins de six heures entre la rupture et l'accouchement.

Les études avant l'ère des multithérapies, les données de cohortes récentes chez les femmes traitées par les ARV ne montrent pas d'augmentation du risque de transmission en fonction de la durée de rupture des membranes. La décision doit tenir compte du contrôle virologique et du degré de prématurité [31,32]. En cas d'expectative, la corticothérapie de maturation et l'antibiothérapie sont systématiques ; l'extraction s'impose au moindre signe de chorio-amnionite.

Pronostic maternel dans les suites de couches

Une seule gestante qui avait accouché par la voie basse a présenté une hémorragie du post partum.

Il est recommandé de poursuivre le traitement antirétroviral après l'accouchement quel que soit le nombre de lymphocytes CD4. Actuellement, l'OMS [33] recommande le même schéma thérapeutique pour tous les adultes, hommes et femmes, que la femme soit enceinte ou non, à débiter le plus tôt possible quel que soit le stade clinique et le taux de CD4, et à poursuivre toute la vie.

Le suivi du post-partum comporte un suivi obstétrical et gynécologique et la discussion d'une contraception. C'est une occasion à ne pas négliger pour la révélation de la séropositivité au conjoint. Dans tous les cas, la femme doit être revue pour le suivi de son infection par le VIH avec un bilan dans un délai d'un à 2 mois après l'accouchement.

3. Caractéristiques du nouveau-né

Nous avons enregistré 14 nouveau-nés de mères HIV positives, parmi lesquels un cas de mort-né macéré. La létalité globale était de trois (03) mort-nés soit 1,1%.

Le score d'Apgar

Le score d'Apgar reflète le pronostic immédiat du nouveau-né dans les cinq premières minutes. Dans notre étude, 76,9% de nouveau-nés avaient un score compris entre 8-10 et 22% avaient un score entre 1-7 à la première minute.

Cinq nouveau-nés prématurés soit 1,9% des cas avaient un score d'Apgar à 4 à la 1ère, ils ont bénéficié d'une réanimation à la néonatalogie de notre centre. Quant à Aminata Diarra [28], elle a enregistré 3 cas de nouveau-nés réanimés.

Le risque de TME pourrait être augmenté en cas d'accouchement avant 33 SA. Il est possible que des facteurs physiopathologiques favorisent à la fois la prématurité et l'exposition périnatale au VIH selon Asmae MEGHRAOUI [34] à Rabat en 2016.

Mode d'allaitement

Toutes les patientes dans notre étude se sont présentées à la consultation avec un pédiatre et ont bénéficié de conseils pour l'allaitement artificiel exclusif. Malgré le conseil fourni visant à éliminer la transmission dans le post-partum 12 femmes soit 92,3% ont adopté l'allaitement maternel exclusif. Un seul nouveau-né a bénéficié d'un allaitement artificiel exclusif.

Badian Dembélé [27] a trouvé 69,4% de cas qui avaient adopté l'allaitement maternel exclusif. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mères ont peur de leur entourage, quand une femme n'allait pas son bébé cela signifie qu'elle est séropositive.

Traitement ARV des nouveau-nés de mère séropositive

Dans notre étude 69,2% des nouveau-nés de mère séropositive ont bénéficié d'une bithérapie à base de NVP+AZT en raison de 0,2ml/kg-0,4ml/kg et 30,8% ont bénéficié d'une monothérapie à base de NVP à la dose de 0,2ml/kg quand la AZT. Cela s'explique par une rupture de la Zidovudine(AZT) durant notre période d'étude.

A signaler que dans notre étude le bilan de PCR des nouveau-nés de mère séropositive n'a pas été honoré par les parents.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Notre étude a permis de savoir que le taux de couverture de la PTME au Mali est faible. Durant la période d'étude d'un an nous avons enregistré 302 parturientes non dépistées au VIH/SIDA durant la période de la grossesse soit une prévalence de 1,5%, parmi lesquelles 267 femmes ont pu faire partie de notre étude dont 14 femmes dépistées séropositives. Parmi elles, 2,6% des femmes étaient suivies par des prestataires de santé ; et 12 femmes dépistées positives ont adopté l'allaitement maternel exclusif sur 13 femmes après les conseils pour l'allaitement artificiel exclusif.

