

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple - Un But - Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



**U.S.T.T-B**



Année universitaire 2020 - 2021

**THESE**

Thèse N° : ...../.....

**Dépistage tardif du VIH/SIDA dans la salle de  
naissance du Centre de Santé de Référence  
de la Commune V du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 22/12/ 2021 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie par

**M. HOUNNADE ZOUVENNISSE ROMEO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**(Diplôme d'Etat)**

**JURY**

Président : Pr Dao Sounkalo  
Membre : Dr Doumbia Saleck  
Co-Directeur : Dr Traore Soumana Oumar  
Directeur : Pr Théra Tioukani Augustin

A decorative scroll-shaped frame with a blue outline and rounded corners, containing the text. The frame has a small scroll-like detail at the top right and bottom left corners.

DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS

## **DEDICACE**

Je dédie ce travail :

Au tout puissant. A toi toute la gloire, maintenant et a jamais !!

A ma famille pour leur support et leur amour inconditionnels. Rien ne pourra jamais égaler ni votre bienveillance ni votre soutien. Pendant ces dix années, vous m'avez aussi bien soutenu que supporté dans mes pires états de stress et pour cela je voudrai m'excuser et vous remercier. J'espère que j'ai pu vous rendre fiers, et que je pourrai toujours être à la hauteur de vos espérances. Je vous aime.

### **A mon papa**

Sans toi rien de tout cela n'aurait été possible. Tu as été pour moi ma première école. Tu m'as fait aimer le livre et le savoir, et tu m'as appris à apprécier la simplicité et le silence. Aujourd'hui c'est ta réussite que j'ai envie de célébrer.

### **A ma maman**

Ma magnifique et douce maman. Celle qui m'explique tous les jours, sans parler, que la valeur de l'Homme ne réside ni dans son apparence, ni dans ses richesses. Ton encouragement et tes prières m'ont toujours soutenu et guidé. C'est à toi que je penserai en lisant mon serment.

### **A mes sœurs Sabine et Rose**

Vous m'avez été un grand soutien. Je n'oublierai jamais ces moments de complicité, de joie et de peine partagés ensemble, autant de choses qui nous lient et que nous avons vécus intensément. Que Dieu renforce nos liens !

### **A toi Dalla Doucoure**

Je te dédie ce travail comme modeste témoignage de mon profond amour et de ma considération illimitée pour toi, j'espère réaliser aujourd'hui l'un de tes rêves.

## REMERCIEMENTS

Au moment de terminer cette stimulante et laborieuse aventure doctorale, je voudrais remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont à l'inspiré et encouragé, soutenu et guidé et encadré durant ce parcours parsemé de défis et de moments réconfortants.

❖ A mon pays d'accueil, **le MALI**. Que Dieu bénisse **le MALI**.

❖ **A mes chers maitres et formateurs :**

Au Pr Mamadou Traoré ancien médecin chef du CS Réf CV, chevalier du mérite national :

Cher maitre, nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir-être. Nous en sommes très fiers.

Trouvez dans ce modeste travail, cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Que le Tout Puissant vous accorde longévité et santé. AMEN !

Dr TRAORE O M, Dr TRAORE S O, Dr TALL Saoudatou, Dr Albachar Hamidou, Dr KOUYATE Fah Issif, Dr SYLLA Niangalé, Dr DOUMBIA Saleck, Dr DIAKITE Nouhoum dit Legrand, Dr CAMARA Karounga, et Dr KONE Joseph : Merci chers maitres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

**A toute l'équipe du bloc opératoire.**

A tous les anciens internes du Cs réf CV.

Plus particulièrement aux : Dr Belco TAMBOURA, Dr Oumar KOKEINA, Dr BOUARE Sidy, Dr DIARRA Tidiane.

Merci pour la formation et la disponibilité, grâce à vous, nous avons puis prendre le relai dans le service. Vous avez été toujours là pour nous sur le plan pratique ainsi que théorique. Qu'ALLAH vous donne une longue vie.

A mes aînés : DR Sogoba Souleymane, Dr Camara Wally, Dr Malle Modibo, Dr Sagara Aboubacar, Dr Oulale, Dr BAGAYOKO Siaka, Dr GOITA Adama, Dr SISSOKO Adama, Dr Haidara Talibé. Merci pour l'encadrement et la formation dans les activités quotidiennes du service.

Je ne vous oublierai jamais. Vous avez été des bons aînés et à vos côtés je ne me suis jamais ennuyé. Je vous remercie infiniment.

Je remercie particulièrement Dr DJIBO Ichaka : cher aîné, les mots me manquent pour t'attribuer. Ce travail est le vôtre, vous avez participé entièrement à l'élaboration de ce travail. Merci pour vos conseils et vos contributions.

A tous mes cadets du centre

Merci infiniment, patience, courage et persévérance.

**A mes amis médecins et internes du Cs réf CV**

**A toutes les équipes d'internes :**

- En commençant par mon équipe
- Ousmane Cissoko et équipe,
- Issa Coulibaly et équipe,
- Drissa Drame et équipe
- Baba Mamadou TIMBO et équipe

Merci pour la collaboration, bon courage et bonne carrière médicale pour chacun.

- ❖ **A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la commune V**
- ❖ **A tout le personnel du cabinet médical Fakoly**
- ❖ **A tout le personnel du cabinet médical Univers sante**
- ❖ **A tout le personnel du centre médical Tehilat**



HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Soukalo DAO**

- **Professeur titulaire des maladies infectieuses et tropicales ;**
- **Responsable de l'enseignement de Maladies infectieuses à la FMOS ;**
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose (SEREFO) et au centre universitaire de recherche clinique (UCRC) ;**
- **Coordinateur du DES de maladies infectieuses et tropicales ;**
- **Coordinateur du DUI de VIH et coïnfection ;**
- **Président de la société malienne des pathologies infectieuses et tropicales (SOMAPIT) ;**
- **Membre de la société Africaine de pathologie infectieuse (SAPI) ;**
- **Membre de la société de pathologie infectieuse de la Langue Française (SPLF) ;**
- **Membre de la société ouest Africain des Médecins (WACP) ;**
- **Directeur de publication de la Revue Malienne d'infectiologie et de Microbiologie (REMIM) ;**
- **Chef de service des Maladies infectieuses au CHU du Point G ;**

**Cher maitre,**

vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre thèse, nous vous sommes très reconnaissants.

Veillez accepter, monsieur le président l'expression de notre profond respect et notre sincère estime.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur Saleck DOUMBIA**

- **Gynécologue – Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- **DIU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **DIU en Colposcopie obtenu Algérie.**

### **Cher Maître,**

C'est un grand honneur et un réel plaisir de vous compter parmi les membres du jury, malgré vos multiples et importantes occupations. Vos qualités humaines, votre disponibilité et votre rigueur dans la démarche scientifique nous ont beaucoup marqué. Nous vous prions de bien vouloir recevoir nos humbles remerciements.



## **A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR**

### **Docteur Soumana Oumar TRAORE**

- **Gynécologue – Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- **Maitre-assistant à la FMOS ;**
- **Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leaders d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

**Cher Maître,** Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un grand maître admiré de tous.

Nous vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur THERA Tioukani Augustin**

- **Gynécologue obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- **Ancien faisant fonction d interne des Hôpitaux de Lyon(France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme Européen d'endoscopie opératoire en Gynécologie Université d'Auvergne Clermont Ferrant (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme inter universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales : Angers (France) ;**
- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point G**

### **Cher Maitre,**

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre courage, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre compréhension, votre sens élevé pour le respect de la dignité humaine sont entre autres des qualités enviées de tous .Vous resterez pour nous un exemple à suivre .Les mots nous manquent pour vous remercier.

Chère maitre recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

## TABLES DES ILLUSTRATIONS

### Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Structure du VIH-1. In Brun V. [18] .....	25
<b>Figure 2</b> : Risque de transmission de la mère à l'enfant [29].....	28
<b>Figure 3</b> : Pathogénèse de la transmission materno-foetale [21] .....	30
<b>Figure 4</b> : Centre sanitaire de la commune V du district de Bamako .....	59
<b>Figure 5</b> : Répartition des parturientes dépistées positives au VIH selon l'âge. 71	
<b>Figure 6</b> : Répartition des patientes selon la nationalité .....	72
<b>Figure 7</b> : Répartition des parturientes en fonction du nombre d'enfants décédés .....	75
<b>Figure 8</b> : Répartition des patientes en fonction du nombre d'avortements .....	76
<b>Figure 9</b> : Répartition des parturientes en fonction de la réalisation de CPN....	76
<b>Figure 10</b> : Répartition en fonction de la qualification des auteurs de CPN.....	77
<b>Figure 11</b> : Répartition des parturientes selon qu'elles aient entendu parler ou non du VIH/SIDA .....	78
<b>Figure 12</b> : Répartition des patientes selon qu'elles aient une connaissance ou non sur la transmission mère-enfant du VIH. ....	78
<b>Figure 13</b> : Répartition des parturientes selon leur source d'information sur le VIH. ....	79
<b>Figure 14</b> : Répartition des parturientes selon le résultat du test. ....	81
<b>Figure 15</b> : Répartition des parturientes dépistées positives selon le type du VIH. ....	81
<b>Figure 16</b> : Répartition des parturientes selon le désir d'informer leur conjoint de leur statut sérologique au VIH.....	82
<b>Figure 17</b> : Répartition des parturientes dépistées positives selon leur réaction après l'annonce du résultat. ....	83
<b>Figure 18</b> : Répartition des parturientes positives au VIH en fonction du type de rupture des membranes.....	84
<b>Figure 19</b> : Répartition des parturientes VIH positif en fonction de la voie d'accouchement.....	85
<b>Figure 20</b> : Répartition selon le mode d'allaitement .....	88
<b>Figure 21</b> : Répartition des nouveau-nés de mères VIH positif selon le pronostic périnatal. ....	89

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Répartition des parturientes dépistées positives au VIH le niveau d'instruction.....	71
<b>Tableau II</b> : Répartition des patientes selon leur profession.....	72
<b>Tableau III</b> : Répartition des patientes selon le statut matrimonial .....	73
<b>Tableau IV</b> : Répartition des parturientes selon le régime matrimonial.....	73
<b>Tableau V</b> : Répartition selon la profession du conjoint .....	73
<b>Tableau VI</b> : Répartition selon l'antécédent médical .....	74
<b>Tableau VII</b> : Répartition selon l'antécédent chirurgical .....	74
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des parturientes en fonction de la gestité .....	74
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patientes en fonction de leur parité .....	75
<b>Tableau X</b> : Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants vivants .....	75
<b>Tableau XI</b> : Répartition en fonction du lieu de consultation prénatale.....	77
<b>Tableau XII</b> : Répartition selon le nombre de consultation prénatale.....	77
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des parturientes selon les raisons pour lesquelles elles n'ont pas fait le dépistage au cours de la grossesse .....	79
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des patientes selon le motif de refus de faire le dépistage au cours de la grossesse.....	80
<b>Tableau XV</b> : Counseling PTME proposé en salle d'accouchement.....	80
<b>Tableau XVI</b> : Répartition selon le motif de refus du test dans la salle de naissance.....	80
<b>Tableau XVII</b> : Répartition des parturientes selon le motif de refus d'informer leur partenaire.....	82
<b>Tableau XVIII</b> : répartition des parturientes selon le traitement ARV chez les parturientes .....	83
<b>Tableau XIX</b> : Répartition des parturientes VIH positif en fonction de la durée de la rupture des membranes. ....	84
<b>Tableau XX</b> : Répartition des parturientes positives au VIH selon la réalisation d'épisiotomie .....	85
<b>Tableau XXI</b> : Répartition des parturientes positives au VIH selon le sexe du nouveau-né. ....	86
<b>Tableau XXII</b> : Répartition des parturientes positives au VIH selon le poids du nouveau-né en grammes.....	86
<b>Tableau XXIII</b> : Répartition des parturientes testées VIH positif selon l'APGAR du nouveau-né .....	87
<b>Tableau XXIV</b> : Répartition des nouveau-nés en fonction de la réanimation. .	87

<b><u>Tableau XXV</u></b> : Répartition selon la référence du nouveau-né en néonatalogie pour motif supplémentaire .....	87
<b><u>Tableau XXVI</u></b> : Répartition selon le type d'ARV (antirétroviraux) donné au nouveau-né .....	88
<b><u>Tableau XXVII</u></b> : Relation entre âge et réalisation des CPN chez les parturientes non dépistées .....	89
<b><u>Tableau XXVIII</u></b> : Relation entre la notion d'instruction et la réalisation de la CPN chez les patientes non dépistées .....	90
<b><u>Tableau XXIX</u></b> : Relation entre la profession et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées pendant la grossesse.....	90
<b><u>Tableau XXX</u></b> : Relation entre le statut matrimonial et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées.....	91
<b><u>Tableau XXXI</u></b> : Relation entre le score d Apgar et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées.....	91
<b><u>Tableau XXXII</u></b> : Relation entre nouveau-né référé et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées.....	91
<b><u>Tableau XXXIII</u></b> : Relation entre la qualification de l'auteur des CPN et le refus de la parturiente de se faire dépister.....	92
<b><u>Tableau XXXIV</u></b> : Relation entre le score d Apgar des nouveau nés et la rupture des membranes des parturientes dépistées .....	92

<b>INTRODUCTION</b> .....	15
<b>OBJECTIFS</b> .....	18
<b>Objectif général</b> .....	18
<b>Objectifs spécifiques :</b> .....	18
<b>GENERALITES</b> .....	19
<b>I. GENERALITES</b> .....	20
1. <b>Historique de l'infection VIH dans le Monde et au Mali :</b> .....	20
3. <b>Concepts</b> .....	22
4. <b>Virologie et structure du VIH</b> .....	23
6. <b>Transmission [28]</b> .....	27
8. <b>Complications dues au VIH</b> .....	35
9. <b>Anomalies biologiques [27]</b> .....	37
10. <b>Moyens diagnostiques</b> .....	37
11. <b>Moyens de préventions de la transmission mère enfant du VIH</b> .....	38
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	59
1. <b>Cadre d'étude</b> .....	59
2. <b>Type d'étude</b> .....	63
3. <b>Période d'étude</b> .....	63
4. <b>Population d'étude</b> .....	63
5. <b>Technique de l'échantillonnage :</b> .....	64
6. <b>Supports de données et technique collecte</b> .....	64
7. <b>Analyse et traitement des données :</b> .....	64
11. <b>Déroulement pratique de l'étude</b> .....	68
<b>III .RESULTATS</b> .....	70
<b>IV .COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	94
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	101
<b>Conclusion</b> .....	101
<b>Recommandations</b> .....	102
<b>REFERENCES</b> .....	105
<b>ANNEXES</b> .....	111
<b>Fiche signalétique</b> .....	117
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	119



# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) est un état de déficit immunitaire viro-induit [1]. Selon l'ONU SIDA en 2020 le nombre total de personnes infectées par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) à travers le monde était de 38 millions dont 1,8 million d'enfants avec 1,7 million de personnes nouvellement infectées [2].

Chaque semaine, environ 5500 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH. Les femmes et les filles représentaient environ 50% de toutes les infections à VIH en 2020 [3].

Bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale c'est là que naissent 90% des « bébés » infectés par le VIH, sous l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection, d'un fort taux de natalité, d'une absence de dépistage et de prise en charge adéquate des mères [4]. La transmission de la mère à l'enfant constitue l'un des principaux modes de contamination [5]. Celle-ci peut se réaliser in utero, per partum, post partum et à l'allaitement maternelle. [6]. La transmission mère - enfant du VIH /SIDA est de l'ordre de 30 – 50 % [7]. Par conséquent, les moyens de prévention de la transmission verticale du VIH doivent forcément à ces trois étapes. Depuis plusieurs années, il existe plusieurs méthodes de prévention de la transmission mère enfant du VIH. Leur évolution est liée non seulement à une meilleure connaissance des facteurs de risque de la transmission verticale du VIH, mais aussi à la mise en place de nombreux essais et protocoles cliniques portant essentiellement sur l'utilisation d'antirétroviraux.

Au Mali Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,1% dans la population générale [8]. De façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est de 25 à 40 ans.



Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,4% (EDSM-V : 2012 - 2013). Le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME (prévention de la transmission mère enfant) est de 0,52% (Rapport 2017 - DNS/CSLS/MSHP).

Au Mali, le dépistage du VIH fait partie intégrante de la consultation prénatale. Ainsi toutes les gestantes reçues en CPN (consultation prénatale) doivent bénéficier d'un counseling sur le VIH/SIDA ; mais le dépistage lui se fait après consentement éclairé. Cette politique a été adoptée par le gouvernement du Mali pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA à travers la PTME.

Malgré cette politique de rapprochement des services aux usagers, nous avons constaté que certaines parturientes admises en salle d'accouchement ont échappé à ce counseling/dépistage d'où l'initiation et l'intérêt de cette étude.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



## **OBJECTIFS**

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier le dépistage du VIH/SIDA dans la salle de naissance du Centre de Santé de référence de la commune V.

### **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes dépistées en salle de travail.
- Décrire le profil sociodémographique des parturientes admises dans la salle de travail sans document attestant leur sérologie VIH.
- Identifier les insuffisances dans la problématique de la PTME,
- Rapporter le schéma de prise en charge de la parturiente dépistée VIH positif en salle de travail,
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal.



## **GENERALITES**

## I. GENERALITES

### 1. Historique de l'infection VIH dans le Monde et au Mali :

Cela fait plusieurs décennies aujourd'hui que le virus du SIDA existe dans le monde. Les premiers sérums VIH positif reconnus ont été découverts à posteriori aux Etats-Unis en 1977.

- En 1981 des cas de pneumonie à pneumocystis carinii ont été découverts chez les homosexuels américains, de même que des cas de sarcome de kaposi.
- En 1982 la première définition du SIDA est acceptée.
- L'identification du VIH type 1 a été faite en 1983 et deux ans plus tard une technique de mise en évidence des anticorps pour le diagnostic est mise au point.
- C'est en 1983 que Françoise BARRE SINOUSI et l'équipe du Professeur Luc MONTAGNIER isolent le premier virus responsable du SIDA, le VIH-1.
- Les premiers cas du SIDA ont été décelés en Afrique Centrale, au Zaïre en 1984.
- Le type 2 du VIH a été isolé en 1986.
- En 1993 la classification de la CDC est adoptée.
- En 1995 c'est l'introduction des bithérapies anti rétrovirales et la possibilité de mesurer la charge virale.
- Depuis 1996 c'est la trithérapie antirétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal.
- **Au Mali :**
  - A la date du 26 juin 1997, la prévalence du SIDA pour les en âge de procréer est estimée à 3%, le nombre de séropositif à 40000 personnes et le nombre de sidéens à 4000 [9].

- L'analyse de la situation effectuée dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2001-2005 a permis d'estimer à au moins 130000 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Mali ; la même analyse a permis également d'estimer à environ 33000 le nombre d'orphelins du SIDA ;
- Le 31 mars 1999, le Mali a notifié 5069 cas de SIDA dont 53% sont des hommes et 47% des femmes [9].
- En juin 2000 le département de la santé en collaboration avec l'ONUSIDA a organisé un atelier à Bamako sur la problématique de la prise en charge des PVVIH au Mali [10].
- En 2001 le Mali s'est engagé résolument dans la lutte contre le SIDA à travers une initiative d'accès aux ARV dénommée Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux (IMAARV) [9].
- Selon l'enquête démographique et santé IV Mali la prévalence globale du VIH est estimée à 1,2% [11].

## **2. Epidémiologie**

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est aujourd'hui présent dans tous les pays du monde à des degrés divers. La pandémie touche particulièrement l'Afrique sub-saharienne qui concentre 70-80% des cas. Elle a causé la mort à 3,1 millions d'individus en 2014 selon les estimations de l'ONU SIDA/OMS [11].

En 2013, le nombre de personnes infectées est de 35 millions dont 24,7 millions en Afrique sub-saharienne. La majorité des cas concerne les sujets jeunes de 15 à 49 ans, qui est la tranche d'âge active de la population. Cet état de fait a ainsi de lourdes conséquences socioéconomiques. L'infection à VIH représente la première cause de morbidité en Afrique (environ 20%), devant le paludisme [13]. Elle a été responsable de 1,5 millions de décès en 2013 dont 1,1 millions en Afrique subsaharienne [12].

En Afrique australe la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2014 avoisine 25,2% à Gaborone (Botswana) ; 27,7% à Manzini (Swaziland) ; 10,0% à Blantyre (Malawi) ; 1,4% à Lusaka (Zambie). Cette prévalence était en 2014 supérieure à 3,5% en Côte d'Ivoire, 3,2% au Nigeria soit 380 mille chez les enfants de 0 à 14 ans, elle était de 3,8% au Mali en 2004 et de 1,4% en 2014 soit 18 mille chez les enfants de 0 à 14 ans ; 0,5% au Sénégal soit 3,700 chez les enfants de 0 à 14 ans [14].

Les femmes semblent être les plus touchées par cette pandémie avec une prévalence de 2% contre 1,3% [15]. La surveillance épidémiologique du Mali repose en plus de la Notification des cas de SIDA sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, l'enquête sur la prévalence des IST/VIH et les comportements sexuels et l'enquête démographique et de santé (EDS). Cette surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes Enceintes en 2014 donne un taux global de 1,4% contre 3,4% en 2006 [16]. Au Mali, le premier cas de SIDA a été décrit en 1985 à l'HGT. Et depuis l'infection augmente surtout dans les populations à risque, quoique toutes les couches soient concernées.

### 3. Concepts

**PTME** : La PTME vise à prévenir la transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant. C'est l'ensemble des interventions qui concourent à la réduction du risque de transmission du VIH de la mère à son bébé. On parle de transmission de la mère à l'enfant, lorsqu'une mère séropositive transmet le VIH à son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. En l'absence d'interventions, les taux de transmission vont de 15 à 45%. Toutefois des interventions efficaces comme la prévention de la transmission mère-enfant du VIH permettent de ramener ces taux à des niveaux inférieurs à 5% [16].

**ETME** : Début 2010, les organismes internationaux ont promu l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) avant 2015, en proposant une nouvelle stratégie préventive basée sur l'utilisation extensive des antirétroviraux. Ce nouvel objectif mettait en cohérence ceux fixés par

l'Assemblée des Nations unies pour le VIH de 2011 et les objectifs du millénaire pour le développement définis en 2000. L'objectif global est particulièrement ambitieux avec en moins de cinq ans une réduction de 90% du nombre des nouvelles infections chez les enfants, et une diminution de 50% des décès maternels liés au sida [24].

#### **4. Virologie et structure du VIH**

##### **4.1. Rappels sur les rétrovirus [20]**

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus caractérisée par la présence d'une activité transcriptase inverse. Ceux-ci se définissent par leur structure de 10 nm de diamètre possédant un génome fait de deux molécules d'ARN, simple brin se répliquant par bourgeonnement dans les cellules d'où elles sortent enveloppées. Les rétrovirus sont beaucoup plus caractérisés par leur mode de répllication : grâce à la transcriptase inverse, une enzyme qu'ils contiennent, leur génome à ARN est retranscrit en ADN simple brin puis double brin qui s'intègre à la cellule hôte. Les rétrovirus sont subdivisés en 3 sous familles selon leur pathogénicité :

- Les lentivirus [VISNA (mouton), FIV (félidés), SIV (singes)] ont une évolution lente, ne sont pas transformant mais sont cyto-pathogènes. Seuls VIH-1 et VIH-2 sont pathogènes chez l'homme.
- Les Oncovirus sont capables de transformer certaines cellules normales en cellules cancéreuses. Chez l'homme il a été identifié en 1980 les humains T leukemia lymphoma virus (HTLV 1 et HTLV 2)
- Les spumavirus ne sont observés que chez les animaux et n'ont pas de pathogénicité reconnue.

##### **4.2. Structure du VIH**

En microscopie électronique, les virus de l'immunodéficience humaine présentent les caractéristiques des lentivirus avec une coré centrale excentrée, tronculaire et une enveloppe avec des spicules.



### **a) Le coré central**

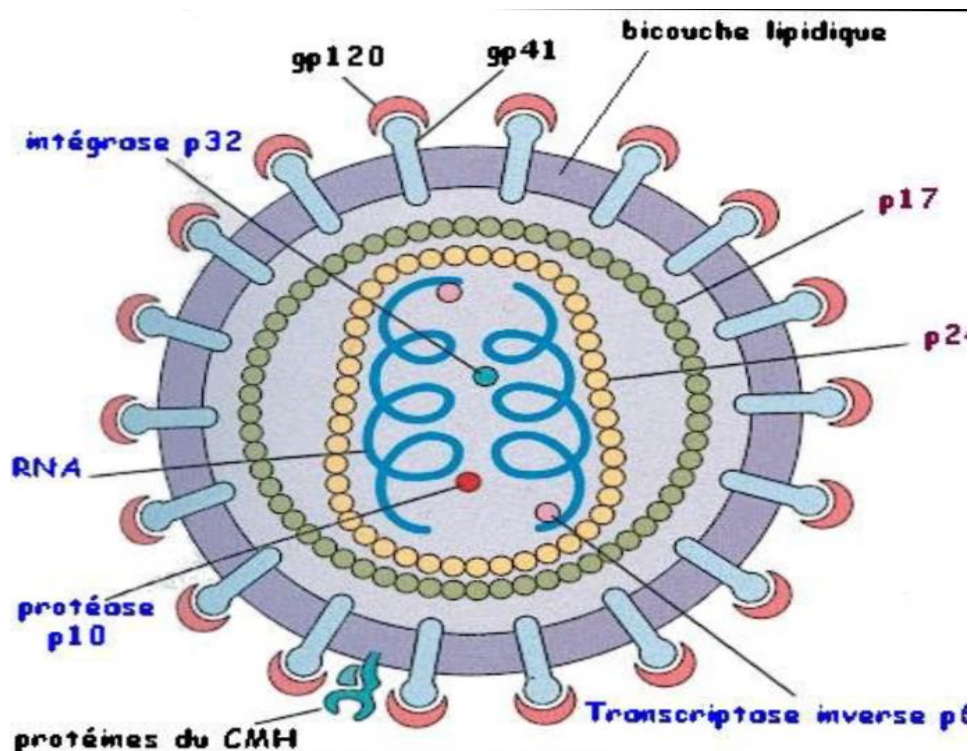
Il est formé de deux molécules d'ARN et de 3 protéines : La protéine la plus interne associée à l'ARN a un poids moléculaire de 15 000 Dalton (P 15) et est souvent dissociée en 2 sous unités (P7 et P9) par ailleurs la coré virale contient des molécules de transcriptase inverse (RT) et d'intégrase. La protéine la plus externe de poids moléculaire de 1 800(P18) est encore appelée protéine de membrane ou de malux et à la quelle est associée une troisième enzyme virale la protéase.

### **b) L'enveloppe virale**

Elle est formée d'une double couche lipidique d'origine cellulaire et de 2 glycoprotéines (gP) virales. La glycoprotéine transmembranaire d'un poids moléculaire de 41 000 Dalton (gP 41) traverse la double couche lipidique. Elle est attachée, par des liaisons faibles, non covalentes à la glycoprotéine d'enveloppe externe faisant saillie à la surface du virus sous forme de spicules. Cette glycoprotéine d'enveloppe externe a un poids moléculaire de 120 000 Dalton (gP 20).

### **c) Organisation du génome Viral [12]**

Le génome des rétrovirus est constitué d'au moins 3 gènes gag, Pol et env codant respectivement pour les protéines internes de la nucléocapside, pour les enzymes (RT, intégrase, protéase) , et pour les protéines de surface. En plus de ces 3 gènes classiques, le VIH possède d'autres gènes situés entre les gènes Pol et env. A la suite du gène env. se trouvent au moins 6 gènes nommés tat, rev, vif, upu et nef, qui sont pour la plupart impliqués dans des phénomènes de régulation de l'expulsion des protéines virales, donc de la multiplication du virus. Le gène vpu du VIH-1 est remplacé par vpx chez le VIH-2.



**Figure 1** : Structure du VIH-1. In Brun V. [18]

## 5. Pathogénie

### 5.1. Cycle de réplication du VIH [18]

Le cycle de réplication comprend deux étapes : La première étape s'effectue par les enzymes virales. Elle se termine par l'intégration du virus dans le génome cellulaire. La deuxième étape comprend la synthèse de nouveau virion.

#### a) L'entrée du virus dans la cellule

Le virus s'attache à son récepteur spécifique, la molécule CD4, par l'intermédiaire de la glycoprotéine gp120. Puis cette glycoprotéine subit un changement conformationnel permettant la reconnaissance d'une région particulière de cette protéine, le domaine V3, par les récepteurs à la surface de la cellule. Parmi ces corécepteurs, on peut citer la molécule CXCR4 (ou fusine) et la molécule CCR5 [11].

D'autres mécanismes d'entrée du virus dans la cellule hôte ont été décrits. Par exemple, la pénétration par l'intermédiaire du récepteur Fc des immunoglobulines ou du récepteur pour le complément sous la forme d'un

complexe virus anticorps, ou encore par l'intermédiaire de Glycolipides, notamment le galacto-céramide [19].

**b) Rétro transcriptions et intégration [18] :**

L'ARN viral, encore associé à des protéines de capsid est rétro-transcrit en ADN complémentaire par la transcriptase inverse. Puis cet ADN mono caténaire est copié par la RT (transcriptase inverse) en ADN bi caténaire celui-ci entre dans le noyau de la cellule et s'intègre à l'ADN chromosomique grâce à l'intégrase viral.

**c) Transcription et synthèse des protéines virales [18] :**

Après l'intégration de l'ADN pro viral en l'ADN cellulaire, la transcription du génome viral en ARN messenger s'effectue par l'ARN polymérase II de l'hôte. Ces ARN vont coder pour des gènes régulateurs et les protéines virales, suivent l'encapsulation et la dimérisation de l'ARN viral. Ceci conduit à la maturation des protéines virales qui bourgeonnent à la surface de la cellule puis sont libérées dans le milieu extra cellulaire [19].

## **5.2. Population cible**

Le VIH a un tropisme pour les cellules qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs. Il s'agit des lymphocytes T CD4 + Helper, mais aussi des monocytes et macrophages, les cellules dendritiques du sang et les homologues, les cellules de Langerhans, les cellules microgliales du système nerveux central [11]. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer ; c'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

## **5.3. Propriétés cytopathogènes**

L'effet est surtout marqué sur les CD4+. Plusieurs mécanismes sont décrits : Fusion des cellules en agrégats géants avec de multiples noyaux et ballonnement

de la membrane cellulaire. Ce phénomène est médié par la gp 41 qui joue un rôle majeur dans la destruction des lymphocytes CD4 +. Autres mécanismes : C'est la toxicité directe du virus et ses protéines sur la cellule. Il y a apoptose par fragmentation de l'ADN chromosomique cellulaire déclenché par des cytokines, par la liaison de la glycoprotéine gp 120 à la molécule CD4 et voire par des super antigènes (mycoplasme). Destruction des cellules infectées par les cellules CD8 cytotoxiques.

## **6. Transmission [28]**

Depuis le début de cette pandémie, trois principaux modes de transmission ont été observés : la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission verticale.

### **6.1 La Transmission sexuelle**

La majorité de la transmission par le VIH soit 75 à 85% s'effectue par Les rapports sexuels non protégés [12]. C'est le mode de contamination le plus fréquent en Afrique. Les facteurs augmentant le risque de transmission sexuelle sont les stades de primo-infection et le SIDA qui sont les stades où la virémie est élevée. D'autres facteurs de risque peuvent être cités : un taux de CD4, une anti-génémie P24 positive, une charge virale élevée non contrôlée ou multi-résistance aux antirétroviraux. Le risque est aussi augmenté en cas d'infections génitales, de rapports sexuels pendant les règles, de violences sexuelles.