Les interventions indispensables font appel à beaucoup d'activités de promotion du dépistage au niveau des CSCOM, des zones de regroupement, des familles et à tous les niveaux où l'on peut rencontrer des femmes.

L'élargissement des programmes de dépistage et des programmes de prévention de la transmission mère enfant a le potentiel théorique d'éliminer l'infection de l'enfant. Dans ce but, l'évolution des connaissances va maintenant vers la généralisation d'un traitement antirétroviral hautement actif identique pour tous les adultes, homme ou femme, femme enceinte ou non, aussitôt que le diagnostic d'infection est posé. Ce schéma vise une simplification des prises qui se limitent à la prise d'une seule pilule par jour, facilitant ainsi l'adhérence au traitement antirétroviral.

Des questions par rapport au choix des molécules pendant la grossesse et par rapport aux possibles effets secondaires sur la mère et l'enfant de ces thérapies persistent. Cependant, le bénéfice de ces thérapies sur la morbidité et la mortalité maternelles en général et sur la réduction de la transmission mère enfant en particulier est indiscutable.

Recommandations

A la Population

- Commencer à temps et suivre régulièrement les consultations prénatales ;
- Accepter de faire le dépistage des enfants ;
- Adhérer au programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA ;
- Privilégier l'allaitement artificiel de nouveau-né de mère séropositive.

Au Personnel de santé

- Surveiller cliniquement et régulièrement les patientes enceintes séropositives et leurs nouveau-nés ;
- Faire la prophylaxie ARV aux nouveau-nés de mères séropositives ;
- Proposer le dépistage des enfants de mères séropositives ;
- Faire une prise en charge précoce et adéquate de l'infection à VIH/SIDA sur grossesse afin de protéger le nouveau- né ;
- Informer les femmes enceintes séropositives de l'importance d'une bonne observance du traitement ARV.

Aux Autorités politiques sanitaires

- Assurer la formation continue d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des femmes enceintes séropositives et leurs nouveau- nés.,
- Assurer la dotation régulière des unités en médicaments antirétroviraux, en test HIV et en lait pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés de mères séropositives.

Au centre de santé de référence de la commune IV

- Assurer une disponibilité permanente des ARV dans la salle d'accouchement ;
- Créer un local idéal de counseling au niveau de la salle d'accouchement afin de garantir la confidentialité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ONUSIDA/OMS.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. Genève, Suisse ; 2013.
2. **World Health Organisation** Map Production : Information Evidence and Research(IER) adult HIV prevalence By who region 2016.
3. Enquête démographique et de santé du Mali III ème Edition en 2001-2002
4. **ONUSIDA.** Le point sur l'épidémie de SIDA : Décembre 2010. URL : <http://www.unaids> consulté le 13 janvier 2018.
5. **Yeni P, Blanche S, Bourdillon F et al.** Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010.P.160-73
6. **Blanche S, Tricoire J.** infection par le VIH de l'enfant, Aspect nord-sud : Archives de pédiatrie 2009 ; 16 : 652-654
7. **Dicko F, Traoré Y, Traoré M et al.** Prise en charge pluridisciplinaire de la femme enceinte infectée par le VIH et son enfant dans une structure de 3^{ème} référence au Mali : Etude NOUYGAL ; 5^{ème} conférence Francophone sur le VIH/SIDA, Casablanca, 2010, CA, abstract No413/69p.
8. **Camille N, Patrick C, Didier E, et al.** Réponse au traitement antiretroviral chez les enfants infectés par le VIH après une exposition à une intervention de PTME en Afrique de l'Ouest. 17 Mai 2010: 1-8.
9. **N Ford, L Mofenson, Z Shubberet al.** Safety of efavirenz in the firstvtrimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis. AIDS. 2014.,28, Suppl. 2 11
10. **UNAIDS,** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. sheet2015. <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> .Consulté le 25/05/2016
11. **UNAIDS,** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.The Gap report, 2014.http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014_gapreport/.
12. **UNIMEDIA.** Le suivi de la mère et de l'enfant. http://www.VIH_et_grossesse.mht. consulté le 18 Décembre. 2018.
13. **Konaté Y.** Echec de la PTME A Propos des 8 cas à la Pédiatrie de CHU Gabriel Touré Bamako MALI en 2013. Thèse Médecine Bamako 2013 ; N°83.
14. **ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie de SIDA : Décembre 2010. URL : <http://www.unaids.org> consulté le 03 Juin 2011.