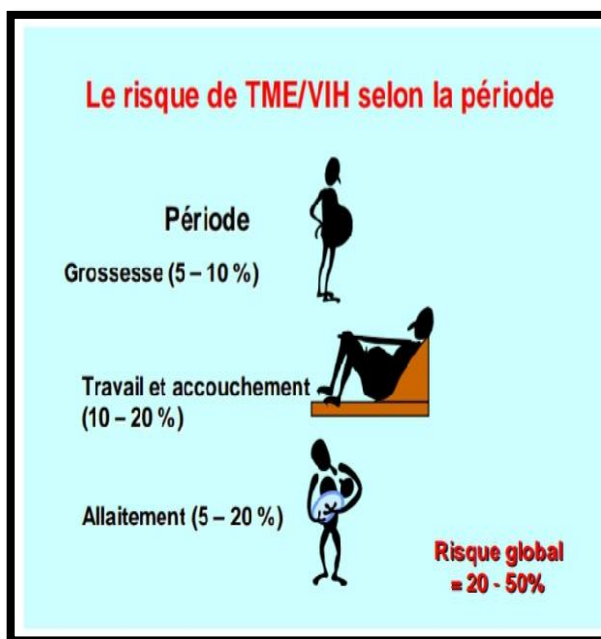
#### **6.1. La Transmission sanguine**

Elle est observée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, lors de transfusion sanguine, de transfusion d'extrait de sang à risque. Les contaminations professionnelles au cours de piqûres ou de blessures accidentelles avec du matériel contaminé ou projection de sang sur les muqueuses. Le risque est diminué par le dépistage systématique chez les donneurs de sang

#### **6.2. La Transmission verticale : (la mère à l'enfant).**

Dans les pays en développement le risque de transmission du virus d'une mère infectée à son enfant varie entre 25% et 45% [3]. Cette transmission est beaucoup plus marquée :

- en fin de grossesse,
- pendant le travail ou à l'accouchement,
- et au cours de l'allaitement maternel



**Figure 2** : Risque de transmission de la mère à l'enfant [29]

### - Les facteurs de risque de la TME

#### + Le type de virus :

Le type de virus est un facteur majeur. En effet le VIH1 est plus facilement transmis d'une mère à son enfant que ne le soit le VIH-2.

Le sous type C a été lié au risque accru de transmission mère enfant. Le VIH-2 étant transmis à l'enfant seulement entre 0 et 3% des cas.

#### + Les facteurs maternels :

- Une charge virale élevée.

- Le taux de lymphocytes CD4 < 200 ml,
- Le stade clinique avancé de l'infection,
- Une antigénémie P24 positive,
- Carences nutritionnelles (anémie, avitaminose A)
- Autres infections : IST, le paludisme, l'infection à virus d'Epstein Barr (responsable de la mononucléose infectieuse) et les chorioamniotites bactériennes ;
- L'usage de drogues, tabac, alcool et les rapports sexuels non protégés. Ces derniers pourraient affecter la TME par une concentration accrue du VIH, par une diversité des souches virales ou par l'effet d'inflammation ou d'abrasions cervicales ou vaginales [30,31,32].

#### **Les Facteurs obstétricaux :**

- Gestes invasifs au cours de la grossesse (cerclage du col, amniocentèse, amnioscopie)
- Type d'accouchement (Prématuré= +++, à terme= ++, césarienne= +)
- Contacts provoqués entre le sang de la mère et celui de l'enfant (ciseaux, épisiotomie...)
- La chorioamniotite bactérienne et les infections cervico-vaginales
- Infection des annexes.
- Durée du travail (>10h)
- La rupture prolongée des membranes
- Le décollement placentaire
- Liquide amniotique méconial ou sanglant
- Le badigeonnage à la Chlorhexidine du vagin au cours du travail ne semble pas avoir un effet bénéfique sauf en cas de rupture prématurée des membranes [33].

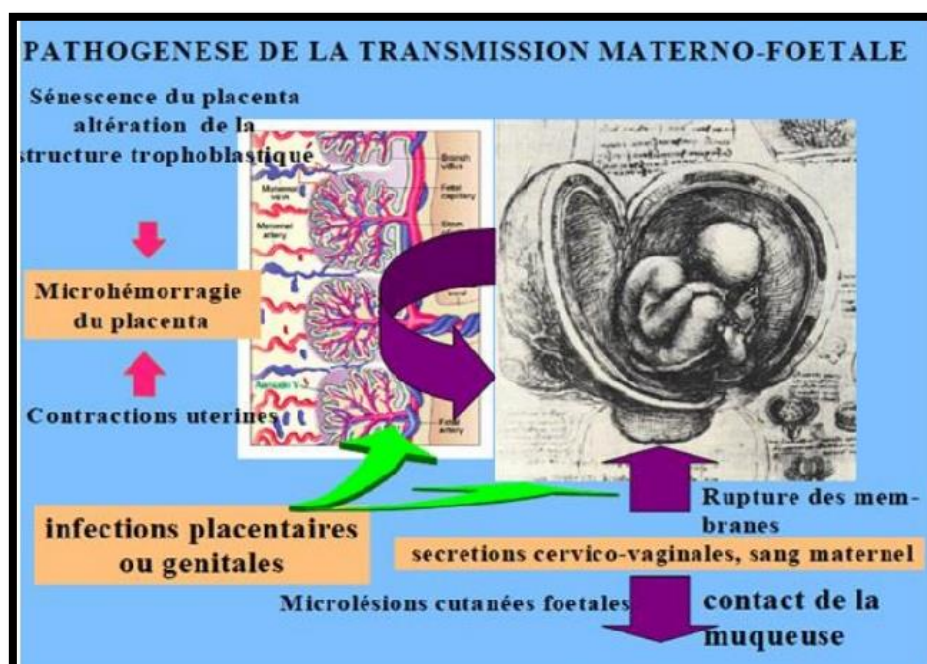
#### **Les pratiques d'allaitement :**

Concernant les pratiques de l'allaitement maternel, le risque de TME chez les enfants exclusivement nourris au sein semble significativement moindre par rapport aux enfants sous allaitement mixte. Cette différence est biologiquement plausible puisque l'allaitement exclusif apporte une protection maximale des muqueuses de l'enfant par les anticorps maternels contenus dans le lait, protection réduite par l'introduction d'aliments autres que le lait maternel [34]. Quant au risque de transmission chez les enfants sous allaitement artificiel, il est quasiment nul.

### ✚ Les altérations des barrières des protections cutanées

Les altérations des barrières des protections cutanées ou muqueuses pouvant augmenté le risque de TME au cours de l'allaitement maternel sont :

- Chez l'enfant, le muguet buccal et/ou des ulcérations buccales et l'achlorhydrie ;
- Chez la mère, les fissures, les crevasses, les mastites et les abcès mammaires [21].



**Figure 3** : Pathogénèse de la transmission materno-fœtale [21]

- ✚ Le VIH peut infecter le placenta à tout moment ; mais le risque de TME est plus faible dans les premiers mois de la grossesse. En effet, le mécanisme le plus probable de la TME au cours de la grossesse est un transfert de cellules infectées lors des échanges sanguins entre la mère et le fœtus, plus importants en fin de grossesse. Le décollement placentaire accroît le risque de TME.
- ✚ Le risque de TME devient très élevé pendant le travail (durée >10h) et l'accouchement. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a un contact direct du fœtus avec le sang maternel et les sécrétions génitales. Par ailleurs, au cours du travail, les contractions utérines peuvent entraîner des micros transfusions de sang maternel vers le sang fœtal.
- ✚ Le VIH existe dans le lait des mères infectées sous forme de particules virales libres ou associé aux macrophages et lymphocytes CD4. Le risque de TME est plus élevé au cours des premiers mois d'allaitement [38]. Ceci s'expliquerait d'une part par la forte concentration de cellules dans le colostrum et dans le lait de transition et, d'autre part, par l'immaturation du tube digestif du nouveau-né. Cependant, le risque de TME reste présent jusqu'à la fin de l'allaitement maternel. Le risque global après 18-24 mois de l'allaitement maternel est de 30 à 45% [39]. Parmi les facteurs liés à l'accouchement, la césarienne diminue le risque de TME. Par contre, le risque de TME augmente en cas d'accouchement prématuré ou de rupture prolongée des membranes (> 4h) [20]. D'autres actes obstétricaux pouvant augmenter le risque de TME et qui doivent être limités aux cas indiqués sont l'épisiotomie et l'induction de l'accouchement.

D'autres actes, tels que les manœuvres par version externe ou interne et l'utilisation du forceps ou de la ventouse sont à proscrire.

## 7. Clinique

L'évolution clinique de l'infection à VIH s'effectue en plusieurs phases :



### **7.1. Primo infection VIH [25]**

De 3 à 6 semaines après la contamination par le VIH, les anticorps deviennent détectables dans le sérum des malades infectés. Cette phase peut être accompagnée de manifestations cliniques.

Les premiers symptômes surviennent le plus souvent 10 à 15 jours après la contamination chez environ 20% des sujets. Il s'agit d'un syndrome d'allure grippale associant fièvre, sueurs, frissons, malaise général. On peut avoir une angine rouge, une éruption cutanée morbilliforme ou urticarienne, des troubles digestifs. Quelques fois on retrouve des manifestations neurologiques isolées telles la méningite lymphocytaire, l'encéphalite et la poly neuropathie [26].

A l'examen physique on peut retrouver des adénopathies et parfois une splénomégalie. Biologiquement on peut retrouver un syndrome mononucléosique. Tous ces signes s'amendent en une dizaine de jours et le patient entre dans une phase asymptomatique dont la durée est plus ou moins longue.

### **7.2. Phase asymptomatique**

Il s'agit d'une phase cliniquement latente mais biologiquement active. La réplication virale est constante avec une destruction progressive du système immunitaire. Ceci va déterminer l'apparition des manifestations cliniques de la phase symptomatique. Selon les études, l'évolutivité de la maladie semble faire intervenir divers facteurs dont les facteurs viraux, les facteurs environnementaux, génétiques et immunologiques.

- ✦ Les facteurs génétiques : la présence de l'antigène HLA-DR5.
- ✦ Coïnfection : avec Herpès virus, la réexposition au VIH, CMV.
- ✦ La malnutrition : elle semble être un facteur favorisant l'évolution de la maladie particulièrement en Afrique [27].

Pendant cette phase, la régression du taux de lymphocyte T CD4 + se fait progressivement en quelques années de 500 à 350/mm<sup>3</sup>. Puis elle suit une phase

dite de progression ou la chute de CD4 s'accélère pour passer en quelques mois en dessous de 200/mm<sup>3</sup>. Ceci est un facteur pronostic d'évolution vers le SIDA où la charge virale est maximale [28].

### **7.3. Phase symptomatique [27]**

Au cours de cette phase surviennent des infections dites opportunistes dont les plus fréquentes sont les suivantes :

#### **a) Pneumocystose : infection à *Pneumocystis carinii***

C'est l'une des infections opportunistes les plus fréquentes. La principale manifestation est la pneumopathie avec une toux tenace, une dyspnée progressive, une fièvre à 38° - 40° C, plus rarement une douleur thoracique. Le mode d'installation est souvent progressif ou parfois plus aigu. L'auscultation pulmonaire est souvent normale.

L'aspect radiologique le plus évocateur est celui d'une pneumopathie interstitielle diffuse bilatérale. Le diagnostic est fait par la mise en évidence du parasite à l'examen direct dans le produit de lavage broncho alvéolaire.

L'évolution sans traitement aboutit à l'insuffisance respiratoire aiguë pouvant conduire au décès.

#### **b) Toxoplasmose : infection à *Toxoplasma gondii***

- La principale localisation est le système nerveux central. L'encéphalite toxoplasmique se manifeste par une fièvre, un trouble de la conscience de degré variable, des céphalées, des signes neurologiques focaux.
- Le diagnostic est posé à la TDM ou à l'IRM cérébrale devant des images caractéristiques. Au scanner cérébral, on retrouve une prise de contraste annulaire ou modulaire au sein d'une hypodensité, multiple dans deux tiers des cas. Une sérologie toxoplasmique positive (en IgM) et la non prise de prophylaxie secondaire par le Cotrimoxazole sont des éléments en faveur.

- Les autres localisations sont rares : encéphalite diffuse, chorioretinite, pneumopathie.

#### **c) Candidoses**

- Elles sont observées chez 80 à 90% des patients infectés par le VIH. La principale localisation est oropharyngée. Elle est décrite par une langue noirâtre, surtout des dépôts blanchâtres au niveau de la face interne des joues, entraînant une sensation désagréable dans la cavité buccale.
- L'atteinte EM orofaryngée est posée par la fibroscopie qui permet de faire des biopsies permettant la mise en évidence des levures par la culture sur milieu de Sabouraud.
- Les autres localisations (oculaire, osseuse, septicémie) sont exceptionnelles.

#### **d) Infections à mycobactéries**

##### **Infection à Mycobacterium Tuberculosis**

Elle survient parfois chez des patients ayant plus de 200 CD4/mm<sup>3</sup>. Les populations vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables sont particulièrement exposées.

Les manifestations cliniques diffèrent peu de celles de la tuberculose chez des immunocompétents. A un stade avancé de l'immunodépression, elle peut prendre une forme atypique. L'aspect cavitair radiologique d'atteinte pulmonaire est plus rare.

L'anergie tuberculique est fréquente du fait de l'immunodépression. Les atteintes extra pulmonaires sont fréquentes, isolées ou associées à l'atteinte pulmonaire : ganglionnaire thoracique, abdominale ou superficielle, hépatique, splénique, méningée.

Elle est la première cause de fièvre au long cours inexplicée. Le diagnostic est posé par la mise en évidence du bacille de Koch à l'examen direct du tubage gastrique ou autres prélèvements.

## **Infection aux mycobactéries atypiques**

Elles apparaissent en général lorsque le taux de CD4 est inférieur ou égal à 50/mm<sup>3</sup>.

L'infection peut être localisée au niveau pulmonaire, des ganglions superficiels, digestif (entérite ou cholangite).

Le tableau le plus caractéristique est la forme disséminée : fièvre prolongée, sueurs, altération marquée de l'état général, hépato splénomégalie Les infections bactériennes récidivantes sont de localisations principalement pulmonaires, sinusiennes, prostatiques.

- Les infections virales à virus herpès simple, virus zona varicelle sont récidivantes, fréquentes et extensives.
- L'Epstein Barr virus est incriminé dans la leucoplasie chevelue de la langue. Il semble jouer aussi un rôle dans les lymphomes cérébraux.
- Les neurosyphilis, les salmonelloses récidivantes, infection à papillomavirus, la leucoencéphalite multifocale progressive, et les dysplasies du col utérin.

## **8. Complications dues au VIH**

L'encéphalite à VIH : survient dans 15 à 20% des cas, se traduisant par des troubles des fonctions supérieures de la mémoire et l'installation progressive d'un syndrome démentiel, et à un stade évolué des déficits neurologiques.

- Le VIH peut aussi être responsable de myélite et de neuropathie périphérique, de glomérulonéphrite avec hyalinose segmentaire et focale entraînant une protéinurie voire un syndrome néphrotique pouvant évoluer vers l'insuffisance rénale.
- Atteintes hématologiques dont la plus connue est la thrombopénie.
- La pneumopathie interstitielle lymphoïde est une pneumopathie d'évolution chronique due à une infiltration du parenchyme par les lymphocytes CD8 favorisant la surinfection bactérienne récidivante. Cette

infiltration peut s'observer au niveau des nerfs périphériques, des organes hématopoïétiques, des reins, etc....

- Le syndrome cachectique lié au VIH : il s'agit d'une altération de l'état général avec un amaigrissement majeur dû à l'augmentation des dépenses énergétiques induites par le virus et la diminution des apports caloriques.

### **Principales néoplasies secondaires**

#### **▪ Maladie de Kaposi**

C'est l'affection néoplasique la plus fréquente chez les personnes vivantes avec le VIH, 20 à 40% des cas.