- 28. Diarra A.** : Impact du moment du dépistage chez la mère sur l'état clinique du nouveau-né. Thèse réalisée à l'USAC Commune V Bamako Mali en 2010. Thèse Médecine Bamako 2010 ; N°467.
- 29. Brian N, Jasseron C, Sibiude J et al.** Cesarean section for HIV-infected women in the combination antiretroviral therapies era, 2000-2010. Am J Obstet Gynecol. 2013 ;209, 4:335e1- e12
- 30. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M et al.** Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000-2011. AIDS. 2014;28, 7 :1049-5
- 31. Cotter AM, Brookfield KF, Duthely LM et al.** Duration of membrane rupture and risk of perinatal transmission of HIV-1 in the era of combination antiretroviral therapy. Am J Obstet Gynecol. 2012 ; 207, 6 : 482 e1-5
- 32. Peters H, Byrne L, De Ruiter A et al.** Duration of ruptured membranes and mother-to-child HIV transmission ; a prospective population-based surveillance study. BJOG. 2015 ; 123, 6 :975-81
- 33. OMS (Organisation Mondiale de la Santé).** Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/on/>.
- 34. Meighraoui A.** Prévention de la transmission materno-fœtale du VIH à propos de 27 grossesses à l'Université Mohammed V- [Thèse de Médecine] Rabat au Maroc réalisée en 2016.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Dépistage du VIH en salle d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Renseignements sur la femme

- Q01- Age** /...../ 1 : ≤19 ans, 2 : 20-34ans, 3 : ≥35ans
Q02 Niveau d'instruction /...../ 1.Non scolarisée, 2.Primaire, 3.Secondaire, 4 : Supérieur,
Q03 Profession /...../ 1 :Ménagère, 2 :professionnelle sexuelle 3 :Vendeuse/commerçante, 4 Élève/étudiante, 5- Autre :
Q04 Nationalité Malienne /...../ 1 : Oui, 2 : Non Si non laquelle
Q05 Séjour à l'étranger /...../ 1 : Oui, 2 : Non Si oui préciser le pays :
Q06 Statut matrimonial /...../ 1 :Célibataire , 2:Partenaire Multiple 3 : Mariée monogame, 4 : Mariée polygame, 5 : Divorcée, 6 : Veuve 7 : AUTRES :.....
Q07 Durée de vie commune /...../ 1 : 1-2ans, 2 : Plus de 2ans

Antécédents médicaux

- Q08 Tuberculose** /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q09 ATCD de transfusion /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q10 AUTRE A PRECISER :.....

Antécédents chirurgicaux

- Q11 Césarienne** /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q12 Cure de prolapsus /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q13 Kystectomie /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q14 Myomectomie /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q15 Autres à préciser :.....