Il s'agit d'un néoplasie endothélial d'origine lymphatique ou vasculaire avec une prolifération des structures vasculaires. Le virus HHV8, du groupe herpès, serait incriminé dans sa pathogénie.

Les localisations peuvent être cutanéomuqueuses (la plus fréquente) sous forme de nodules indolores de couleur violacée de taille variable. Tous les viscères peuvent être atteints : poumons, ORL, appareil digestif.

#### **▪ Lymphomes**

La majorité est de type B immunoblastique (25-30%), à petites cellules non clivées type Burkitt (36-40%) ou à grandes cellules centroblastiques (10-30%).

Hodgkin : sa fréquence est la même que dans la population générale, mais le stade IV survient plus fréquemment d'emblée.

#### **▪ Dysplasie du col utérin et carcinome in situ**

Il existe chez les patientes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une augmentation du risque d'infection à papilloma virus humain (HPV) [28]. Le type HPV est le même chez les patientes infectées ou non par le VIH, Mais il existe un taux plus important de persistance de ces infections chez les patientes VIH positives surtout dans le cas d'un sous type viral oncogène. La persistance du virus est associée au développement des lésions dysplasiques et il existe donc une incidence supérieure des CIN et des cancers du col chez des

patientes VIH positives. Depuis 1993 le carcinome cervical infiltrant fait partie des critères d'entrée dans la maladie SIDA [27]. Le taux de récurrence après un traitement conservateur est plus élevé, c'est pourquoi certains auteurs suggèrent un traitement médical associé à un traitement chirurgical. Les formes invasives du cancer du col ont un pronostic plus sombre que chez les femmes VIH positives, du fait de l'agressivité particulière, des carcinomes du col utérin chez les femmes séropositives. Le traitement standard comporte fonction du stade, l'âge, le désir ultérieur de grossesse, une chirurgie, ou une cryothérapie associée ou non à un taux de CD4 et de la gravité du SIDA. Le traitement ARV pourrait être renforcé, de même que la prophylaxie infectieuse.

La surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

### **9. Anomalies biologiques [27]**

On retrouve des anomalies hématologiques isolées ou diversement associées :

- L'anémie chez 70% des patients, de type inflammatoire ou par myélodysplasie
- La thrombopénie dans 10 à 15% des cas par atteinte central ou périphérique
- La leucopénie avec neutropénie dans 50% des cas et une lymphopénie qui est presque constante

On peut aussi trouver des troubles de l'hémostase dus à la présence d'anticorps anti phospholipide avec un temps de céphaline kaolin allongé

- Les anomalies de la fonction rénale sont l'hyponatrémie, l'insuffisance rénale par glomérulosclérose ou par toxicité des médicaments et l'insuffisance rénale aiguë par choc hypovolémique ou toxinique.

### **10. Moyens diagnostiques**

#### **10.1. Diagnostic Virologique**

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte est dans la grande majorité des cas basé sur la détection des anticorps.

## Dépistage des Anticorps

Il doit se faire par deux tests différents :

- ✓ Soit deux tests Elisa (Enzyme linked immunosorbent assay) mixtes détectant à la fois les anticorps anti VIH-1 et anticorps anti VIH-2.
- ✓ Soit un test Elisa mixte associé à un test Elisa VIH-1 mono spécifique ;
- ✓ Soit un test Elisa mixte associé à un test rapide.

## Confirmation

Lorsque le test de dépistage est positif, un test de confirmation s'impose. Les tests de confirmation sont le Western blot (WB) et l'immunoblot. Chez l'enfant né de mère séropositive, un diagnostic précoce et précis s'impose pour une prise en charge rapide. Les anticorps maternels pouvant persister jusqu'à l'âge de 15 mois chez l'enfant, le diagnostic sérologique ne peut se faire.

D'autres techniques sont utilisées : l'isolement du virus à partir des lymphocytes de l'enfant, ou la mise en évidence de l'ADN viral dans les lymphocytes périphériques par méthode d'amplification génique (PCR).

### a. Suivi sérologique

Pour le suivi sérologique des patients infectés, il est possible de mesurer l'ARN VIH1. Ce qui est encore appelé la charge virale. Cet examen est nécessaire avant l'instauration du traitement anti rétroviral ainsi que pour suivre son efficacité, mais non indispensable. La mesure de la charge virale et la mesure du taux de lymphocytes CD4+ dans le sang périphérique sont les meilleurs marqueurs prédictifs de l'évolution de l'infection.

## 11.Moyens de préventions de la transmission mère enfant du VIH

### 11.1. Prophylaxie anti rétrovirale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Cette prophylaxie a pour objectif de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et en

postpartum. Le protocole thérapeutique chez la femme séropositive doit prendre en compte plusieurs facteurs :

- ✓ L'état clinique et immunologique de la mère
- ✓ Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement
- ✓ Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (disponibilité des ARV, disponibilité des prescripteurs, accessibilité de la structure de référence)
- ✓ L'option d'alimentation.

### **Trois groupes d'ARV sont utilisés**

- Les inhibiteurs nucléotidique/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) sont les premiers ARV dont l'efficacité a été démontrée ; deux associations fixes d'INTI sont recommandées préférentiellement en raison de leur efficacité, leur tolérance et leur simplicité d'emploi (un comprimé par jour) : Ténofovir disoproxil fumarate (TDF)/Lamivudine (3TC), cette association est plus efficace tant sur le plan virologique qu'immunologique et mieux tolérée que l'association Zidovudine (AZT)/Lamivudine (3TC) en association avec Efavirenz [38].
- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) ont une activité anti rétrovirale modeste, exposant à une sélection rapide de mutants ; et ne sont pas actifs sur la transcriptase inverse du VIH2 ; il s'agit essentiellement de la rilpivirine, la névirapine (NVP) et l'éfavirenz [19].
- Les inhibiteurs de protéase (IP) : Cette classe d'antirétroviraux, combinée aux INTI a permis de révolutionner la thérapeutique antirétrovirale. En effet, la puissance intrinsèque des molécules de cette classe est grande et ne comporte pas de résistance croisée avec les inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI ou INNTI).



Les IP agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une enzyme clé, la protéase virale. L'inhibition de cette étape clé de la réplication conduit à la production de virions défectifs incapables d'infecter de nouvelles cellules. Les IP sont actifs sur le VIH-1 et le VIH-2.

Les IP actuellement disponibles sont : atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, fosamprénavir/ritonavir, lopinavir/ ritonavir, saquinavir/ritonavir, tipranavir/ritonavir, raltégravir, dolutegravir, enfuviride, maraviroc.

Actuellement il est recommandé d'utiliser de prescrire tout IP (en dehors du neffinavir), en association avec le ritonavir à faible dose (100 mg) une fois par jour, à visée de renforcement pharmacologique, du fait des propriétés suivantes :

- ✓ Le ritonavir est un puissant inhibiteur enzymatique du cytochrome P450. A faible dose il entraîne une augmentation importante des concentrations de l'IP qui lui est associé, permettant une diminution du nombre de prise et un espacement des doses ;
- ✓ il est bien toléré à faibles doses;
- ✓ il rend possible les associations d'IP aux INNTI en annulant leurs interactions néfastes.

De nombreux essais thérapeutiques et cliniques sont effectués dans le monde pour évaluer l'efficacité des ARV dans la réduction de la TME de l'infection. Cependant, les enjeux varient selon les continents et selon le niveau socioéconomique des pays.

Dès 1994, on a démontré qu'une administration longue de Zidovudine (AZT) dès la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse puis au cours du travail par voie IV réduisait le risque de transmission de deux tiers, de 26% à 8% [30,31].

Des schémas plus simples et pouvant être appliqués à un stade tardif de la grossesse, ont été testés en Asie du Sud-Est (Thaïlande) et en Afrique (Côte-d'Ivoire et Burkina Faso) ; ils ont confirmé l'efficacité de l'AZT en prophylaxie sur des durées d'administration variables, celle-ci étant supérieure en cas

d'allaitement artificiel [30]. Le faible coût de ce traitement (environ 2 dollars-US) en fait un protocole de choix dans les pays en voie de développement et/ou à revenu très faible. Selon les nouvelles recommandations de 2013, l'OMS préconise le traitement antirétroviral (TARV) à vie pour toute femme enceinte et allaitante infectée par le VIH quel qu'en soit le stade clinique ou le nombre de CD4. [32]

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

Au Mali cette prophylaxie antirétrovirale doit s'intégrer dans un programme global qui comprend :

- La prévention primaire de l'infection par le VIH.
- La prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH
- La prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant.
- Le traitement, soins et soutien [nutritionnel et psychosocial] pour la femme infectée par le VIH, son enfant et sa famille. Dans le protocole thérapeutique malien ; le TARV doit être initié chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH sans considérer les stades cliniques de l'OMS ni les CD4 et être poursuivi à vie. Ce traitement tient compte des situations suivantes :

#### **11.1.1. Traitement prophylactique chez la mère séropositive au VIH :**

##### **a) Cas du VIH-1**

Le traitement antirétroviral doit être initié chez toutes les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH. Le traitement est poursuivi à vie.

#### **CAS DU VIH 1**

#### **Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant la grossesse**

### **Situation 1 : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :**

- Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré et ne contient pas le DTG ;
- Si le traitement antirétroviral déjà initié contient le DTG :
  - Premier trimestre : substituer le DTG par RAL ;
  - Au-delà du Premier trimestre : continuer le traitement en gardant le DTG.

**NOTE** : Il est recommandé de faire une échographie entre la 14<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> semaine à la recherche d'une malformation.

### **CAS DU VIH 1**

#### **Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant la grossesse**

### **Situation 2 : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :**

Débuter le traitement dès que le diagnostic du VIH est confirmé.

Les schémas suivants sont proposés :

Le régime **PREFERENTIEL** recommandé est :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)400**

Le schéma alternatif suivant est possible :

**Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400**

### **CAS DU VIH 1**

#### **Traitement antirétroviral de la femme séropositive pendant l'accouchement**

### **Situation 1 : Femme séropositive sous traitement ARV :**

Continuer le TARV

### **CAS DU VIH 1**

#### **Traitement antirétroviral de la femme séropositive pendant l'accouchement**

### **Situation 2 : Femme séropositive non suivie et non traitée qui est en travail :**

Il faut initier une trithérapie suivant l'un des schémas suivants :

Le régime **PRÉFÉRENTIEL** recommandé est :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400**

Le régime **ALTERNATIF** suivant est possible :

### **Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400**

**NOTE** : Pour le cas des femmes qui ne voudront pas de maternité future, il est recommandé de proposer le DTG sous contraception de longue durée.

### **CAS DU VIH2 OU VIH 1+2 OU VIH1 DU GROUPE O**

La transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est faible.

L'Efavirenz (EFV) et la Névirapine (NVP) ne sont pas efficaces contre le VIH2.

### **CAS DU VIH2 OU VIH 1+2 OU VIH1 DU GROUPE O**

**Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant la grossesse**

#### **Situation 1 : Femme séropositive ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV**

Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré et ne contient pas le DTG ;

Si le traitement antirétroviral déjà initié contient le DTG :

- Premier trimestre : substituer le DTG par RAL ;
- Au-delà du Premier trimestre : continuer le traitement en gardant le DTG.

**NOTE** : Il est recommandé de faire une échographie entre la 14<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> semaine à la recherche d'une malformation.

### **CAS DU VIH2 OU VIH 1+2 OU VIH1 DU GROUPE O**

**Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant la grossesse**

#### **Situation 2 : Femme séropositive débutant sa grossesse en absence de traitement ARV**

Débuter le traitement ARV dès que le diagnostic VIH est confirmé.

Le régime **PREFERENTIEL** recommandé sera :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)**

Les régimes **ALTERNATIFS** suivants sont possibles :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)**

**Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)**

## **CAS DU VIH2 OU VIH 1+2 OU VIH1 DU GROUPE O**

### **Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant l'accouchement**

#### **Situation 1 : Femme séropositive sous traitement ARV :**

Continuer le traitement ARV

## **CAS DU VIH2 OU VIH 1+2 OU VIH1 DU GROUPE O**

### **Traitement antirétroviral chez la femme séropositive pendant l'accouchement**

#### **Situation 2 : Femme séropositive non traitée qui est en travail :**

Le régime **PREFERENTIEL** recommandé est :

**Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)**

Le régime **ALTERNATIF** suivant est possible :

**Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)**

**NOTE :** Pour le cas des femmes qui n'ont pas de projet de procréation, il est recommandé de proposer le DTG sous contraception de longue durée.

### **SUIVI ET TRAITEMENTS ASSOCIÉS CHEZ LA MÈRE PENDANT LA GROSSESSE ET EN POST-PARTUM :**

- La consultation prénatale (CPN) sera faite tous les mois ;
- Conseiller la femme sur le mode d'alimentation et s'assurer du choix éclairé ;
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- La supplémentation systématique en fer + acide folique jusqu'à 3 mois après l'accouchement si la supplémentation a démarré avant la fin du 2ème trimestre de la grossesse, dans le cas contraire poursuivre jusqu'à six mois au moins après l'accouchement ;

- Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme par la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) à commencer à partir de la 15<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée correspondant à la 13<sup>ème</sup> semaine de grossesse en raison d'une dose chaque mois jusqu'à l'accouchement. Si la femme était sous cotrimoxazole avant la grossesse, l'arrêter et le substituer par la SP ;
- La vaccination antitétanique est recommandée ;
- La supplémentation en vitamine A en post-partum.
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- La recherche d'Ag HBs et d'Ac anti-HBc est systématique ;
- La recherche d'Ac anti-HVC est systématique ;
- La recherche systématique de la Syphilis ;
- La recherche des signes d'infection tuberculeuse ;
- La recherche systématique de la toxoplasmose (IgM et IgG) ;
- La prophylaxie à l'Isoniazide (INH) : 1 comprimé (300 mg) par jour pendant 6 mois associée à la pyridoxine 10 mg par jour ;
- La charge virale sera demandée à partir de la 30<sup>ème</sup> semaine. Elle sera faite idéalement entre la 30<sup>ème</sup> et 32<sup>ème</sup> semaine ;
- La patiente sera référée pour le suivi dans une unité de prise en charge 45 jours après l'accouchement si le site n'a pas de compétence pour assurer ce suivi.

## **PROTOCOLE CHEZ LE NOUVEAU-NE DE MÈRE SÉROPOSITIVE**

La prophylaxie est fonction du type de VIH de la mère, du risque et du mode d'alimentation du nouveau-né.

### **CAS DU VIH1**

#### **Cas du nouveau-né à risque élevé**

Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

- Si la CV de la mère est supérieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement ;

- Si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines d'ARV avant l'accouchement ;
- Si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en postpartum.

Dans ces cas, il faut donner une **BITHÉRAPIE** à base de la Névirapine et de la Zidovudine.

### **CAS DU VIH1**

Pour tout nouveau-né de mère séropositive au VIH à risque élevé, il faut faire un prélèvement pour la PCR ADN :

- Si le résultat revient positif, référer l'enfant pour une trithérapie ;
- Si le résultat est négatif, continuer la prophylaxie (Bithérapie).

Tout nouveau-né de mère séropositive au VIH sous traitement ARV reçu, en dehors des **72** heures requises pour la prophylaxie ARV pour le nouveau-né, le traiter selon le schéma prophylactique du nouveau-né à risque élevé de transmission du VIH.

### **CAS DU VIH1**

#### **Cas du nouveau-né à risque faible**

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

- Si la CV de la mère est inférieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement ;
- Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement.

Dans ces cas, il faut donner une **MONOTHERAPIE** à base de Névirapine ou Zidovudine.

### **CAS DE VIH2 OU VIH1+2 OU VIH1 DU GROUPE O**

Si contexte de risque faible, donner AZT pendant 6 semaines ;

Si contexte de risque élevé, donner AZT + 3TC pendant 12 semaines.

### Chimio prophylaxie ARV chez le nouveau-né exposé au VIH

Type de VIH	PROPHYLAXIE CHEZ LE NOUVEAU-NE			
	AVEC ALLAITEMENT		SANS ALLAITEMENT	
	Risque élevé	Risque faible	Risque élevé	Risque faible
<b>VIH1</b>	NVP + AZT sirop pendant 12 Semaines	NVP sirop pendant 6 semaines	NVP sirop + AZT sirop pendant 6 semaines	AZT sirop pendant 6 semaines
<b>VIH2 ou VIH 1+2</b>	AZT + 3TC sirop pendant 12 semaines	AZT sirop pendant 6 semaines	AZT sirop + 3 TC sirop pendant 6 semaines	AZT sirop pendant 6 semaines

#### NOTE :

Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH2

Si la mère n'a pas reçu les ARV pendant la grossesse, la prophylaxie chez le nouveau-né continuera **jusqu'à 12 semaines**. Réajuster à partir de la 7<sup>ème</sup> semaine la dose à administrer en fonction du poids.



## PROTOCOLE PTME : CHEZ LE NOUVEAUNE DE MÈRE SÉROPOSITIVE

### Dose d'ARV en fonction du poids

Le mode de calcul en ml est le suivant :

- Névirapine (NVP) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,2ml en une dose journalière
- Zidovudine (AZT) 10mg/ml : Poids de naissance X 0,4ml matin et soir

Poids du nouveau-né	Névirapine (NVP) Sirop 10mg/ml	Lamivudine (3TC) Sirop 10mg/ml	Zidovudine (AZT) Sirop 10mg/ml
1 Kg	0,2 ml	0,2 ml	0,4 ml
1,5 Kg	0,3 ml	0,3 ml	0,6 ml
2 Kg	0,4 ml	0,4 ml	0,8 ml
2,5 Kg	0,5 ml	0,5 ml	1 ml
3 Kg	0,6 ml	0,6 ml	1,2 ml
3,5 Kg	0,7 ml	0,7 ml	1,4 ml
4 Kg	0,8 ml	0,8 ml	1,6 ml
4,5 Kg	0,9 ml	0,9 ml	1,8 ml
5 Kg	1 ml	1 ml	2 ml

### Alimentation du nourrisson

Deux options d'alimentation recommandées :

Allaitement exclusif de 0 à 6 mois

Alimentation de **remplacement** de 0 à 6 mois si les conditions AFADS (Abordable, Faisable, Acceptable, Durable et Sûr) sont réunies

### Pratique et durée de l'allaitement

- Nourrissons non infectés par le VIH ou nourrissons avec statut VIH inconnu
  - De 0 à 6 mois : allaitement exclusif
  - Dès 6 mois : alimentation de complément appropriée
  - Poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 1 an

**NOTE : Des alternatives alimentaires nutritionnellement appropriées et sûres doivent être fournies par la famille avant l'arrêt de l'allaitement.**

- Nourrissons infectés par le VIH
  - De 0 à 6 mois : allaitement exclusif
  - Dès 6 mois : alimentation de complément appropriée
  - Poursuivre l'allaitement jusqu'à 24 m

### **Modalités d'arrêt de l'allaitement**

- L'arrêt brutal de l'allaitement n'est pas recommandé ;
- L'arrêt de l'allaitement doit se faire progressivement et s'étendre sur une période d'1 mois à partir du 11ème mois ;
- Éviter l'allaitement mixte car il risque de provoquer les diarrhées et d'autres maladies qui augmentent le risque de la transmission du VIH ;
- Introduire l'alimentation de complément chez tous les nourrissons quelle que soit l'option d'alimentation choisie par la mère, à partir de 06 mois ;
- Si le nourrisson n'est pas allaité au sein, ajouter 1 à 2 tasses de lait par jour.

**NOTE : Si la mère décide d'arrêter l'allaitement, s'assurer que les conditions AFADS sont réunies.**

**NB : Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2.**

## **11.2. Autres Médicaments**

Vis à vis de la grossesse : il s'agit de médicaments permettant l'induction ou la direction du travail :

- Prostaglandines E2 ou F2 sous forme d'ovules ou de gel
- Dérivés de l'ocytocine

Vis à vis des complications de l'infection à VIH : on utilise les antimycosiques tels que l'Econazole, le Miconazole ou le Fluconazole sous forme d'ovules ou de gélules.

## **11.3.Méthodes et mesures obstétricales de prévention de la transmission mère enfant du VIH :**

Ce sont essentiellement :

- L'aspiration intra-utérine manuelle ou électrique,
- La césarienne.

### **a) Indications**

La prise en charge de cette association est délicate et doit tenir compte d'un ensemble de facteurs, notamment :

- L'intérêt de la femme ou du couple pour la grossesse
- L'âge gestationnel
- Le stade évolutif de l'infection Ces facteurs doivent être analysés en tenant compte du contexte social, culturel et législatif.

### **b) Préalables**

La femme doit être informée de son statut. Cette annonce est difficile, particulièrement lors d'un dépistage systématique au cours de la grossesse. Il est souhaitable que celui-ci ait lieu dans le cadre d'un programme global de prévention de la TME du VIH. Le personnel doit faire preuve d'écoute, de

patience, et d'empathie. Les informations nécessaires (transmission périnatale, allaitement, prévention médicamenteuse, possibilité de contamination de la descendance et du partenaire) doivent être données de façon claire et compréhensible, dans un cadre collaboratif et en toute confidentialité. Une implication du partenaire facilitera le suivi médical et la prise en charge psychosociale.

### **c) Conduite à tenir :**

La prise en charge est multidisciplinaire, associant obstétricien, infectiologue, pédiatre, virologue, assistante sociale ou psychologue. Une décision sera prise en toute connaissance avec le couple, sur la poursuite de la grossesse. Devant un tableau de SIDA, une interruption médicale de grossesse (IMG) peut être demandée par la patiente ou son médecin. Durant la phase asymptomatique, l'on optera pour la poursuite de la grossesse, où seule la mise en jeu du pronostic vital maternel justifie l'IMG.

### **C-1. Au cours de la grossesse**

**Au plan obstétrical :** L'IMG, si indiquée, sera réalisée dès le premier trimestre par une aspiration intra-utérine (électrique ou manuelle). Au-delà, la préférence ira aux méthodes médicamenteuses (anti progestérones et anti prostaglandines). En cas de poursuite de la grossesse qui sera alors considérée comme à risque, les consultations seront rapprochées (mensuelles). Le suivi obstétrical sera orienté vers la recherche d'infections génitales. Le bilan biologique comprendra une numération formule sanguine avec numération des lymphocytes CD4, un dosage de la créatininémie, celui des transaminases hépatiques (ASAT et ALAT) et la recherche AgHbs si disponible, une mesure de la charge virale plasmatique. La réalisation d'un frottis cervical ou de la colposcopie permettra de vérifier l'absence d'anomalie de dysplasie ou de processus néoplasique. Une surveillance échographique permettra d'effectuer une datation précise, et de dépister un

éventuel retard de croissance. La question de l'allaitement sera abordée suffisamment tôt.

Les mesures de prévention de la transmission mère enfant (TME) sont en rapport avec les facteurs de risque suivants favorisant la TME :

- Dépister et traiter énergiquement toutes les infections du tractus génital et les IST Dépister et traiter les menaces d'accouchement prématuré (MAP) et les chorioamniotites en cas de rupture des membranes.
- Eviter les amnioscopies, les versions par manœuvre externe (VME), le cerclage du col, lorsque l'indication est indiscutable doit être précédé par une prophylaxie antirétrovirale au moins 15 jours avant le geste. [33]
- Eviter autant que faire se peut les gestes invasifs tels que les amniocentèses ou les entourer d'une asepsie et de précautions techniques rigoureuses après une prophylaxie antirétrovirale.
- Prévoir une césarienne électorale à partir de 38 SA si la femme est mal suivie ou si traitement ARV institué tardivement ou si charge virale élevée.

Seront contre-indiqués, le cerclage, le diagnostic anténatal par les méthodes invasives (amniocentèse), les manœuvres obstétricales telles que les versions et celles instrumentales (amnioscopie, etc.)

Au troisième trimestre, la pratique de prélèvements pour examen bactériologique permettra le dépistage d'infections génitales basses à traiter impérativement. Le choix de la voie d'accouchement ne dépendra que de critères obstétricaux, la pratique d'une césarienne pour l'indication infectieuse n'ayant pas d'intérêt en cas de trithérapie efficace.

**Au plan infectiologique et biologique** : Le traitement ARV institué sera une trithérapie associant 2INTI et un INNRT ou 2INTI et un IP en l'absence de contre-indications : taux d'hémoglobine  $< \text{à } 750/\text{mm}^3$  (AZT), ASAT  $> \text{à } 2,5$  fois la normale, et créatininémie  $> 130\mu\text{mol/l}$  (IP). Les effets secondaires à type de nausées, rashcutané, d'anémie de neutropénie et de neuropathie doivent être

connus. Si la gestante est vue tardivement, au-delà de 36 SA, l'on optera pour 2 INTI associés à un IP boosté. Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme par la Sulfadoxine pyriméthamine (SP) à commencer à partir du 4<sup>ème</sup> mois (16 semaines) en raison d'une dose à 1 mois d'intervalle jusqu'à l'accouchement. Si la femme était sous cotrimoxazole avant la grossesse, l'arrêter et le substituer par la SP. Si le taux des lymphocytes TCD4 est supérieur à 350/mm<sup>3</sup> et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue. La chimio prophylaxie à l'isoniazide 5mg/kg/j pendant 6 mois chez les femmes enceintes séropositives indemnes d'une tuberculose active. Les infections sexuellement transmissibles notamment la syphilis sera recherchée et traitée.

### **C-2.A l'accouchement**

- L'accouchement doit adopter les précautions habituelles de protection devant tout sujet séropositif : port de lunettes, de masque, de blouse, double paire de gants.
- En cas de rupture prématurée des membranes, les indications de césarienne seront élargies afin de limiter le risque de contamination fœtale par voie ascendante qui sera significativement majoré au-delà de 4 heures.
- Au cours du travail, l'anesthésie péridurale garde ses indications habituelles. Il n'existe pas d'anomalie dynamique à rattacher à l'infection. Le tractus génital sera désinfecté par une application vaginale systématique de dakin ou de Chlorhexidine. Les gestes invasifs entraînant des microlésions cutanées fœtales sont à proscrire, et les extractions instrumentales seront prudentes.
- A l'expulsion, il faudra être sobre d'épisiotomie. Les soins immédiats aux nouveau-nés exposés au VIH suivent des règles bien définies :
  - Respecter les règles de la prévention des infections pendant les soins et traitement.

- Sectionner le cordon après accouchement sans le traire.
- Manipuler le nouveau-né avec prudence.
- Aspirer uniquement en cas de liquide méconial.
- Laver immédiatement le nouveau-né dans un bain antiseptique.
- Assécher le nouveau-né avec une serviette.
- S'assurer du choix d'alimentation du nouveau-né.
- Administrer la vitamine K, pommade à la tétracycline, ou collyre antibiotique pour les yeux.
- Si l'AgHBS est positive chez la mère, il est recommandé de vacciner l'enfant à la naissance [34].

### **C-3. Après Accouchement**

L'allaitement artificielle est le mode d'alimentation le plus efficace dans la prévention de la transmission mère enfant du VIH car il réduit le taux de transmission de 10% [35]. La prophylaxie chez le nouveau-né de mère séropositive est fonction du type de VIH de la mère, du risque et le mode d'alimentation du nouveau-né.

#### **☞ Cas du VIH-1 :**

##### **Cas de nouveau-né à risque élevé :**

Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

- Si la CV de la mère est supérieure à 1000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement,
  - Si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines avant l'accouchement,
  - Si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en post-partum.
- Dans ces cas, il faut donner : une bithérapie (Névirapine (NVP) sirop + Zidovudine (AZT) sirop) chez le nouveau-né allaité aux seins pendant 12 semaines, en réajustant la posologie en fonction du poids après 6 semaines. Chez le nouveau-né sous-alimentation de remplacement donner

une bithérapie pendant 6 semaines. Pour tout nouveau-né de mère séropositive au VIH à risque élevé, il faut faire un prélèvement pour la PCR ADN :

- Si le résultat revient positif, référer l'enfant pour une Trithérapie ;
- Si le résultat est négatif, continuer la prophylaxie (Bithérapie). Tout nouveau-né de mère séropositive au VIH reçu, en dehors des 72 heures requises pour la prophylaxie de la transmission de la mère à l'enfant du VIH, traiter comme nouveau-né à risque élevé en tenant compte du mode d'alimentation.

#### **Cas de nouveau-né à risque faible :**

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

- Si la CV de la mère est inférieure à 1000 copies/ml 4 semaines avant l'accouchement,
- Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement, Dans ces cas donner une **monothérapie** :

#### **Cas de nouveau-né allaité :** il faut donner ;

- NVP sirop : 2 mg/kg/j à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
- En cas de toxicité ou de non disponibilité de la Névirapine utiliser de préférence :
- 3TC sirop : 2 mg/kg/j à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.

#### **Cas de nouveau-né sous-alimentation de remplacement :** il faut donner ;

- AZT sirop : 2 mg/kg/j à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.
- Si la mère n'a pas reçu les ARV pendant la grossesse, la prophylaxie chez le nouveau-né continuera jusqu'à 12 semaines. Réajuster à partir de 6



semaines la dose à administrer en fonction du poids. Le mode de calcul en ml est le suivant :

- Névirapine (10mg/ml) : poids de naissance x 0,2ml en une dose journalière
- 3TC (10mg/ml) : poids de naissance x 0,2ml matin et soir
- AZT (5mg/ml) : poids de naissance x 0,4ml matin et soir.

↳ **Cas du VIH-2 OU VIH 1+2 :**

- Si la mère est bien traitée donner AZT pendant 6 semaines
- Si dépistage tardif de la mère donner AZT+3TC pendant 12 semaines.

**NB : Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2.**

Le conseil en alimentation du nourrisson doit se faire à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement).

Le choix du mode d'alimentation doit être éclairé et se fera entre :

Un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois avec sevrage à 12 mois. Une alimentation artificielle si les conditions suivantes sont réunies : alimentation acceptable, faisable, abordable financièrement, durable dans le temps et sûres.

**(AFADS)**

**NB : L'alimentation mixte est proscrite.**

**Le suivi de l'enfant exposé au VIH doit se faire à un rythme mensuel, les paramètres de croissance doivent être surveillés à chaque visite.**

**Dans les suites de couches :**

On recherchera la survenue d'endométrite chez la mère, de pneumopathie ou d'infection urinaire. La prise en charge psychologique doit être renforcée. A distance : il faut assurer une contraception efficace avec deux impératifs : éviter la survenue d'une grossesse inappropriée, et la surinfection du partenaire. Ces deux contraintes peuvent être assurées dans le cadre de la planification familiale associant la prise de la pilule et l'utilisation systématique du préservatif Le diagnostic définitif de séropositivité ou de séronégativité ne se fera qu'à 18 mois

de vie à partir d'une sérologie VIH ; période à partir de laquelle tous les anticorps maternels disparaissent chez l'enfant.