Antécédents gynécologiques

- Q16 Pertes vaginales** /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q17 Ulcération/Plaie génitale /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q18 Prurit vulvaire /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q19 Brulures /Douleurs à la miction /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q20 Douleurs pelviennes /...../ 1 : Oui, 2 : Non
Q21 AUTRES A PRECISER :

Antécédents obstétricaux

- Q22 Gestité** /...../ 1 : [1] 2 : [2-3] 3 : [4-5] 4 : [≥6]
Q23 Parité /...../ 1 : [0] 2 : [1-3] 3 : [4-5] 4 : [≥ 6]
Q24 Enfant vivant /...../ 1 : [0] 2 : [1-4] 3 : [5-8] 4 : [> 8]
Q25 Enfant décédé /...../ 1 : [0] 2 : [1-4] 3 : [>4]
Q26 Avortement /...../ 1 : [0] 2 : [1-4] 3 : [>4]
Q27 ATCD de mort-né /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Renseignements sur le conjoint

- Q28 Profession** /...../ 1-Comptable 2-Cultivateur, 3-Commerçant, 4-Ouvrier, 5-Artiste, 6- Chauffeur, 7-Agent de sante, 8-Autre :
Q29 Séjour à l'étranger /...../ 1 : Oui, 2 : Non Si oui préciser le pays :
Q30 Nationalité Malienne /...../ 1 : Oui, 2 : Non Si non préciser le pays :

Histoire de la grossesse

- Q31 CPN** /...../ 1 : Oui, 2 : Non Si non pour quoi :.....

Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes non dépistées au centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako

Q32 Nombre de CPN /...../ 1 : [0] 2 : [1-3] 3 : [4-8]

Q33 Lieu de CPN /...../ 1 : CSREF CIV, 2 : CSCOM 3 : CHU 4 : Autre :

**Q34 Qualification de l'auteur des CPN 1 : Médecin 2 : Gynéco-obstétricien 3 : Sage-Femme
3 : Infirmière 4 : Aide-Soignante 5 : AUTRE :**

Q35 VAT /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q36 Utilisation de la MII/...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q37 Supplémentation martiale/...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q38 TPI du paludisme /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q39 Déparasitage /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Dépistage et traitement ARV

Q40 Résultat du test /...../ 1 : Positif, 2 : Négatif

Q41 Traitement ARV /...../

- TDF + 3TC + EFZ (vih1)
- AZT + 3TC + NVP (vih1)
- TDF + 3TC + LPV/r (vih2)
- AZT + 3TC + LTV/r (vih2)

Q42 Entendu parler du VIH/SIDA /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q43 Source d'information sur le VIH /..... /

- Télévision
- Radiophonie
- Causerie
- Agent de santé

Q44 Veut informer son partenaire de son statut sérologique /.... /

- Oui
- Non

Q45 Motif de refus d'informer son partenaire /.... /

- Accusation d'infidélité
- Crainte de divorce
- Honte d'informer
- AUTRE :

Q46 Réaction de la femme dépistée positive après l'annonce du résultat/... /

- Résignation
- Pleurs
- Mutisme
- Autre à préciser :.....

Histoire de l'accouchement

Q47 Mode d'admission /...../ 1 : Venue d'elle-même 2 : Évacuée

Q48 Motif d'évacuation /...../

- Sans motif
- Rupture prématurée des membranes
- Dilatation stationnaire
- Défaut d'engagement 5-Autre :

Q49 Age gestationnel /...../ 1 : <28 SA 2 : 28-33 SA, 3 : 34-36 SA, 4 : ≥37 SA

Q50 Rupture des membranes /...../ 1 : Prématuré, 2 : Au cours du travail

Q51 Temps mis entre la rupture et L'expulsion /...../

- <6 heures,
- 6-12 heures,
- >12heures

Q52 Type d'accouchement /...../

- Extraction instrumentale
- Voie basse sans instrument
- Césarienne

Q53 Délivrance /...../ 1 : Active, 2 : Naturelle, 3 : Artificielle

Q54 Suites de couches /...../ 1 : Compliquées, 2 : Non compliquées

Nouveau-né

Q55 Pronostic /...../ 1 : Vivant, 2 : Mort-Né

Q56 Réanime /...../ 1 : Oui 2 : Non

Q57 Sexe /...../ 1 : Masculin 2 : Féminin

Q58 Apgar à la 1^{ère} minute /...../ 1 : [0], 2 : [1-7], 3 : [≥8]