## METHODOLOGIE

## II. MATERIEL ET METHODE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako.

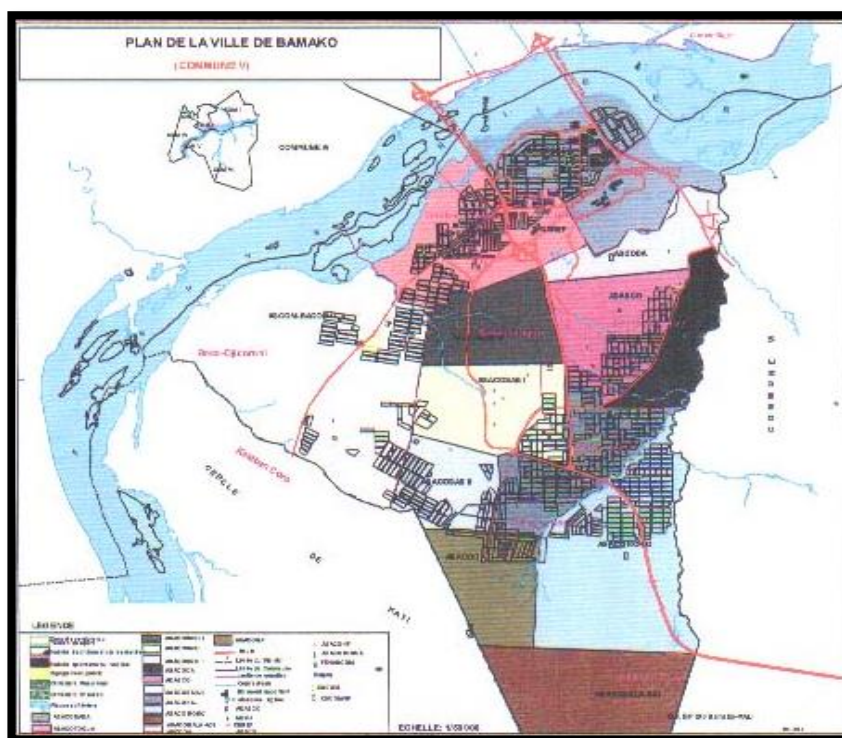
#### 1.1.Situation géographique et service

La commune 5 couvre une superficie de 41,59 Km<sup>2</sup> soit environ 18% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- Au nord par le fleuve Niger.
- Au Sud-Ouest par kalaban-coro cercle de Kati.
- À l'Est par la commune 6 du district de Bamako.

La Commune V du district de Bamako comporte 8 quartiers (Badalabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Daoudabougou, Kalaban-coura, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Garantigui-bougou).



**Figure 4** : Centre sanitaire de la commune V du district de Bamako

## 1.2. Le centre de santé se trouve au Quartier Mali

### Description du centre de santé de référence de la commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM). Sur les 14 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le Centre Santé Référence de la Commune V comporte plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration
- La pharmacie
- Le service de chirurgie générale
- Le service d'oto-rhino-laryngologiste
- Le service d'ophtalmologie
- Le service de médecine générale

- Le service de gynécologie obstétrique
- Le service d'odontostomatologie
- Le service de pédiatrie
- Le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- Une unité Radiologie et Échographie
- USAC (unité de soins d'accompagnement et de conseils)
- Morgue
- Cantine
- Une unité de dépistage et tuberculose et lèpre
- Une unité SIS (Système d'Information Sanitaire)
- Unité laboratoire
- Unité de nutrition
- Unité ressources Humaines
- Unité de brigades d'hygiènes
- Une unité urologie
- Une unité cardiologie
- Une unité de grossesse pathologique
- Une salle de réveil

### **Description d'unité gynécologie obstétrique du Centre Santé Référence de la Commune V**

Il comporte :

- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planning familial
- Une unité de post-natal
- Une unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- Une unité technique du bloc opératoire
- Dépistage du cancer de col de l'utérus
- Une unité de soins après avortement (SAA)

- Une unité assistance psycho sociale

Le personnel d'unité de Gynécologie Obstétrique :

- Un Maitre-assistant en Gynécologie Obstétrique
- Cinq (05) médecins gynécologue obstétricien dont deux femmes
- Une sage-femme maitresse
- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :
  - 01 Médecins
  - 06 assistants (techniciens supérieurs)
  - Trente-cinq sages-femmes
  - Seize infirmières obstétriciennes
  - Quatre manœuvres

**NB** : En plus de ce personnel, le service accueille des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique, des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers pour leurs formations pratiques.

#### **Fonctionnement d'unité de gynécologie obstétrique :**

Il existe 4 jours de consultation gynécologique, 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h 15 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et les événements qui se sont déroulés les 24heures durant la garde. La visite est journalière et la générale, chaque mercredi après le staff.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Au niveau organisation du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un gynécologue-Obstétricien, DES (diplôme d'étude spécialisée
- Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'Interne ;

- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et son aide-soignante ;
- Un infirmier anesthésiste ;
- Une technicienne de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales. Ce kit de médicaments a été constitué sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme

Opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

## **2. Type d'étude**

Nous avons mené une étude transversale avec collecte prospective.

## **3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée du 20 Octobre 2018 au 19 Septembre 2019 soit une période de 12 mois.

## **4. Population d'étude**

Notre étude a concerné toutes les parturientes reçues en salle d'accouchement à la maternité du CSREF de la commune V durant la période d'étude.

### **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude, toutes les parturientes reçues dans la salle de travail n'ayant pas fait le dépistage VIH et ayant accouchée dans le service.

### **Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses les parturientes ayant un statut HIV connu.



## **5. Technique de l'échantillonnage :**

Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire portant sur tous les cas des parturientes reçues dans la salle de naissance n'ayant pas fait le dépistage VIH au cours de notre période d'étude.

## **6. Supports de données et technique collecte**

Nous avons établi une fiche d'enquête individuelle pour chaque patiente dépistée. Cette fiche d'enquête a été remplie à partir des informations recueillies à l'interrogatoire ou contenues dans les registres d'accouchement, les dossiers obstétricaux et les carnets de CPN.

## **7. Analyse et traitement des données :**

Les données ont été saisies sur Word 2010 et Excel 2010 puis analysées par le logiciel SPSS version 22.0.

### **1. Définitions opératoires :**

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

**La gestité** : nombre de grossesse

- Primigeste : une grossesse
- Paucigeste : 2 à 3 grossesses
- Multigeste : 4 à 5 grossesses
- Grande multigeste :  $\geq 6$  grossesses.

**La parité** : nombre d'accouchement.

- Primipare : un accouché,
- Paucipare : 2 à 3 accouchements,
- Multipare : 4 à 5 accouchements,
- Grande multipare :  $\geq 6$  accouchements,

**Terme normotrophe** : grossesse à terme dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 2500g, avec une taille supérieure ou égale à 47cm.

**Prématurité** : grossesse non à terme (28SA-36SA+6 jours) ou poids foetal inférieur à 2500g avec taille inférieure à 47cm.

**Souffrance foetale aigue** : liquide amniotique méconial, modification des bruits du Cœur du foetus.

**Souffrance néonatale** : score d'Apgar < 7/10

**Transférées** : c'est le transfert d'un service à un autre au sein d'une même structure sanitaire ou d'un centre à un autre pour une prise en charge adaptée sans notion d'urgence.

**Non transférées** : sont celles qui sont venues d'elles-mêmes c'est-à-dire qui N'ont été ni référées ni évacuées vers les services qui les reçoivent.

## 2. Aspect éthique

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectés.

Un consentement éclairé a été obtenu aux parturientes avant le démarrage des entretiens.

Elles étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien. Les résultats obtenus feront l'objet d'une large diffusion auprès des instances de décisions en matière de santé de la reproduction dans notre pays et dans la sous-région.

### 3. Variables

Plusieurs variables ont été étudiées :

#### Variables liées à la patiente

Variables	Type	Echelle de mesures	Technique de collecte
<b>Age</b>	Quantitative discontinue	Année	Anamnèse
<b>Niveau d'instruction</b>	Quantitative discontinue	1 : non instruite 2 : niveau primaire 3 : niveau secondaire 4 : niveau supérieur	
<b>Profession</b>	Qualitative	1 : femme au foyer 2 : élève/étudiante 3 : enseignantes 4 : vendeuse/commerçantes 5 : secrétaire de direction 6 : juriste	
<b>Statut Matrimonial</b>	Qualitative	1 : mariée 2 : divorcée 3 : veuve 4 : divorcée	
<b>Gestité</b>	Quantitative discontinue	1 : primigeste 2 : paucigeste 3 : multi geste 4 : grande multi geste	
<b>Parité</b>	Quantitative discontinue	1 : primipare 2 : pauci pare 3 : multipare 4 : grande multipare	
<b>Antécédent médicaux</b>	Qualitative nominative	1 : présent 2 : absent	
<b>Antécédent chirurgicaux</b>	Qualitative nominative	1 : oui 2 : non	

### Variables liées à la grossesse

Variables	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age gestationnel	Quantitative discontinue	1 : 28 – 36 SA + 6 Jours 2 : $\geq 37$ SA	DOSSIER OBSTETRICAL
C P N	Quantitative discontinue	1 : 0 2 : 1 a 4 3 : $> 4$	
Auteur de CPN	Qualitative nominative	1 : Médecin 2 : Sage-femme 3 : Infirmière obstétricienne	
Lieu de CPN	Qualitative catégorielle	1 : C H U 2 : CSREF 3 : CSCOM 4 : Structure privée	
Motif d'admission	Qualitative catégorielle	1 : C U D 2 : perte liquidienne 3 : saignement obstétrical	
CDV du VIH proposé au cours des C P N	Qualitative catégorielle	1 : Oui 2 : Non	ANAMNESE

### Variables liées au nouveau-né

Variables	Types	Echelle de mesure	Technique de collecte
Etat du nouveau-né à la naissance	Quantitative discontinue	1 : 7 a 10 2 : 4 a 7 3 : 0 a 3	Dossier obstétrical
Traitement ARV du nouveau-né	Qualitative nominative	1 : nevirapine 2 : zidovudine	
Mode d'alimentation après counseling	Qualitative catégorielle	1 : artificiel 2 : maternelle	
Transfert en néonatalogie	Qualitative catégorielle	1 : OUI 2 : NON	
Etat du nouveau-né a une semaine	Qualitative catégorielle	1 : vivant 2 : décédé	Dossier pédiatrique et carnet de suivi pédiatrique

## **11. Déroulement pratique de l'étude**

### **11.1 Matériels de dépistage**

- Gants ;
- Aiguilles ;
- Tests rapides : détermines ;
- Tests de confirmation ;
- Alcool 90° ;
- Coton ;
- Solvant.

### **11.2 Déroulement pratique de l'étude proprement dite**

Les formalités administratives ont été remplies avec les différents contacts avant le démarrage de l'enquête dans le district sanitaire de la commune V. Les différentes entrevues ont commencé depuis la salle d'accouchement en passant par les suites de couches jusqu'à la néonatalogie.

La participation à l'étude était volontaire et libre. Chaque patiente non dépistée reçue en salle de naissance en phase de latence ou en post partum immédiat a bénéficié d'un counseling pré et post test de dépistage VIH/SIDA avec l'annonce immédiat du résultat.

La confirmation et le typage étaient systématiques dès la positivité du test rapide sérologique au détermine

Pour les patientes reçues en phase active du travail d'accouchement, le counseling/dépistage était fait en post partum immédiat

Le dépistage du VIH était effectué chez toutes les patientes ayant accepté le principe. L'éducation thérapeutique initiale était faite chez toutes les patientes dont le test sérologique est revenu positif.

La prise en charge thérapeutique était individuelle chez toutes les patientes et était immédiate sans délais.



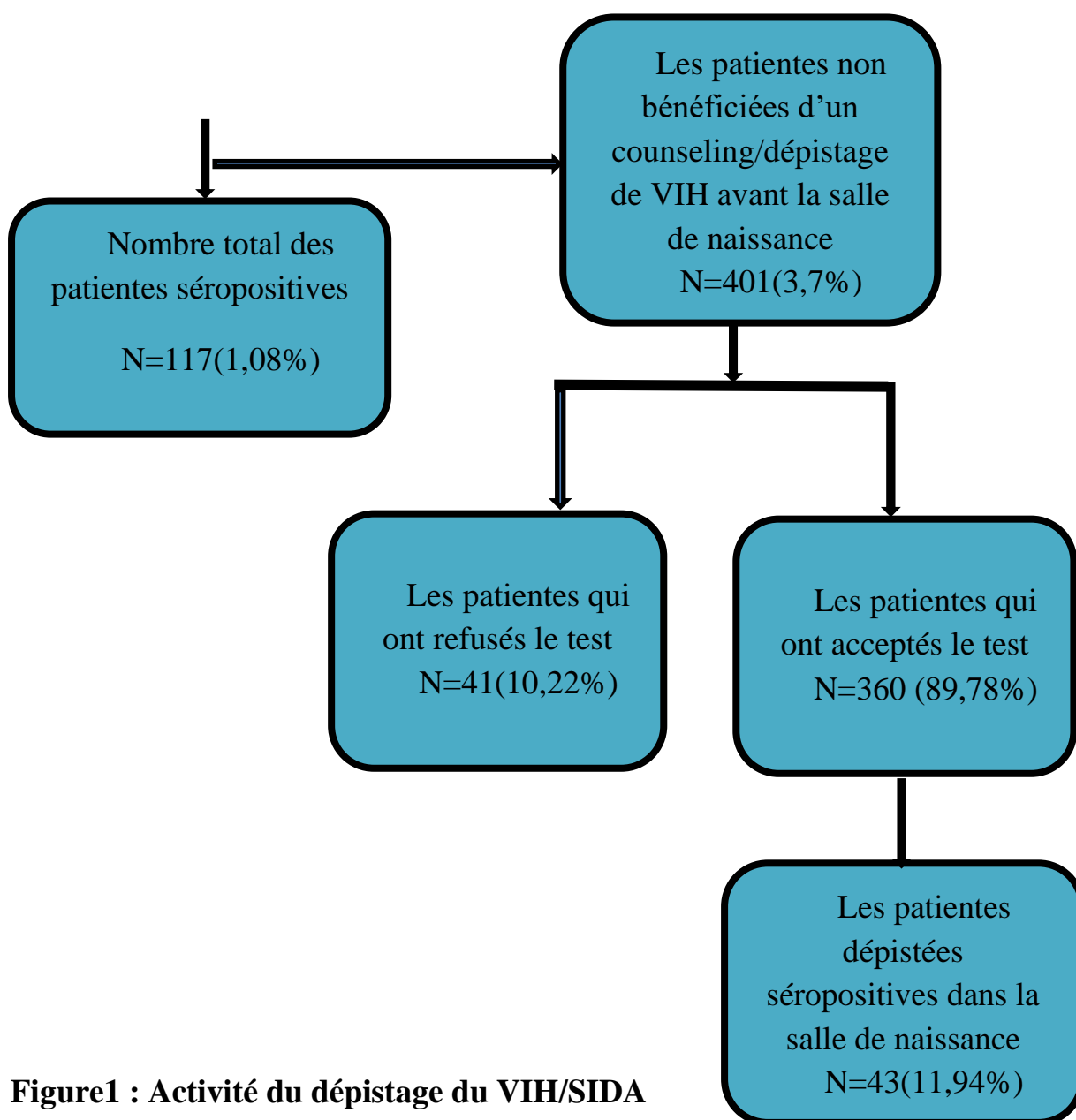
RESULTATS

### III .RESULTATS

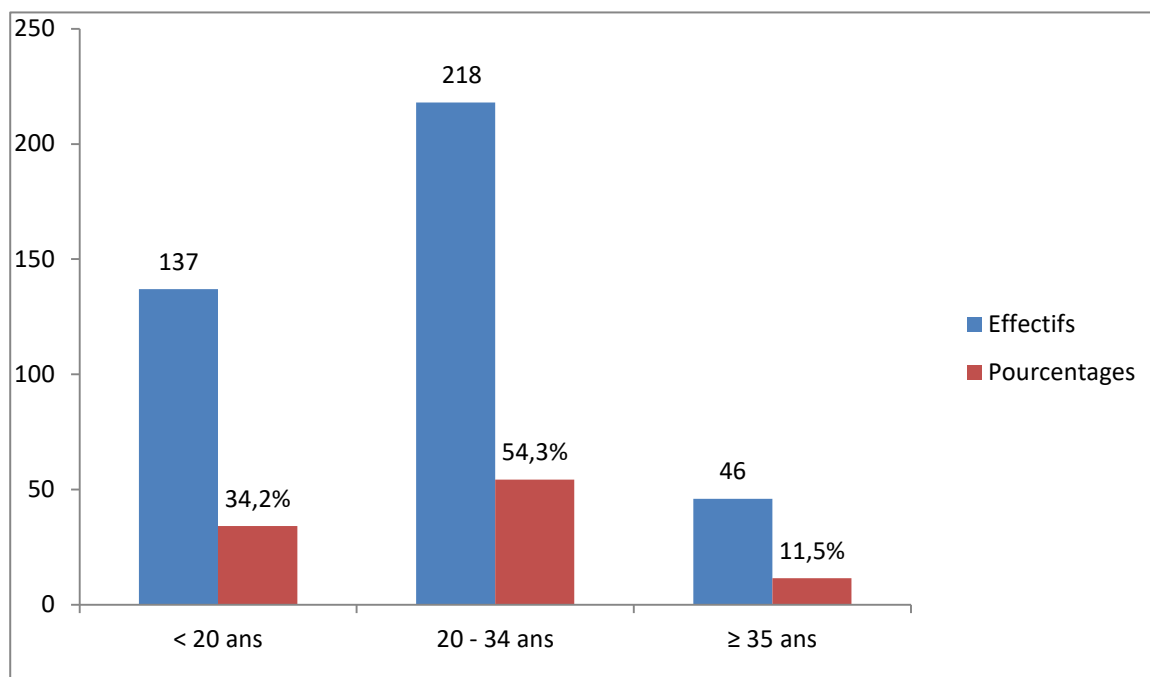
#### 1. Difficultés

L'absence d'une salle de counseling au niveau de la salle de naissance, la non disponibilité permanente des tests de dépistage du VIH et des ARV ont été les principales difficultés rencontrées au cours de notre étude.

#### 2. Prévalences



### 3 Caractéristiques sociodémographiques



**Figure 5** : Répartition des parturientes dépistées positives au VIH selon l'âge

-Age moyen =29 ans  $\pm$  0,7

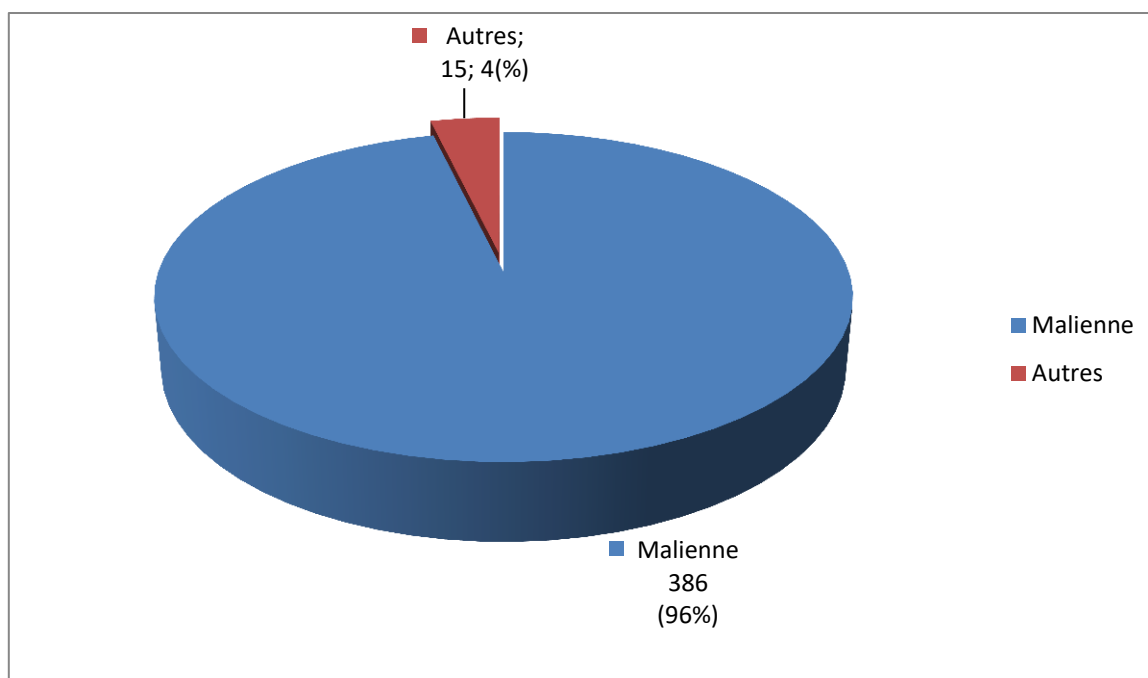
-Age extrêmes =15ans et 43 ans

-Ecart type =0,7

**Tableau I** : Répartition des parturientes dépistées positives au VIH le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non instruites	241	60,1
Primaire	45	11,2
Secondaire	47	11,7
Supérieur	68	17
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>





**Figure 6** : Répartition des patientes selon la nationalité

**NB** : autres : Non maliennne (15)

- 06 Togolaises, 04 Ivoiriennes, 03 Sénégalaises, 02 Burkinabé.

**Tableau II** : Répartition des patientes selon leur profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
<b>Femme au foyer</b>	<b>152</b>	<b>37,9</b>
Vendeuse/Commerçante	92	22,9
Elève/Etudiante	71	17,7
Enseignante	30	7,5
Juriste	14	3,5
Secrétaire	11	2,7
Sage-femme	06	1,5
Autres	25	6,2
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

**Autres** : Aide-ménagère =13, Femmes de ménage= 7, lavandière =5

**Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Effectif (N)	Fréquence (%)
<b>Mariée</b>	<b>387</b>	<b>96,5</b>
Célibataire	8	2,0
Veuve	4	1,0
Divorcée	2	0,5
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IV : Répartition des parturientes selon le régime matrimonial**

Régime matrimonial	Effectif (N)	Fréquence (%)
Polygamie	75	19,37
<b>Monogamie</b>	<b>312</b>	<b>80,63</b>
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>

**Tableau V : Répartition selon la profession du conjoint**

Profession du conjoint	Effectif (N)	Fréquence (%)
<b>Ouvrier</b>	<b>97</b>	<b>24,2</b>
<b>Commerçant</b>	<b>81</b>	<b>20,2</b>
Chauffeur	45	11,2
Militaire	35	8,7
Expatrié	30	7,5
Enseignant	30	7,5
Comptable	26	6,5
Elève/Étudiant	12	3,0
Juriste	11	2,7
Médecin	08	2,0
Autres*	26	6,5
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

\* : Vigils (7), artistes(8), marabouts(11).

#### 4. Antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux

**Tableau VI** : Répartition selon l'antécédent médical

Antécédent médical	Effectif (N)	Fréquence (%)
Hypertension artérielle	23	5,8
Asthme	11	2,7
Diabète	10	2,5
Drépanocytose	3	0,7
<b>Aucun antécédent</b>	<b>354</b>	<b>88,3</b>
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VII** : Répartition selon l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Effectif	Fréquence (%)
Césarienne	33	08,2
Myomectomie	7	1,7
Kystectomie	2	0,5
<b>Aucun antécédent</b>	<b>359</b>	<b>89,5</b>
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VIII** : Répartition des parturientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Primigeste	117	29,2
Paucigeste	98	24,4
<b>Multigeste</b>	<b>186</b>	<b>46,4</b>
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

La gestité moyenne était de 2,15 ; avec des extrêmes de 1 grossesse et 8 grossesses

**Tableau IX** : Répartition des patientes en fonction de leur parité

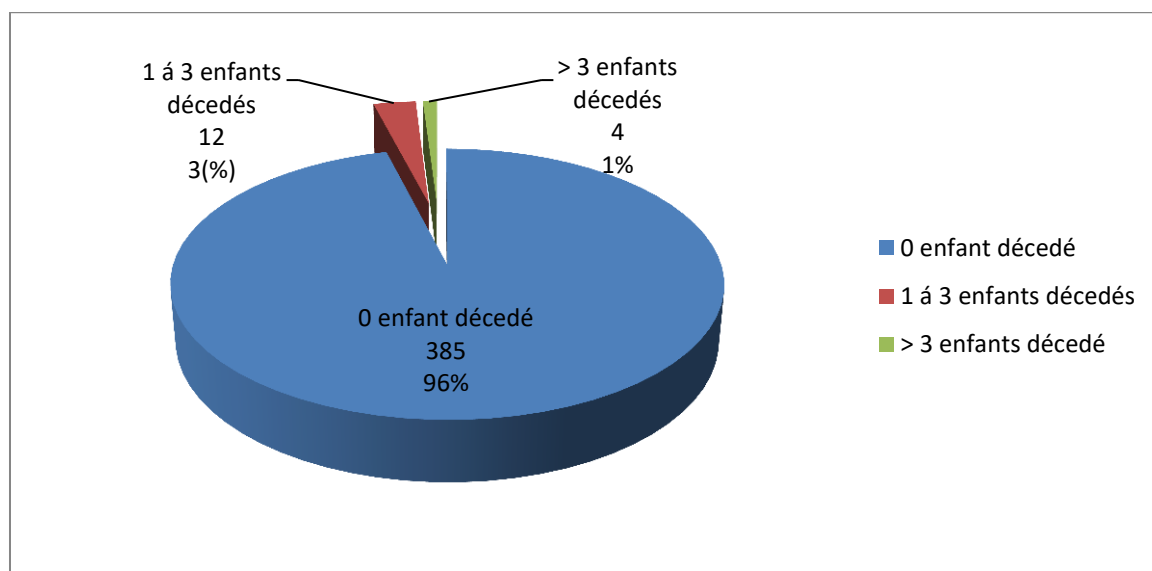
Parité	Effectif	Fréquence (%)
Primipare	133	33,1
Paucipare	100	25,0
<b>Multipare</b>	<b>168</b>	<b>41,9</b>
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

La parité moyenne était de  $1,97 \pm 0,6$  avec des extrêmes de 1 parité et 6 parités

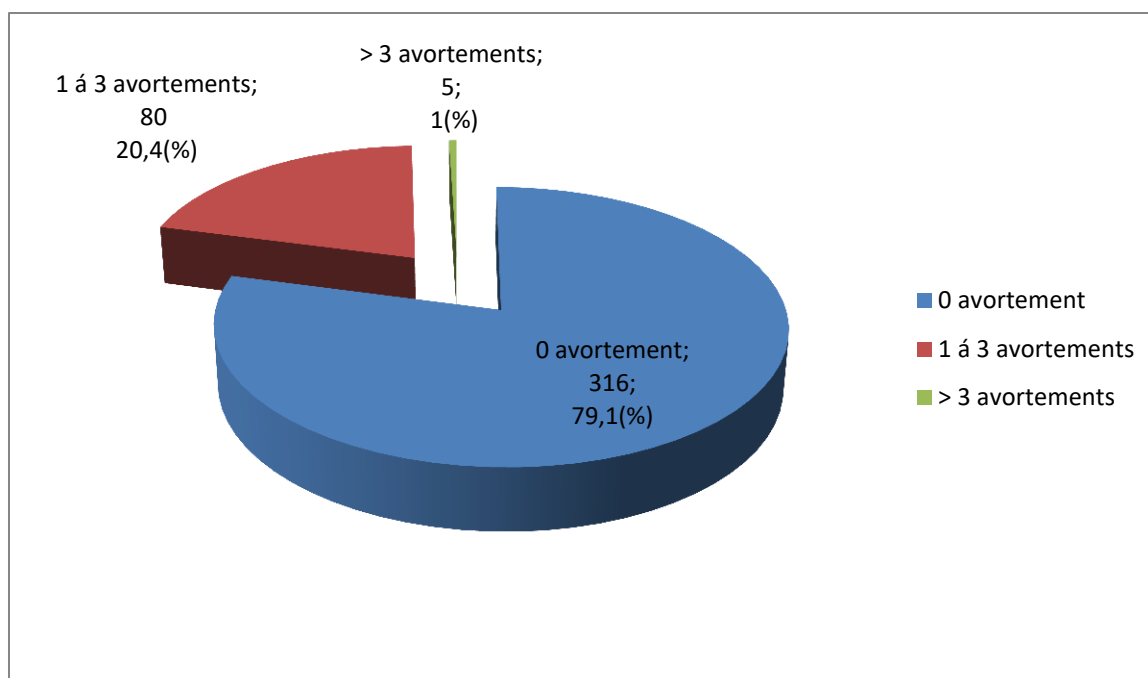
**Tableau X** : Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants vivants

Enfants vivants	Effectif	Fréquence (%)
Aucun enfant	03	0,7
1-3 enfants	308	76,8
Plus de 3 enfants	90	22,4
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

La moyenne d'enfants vivants était de  $2,2 \pm 0,5$  avec des extrêmes de 1 enfant et 6 enfants



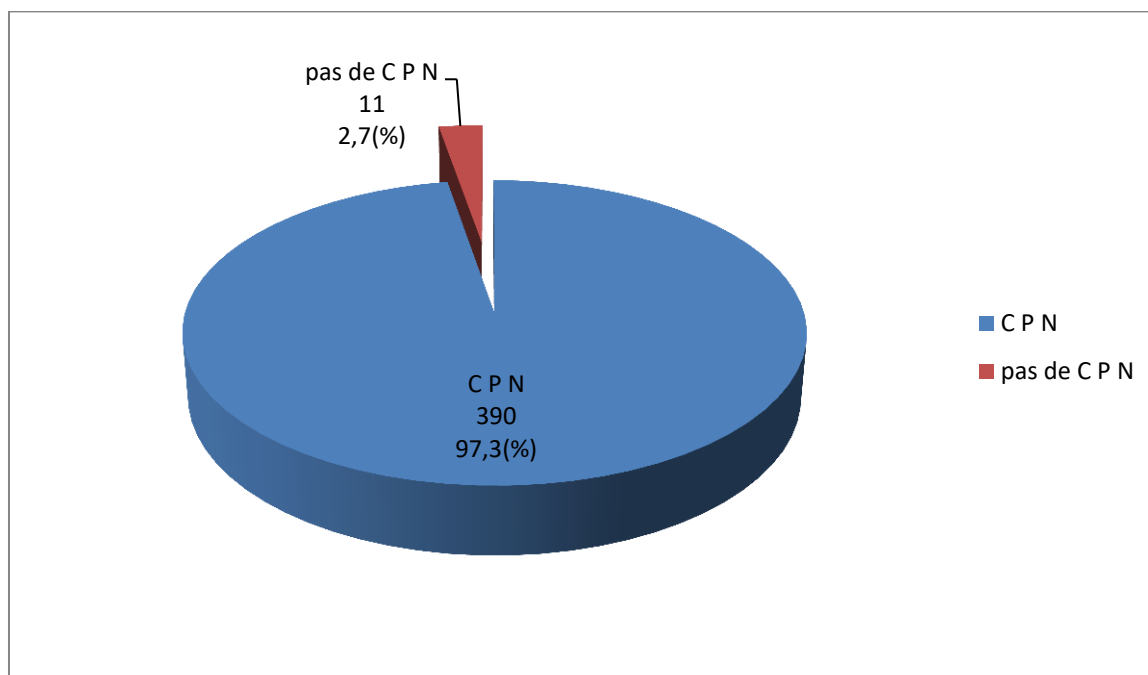
**Figure 7** : Répartition des parturientes en fonction du nombre d'enfants décédés