Q59 Poids /...../

- <2500g,
- 2500-3999g,
- ≥4000g

Q60 Taille /...../ 1 : ≥47cm 2 : <47

Q61 Prématuré /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q62 Hypotrophe /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q63 Macrosome /...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q64 Mode d'allaitement /...../ 1 : Maternel, 2 : Artificiel, 3 : Mixte

Q65 Traitement ARV du nouveau-né de mère HIV positif

- NVP sirop + AZT sirop
 - NVP sirop ou AZT sirop
- 3-NVP sirop + 3TC (vih2)

Fiche signalétique

Nom : TANGARA

Prénom : Mariam

Titre de la thèse : Dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes au centre de santé de référence de la commune IV du district de BAMAKO

Année de la soutenance : 2019

Lieu de la soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Epidémiologie, Infectiologie

Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'étudier le dépistage du VIH en salle d'accouchement chez les gestantes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Nous avons mené une étude prospective descriptive s'étalant du 1^{er} Juillet 2017 au 1^{er} juillet 2018 avec une collecte prospective des données.

Nous avons enregistré 302 femmes non dépistées reçues en salle d'accouchement soit une prévalence de 1,5%, parmi lesquelles 267 femmes ont pu faire partie de notre étude dont 14 parturientes étaient séropositives soit 5,2% des cas.

Les résultats ont montré que ces femmes ont en général une connaissance sur le VIH dans 95,5% des cas, malgré leur connaissance plus de la moitié ne connaissent pas le mode de la transmission mère-enfant. Nous avons également noté que 92,3% des mères séropositives ont privilégié l'allaitement maternel dans la majorité des cas par peur de l'entourage pour ne pas éveiller le soupçon de leur statut sérologique ; alors que cela a le potentiel effet de compliquer la prise en charge des nouveau-nés.

La vulnérabilité de la population étudiée représente un obstacle pour une bonne prise en charge. Toutes les femmes et les nouveau-nés de notre étude ont été mis sous traitement antirétroviral.

Ces insuffisances soulignent la nécessité d'une formation ou d'une mise à niveau des prestataires et l'instauration des campagnes de dépistage (stratégie avancée, porte à porte) plus rapprochées des populations.

Cette étude a permis de mettre en avant certains éléments à améliorer pour se rapprocher davantage des objectifs fixés par la communauté internationale.

Mots clés : VIH, grossesse, traitement antirétroviral, PTME

Material Safety Data Sheet

Name: TANGARA

First name: Mariam

Title of the thesis: Screening of HIV in the delivery room among unregistered pregnant women at the reference health center of Commune IV of Bamako District

Year of defense: 2019

Place of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology of Mali

Focus Area: Epidemiology, Infectiology

Summary:

We conducted a prospective descriptive study from July 1st, 2017 to July 1st, 2018 with a prospective collection of data.

We detected 302 parturients, a prevalence of 1.5%, of whom 267 women were able to start from our study of which 14 parturients were seropositive or 5.2% of cases.

The results showed that these women generally have knowledge about HIV in 95.5% of cases, despite their knowledge more than half do not know the mode of mother-to-child transmission. We also noted that 92.3% of HIV-positive mothers gave preference to breastfeeding in the majority of cases for fear of their relatives so as not to raise the suspicion of their serological status; while this has the potential effect of complicating the management of newborns.

The vulnerability of the population studied represents an obstacle to good care. All women and newborns in our study were put on antiretroviral therapy.

These shortcomings highlight the need for training or upgrading providers and the introduction of screening campaigns (advanced strategy, door-to-door) closer to the populations.

This study has highlighted some areas for improvement in order to be closer to the goals set by the international community.

Keywords: HIV, pregnancy, antiretroviral therapy, PMTCT

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.

Admise 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 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.