**Figure 8** : Répartition des patientes en fonction du nombre d'avortements

## 5. Consultation prénatale

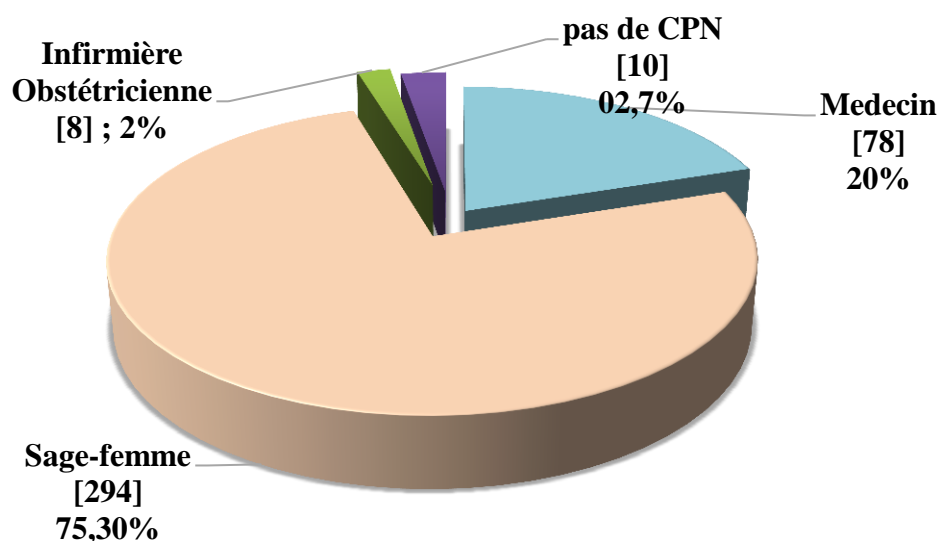
### 1-Suivi prénatal



**Figure 9** : Répartition des parturientes en fonction de la réalisation de CPN

**Tableau XI :** Répartition en fonction du lieu de consultation prénatale

Lieu de CPN	Effectif	Fréquence (%)
CS Réf	209	52,1
CSCOM	104	25,9
Structure privée	77	19,2
Pas de CPN	11	2,7
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

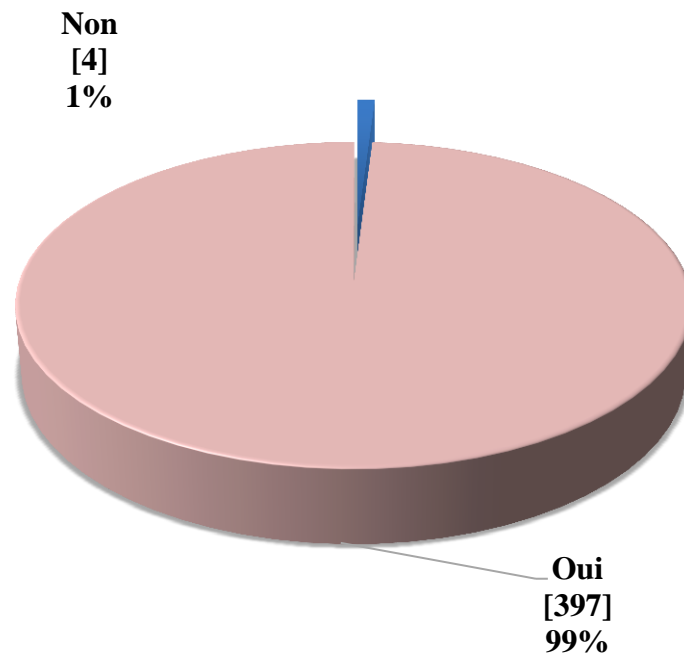


**Figure 10 :** Répartition des parturientes en fonction de la qualification des auteurs de CPN

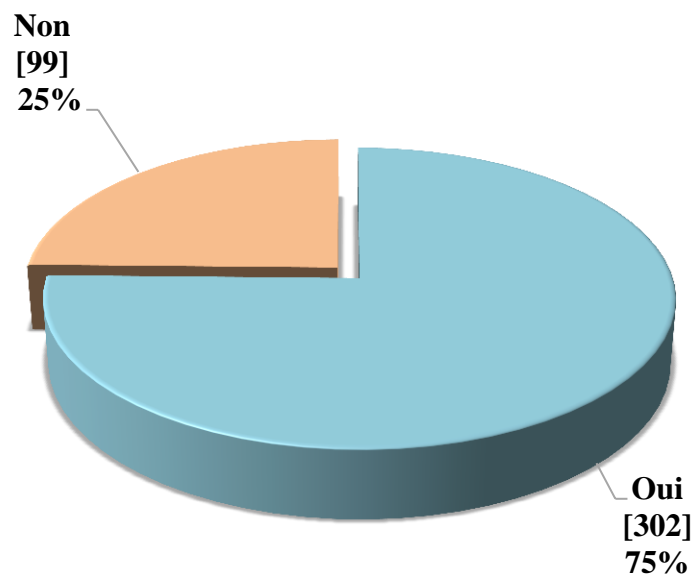
**Tableau XII :** Répartition selon le nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence (%)
Aucune	11	2,7
1 - 4	305	76,1
>4	85	21,2
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

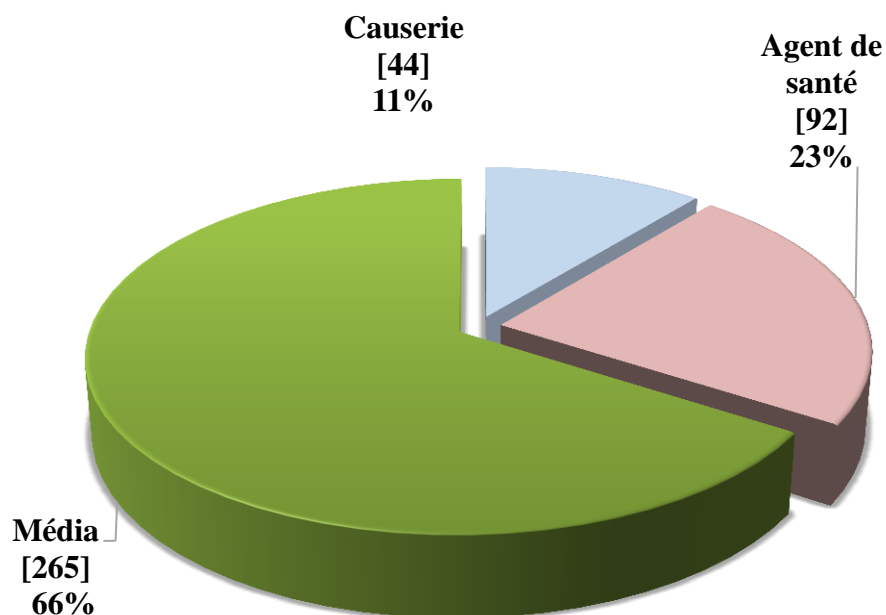
## 6. Connaissance sur le VIH/SIDA



**Figure 11** : Répartition des parturientes selon qu'elles aient entendu parler ou non du VIH/SIDA



**Figure 12** : Répartition des patientes selon qu'elles aient une connaissance ou non sur la transmission mère-enfant du VIH.



**Figure 13 :** Répartition des parturientes selon leur source d'information sur le VIH.

## 7. Conseil et dépistage du VIH/SIDA

**Tableau XIII :** Répartition des parturientes selon les raisons pour lesquelles elles n'ont pas fait le dépistage au cours de la grossesse

Raisons	Effectif	Fréquence (%)
Site PTME mais pas été proposé	282	70,3
CPN fait mais pas de site PTME	73	18,3
Proposé mais refus	35	8,7
CPN non faite	11	2,7
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>



**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon le motif de refus de faire le dépistage au cours de la grossesse.

Motif	Effectif	Fréquence (%)
Nécessité d'avoir l'avis du partenaire	13	37,1
Crainte de divorce en cas de positivité	10	28,7
Peur de la maladie	7	20
Mauvais accueil du personnel	5	14,2
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XV** : Counseling PTME proposé en salle d'accouchement

Consentement	Effectif	Fréquence (%)
Oui	360	89,8
Non	41	10,2
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XVI** : Répartition selon le motif de refus du test dans la salle de naissance

Motif de refus	Effectif (N)	Fréquence (%)
Consentement du partenaire	13	31,7
Crainte de divorce en cas positivité au VIH	09	22
Penser être en bonne santé	07	17,1
Crainte de connaître son statut	07	17,1
Peur de la maladie	05	12,1
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

\*consentement du partenaire veut dire nécessité d'avoir l'avis du partenaire

## 8. Données sur le dépistage du VIH/Sida

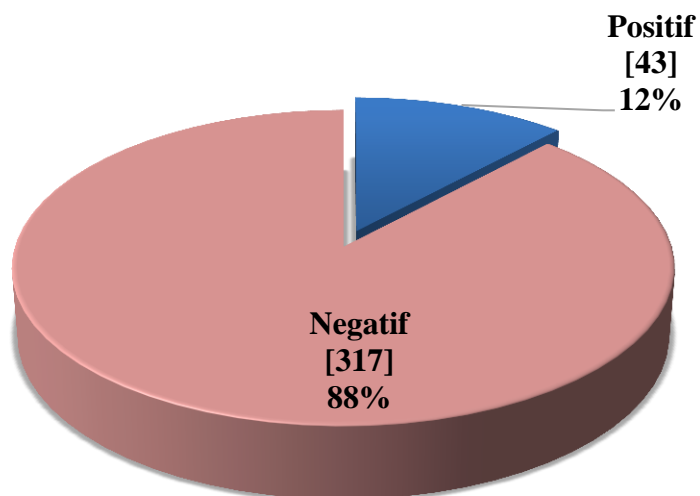


Figure 14 : Répartition des parturientes selon le résultat du test.

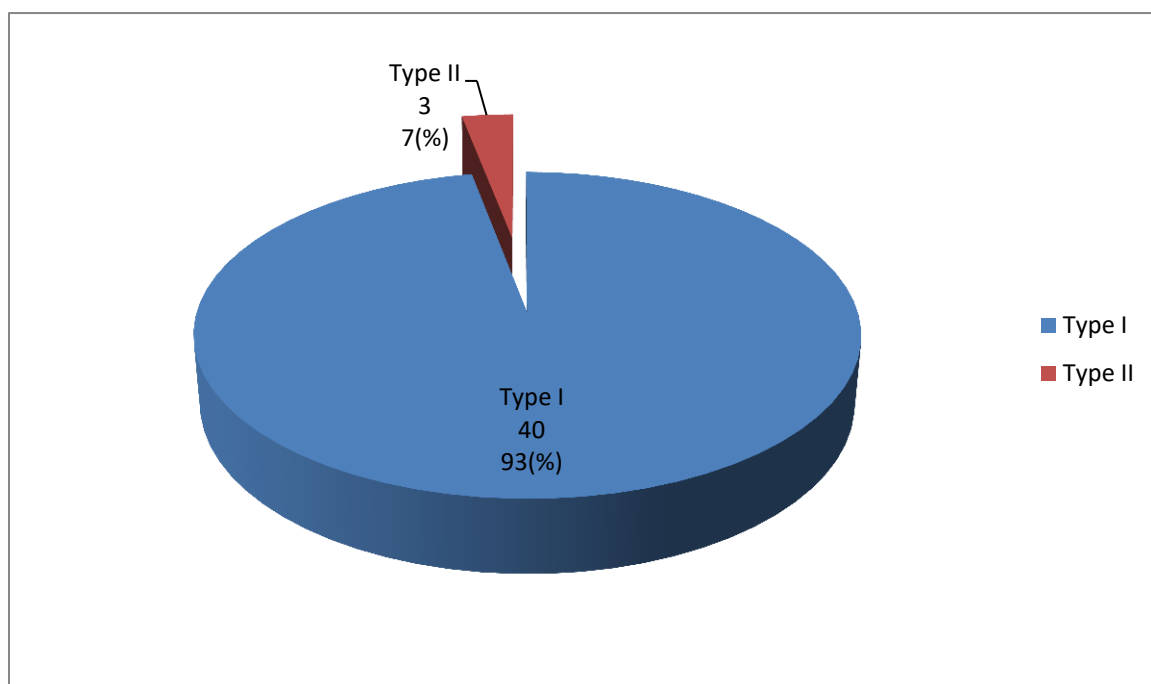
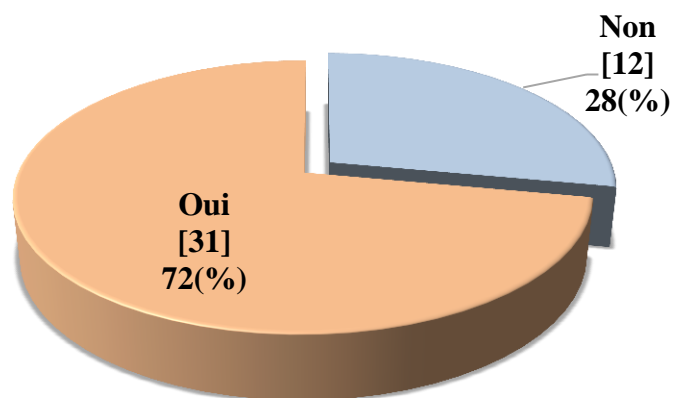


Figure 15 : Répartition des parturientes dépistées positives selon le type du VIH.

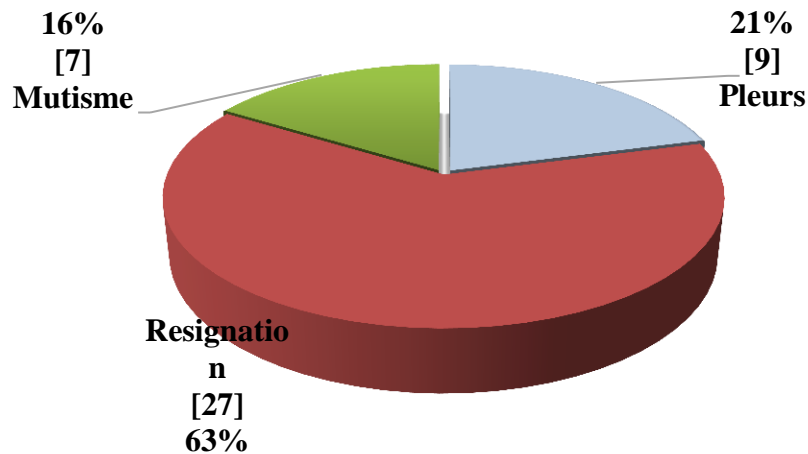
## 9. Attitude des parturientes dépistées positives au VIH



**Figure 16** : Répartition des parturientes selon le désir d'informer leur conjoint de leur statut sérologique au VIH.

**Tableau XVII** : Répartition des parturientes selon le motif de refus d'informer leur partenaire

Motifs	Effectif	Fréquence (%)
Accusation d'infidélité	07	58,3
Crainte de divorce	03	25,0
Honte d'informer le partenaire	02	16,7
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>



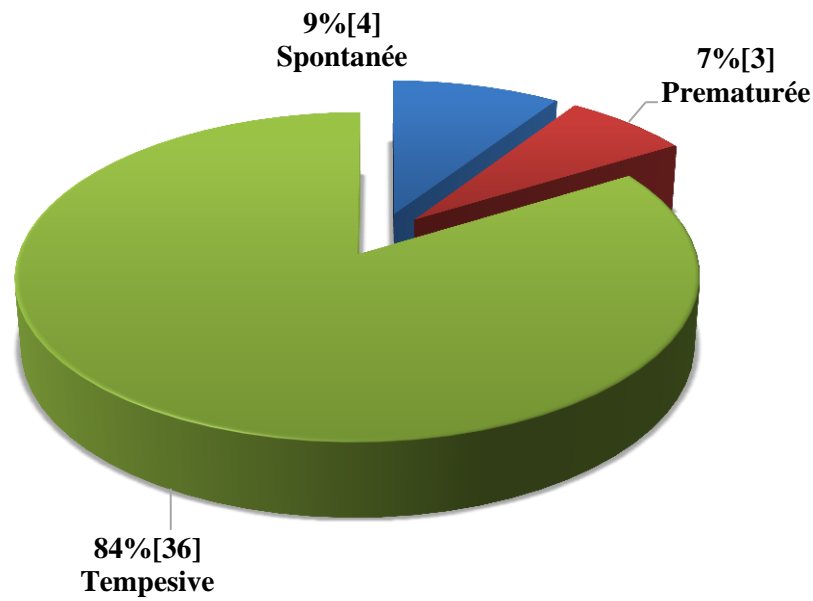
**Figure 17 :** Répartition des parturientes dépistées positives selon leur réaction après l'annonce du résultat.

### 10. Prise en charge

**Tableau XVIII :** répartition des parturientes selon le traitement ARV chez les parturientes

Prise en charge	Effectif (N)	Fréquence (%)
TDF + 3TC + EFV (400)	40	93
TDF + 3TC + LPV/r	03	7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

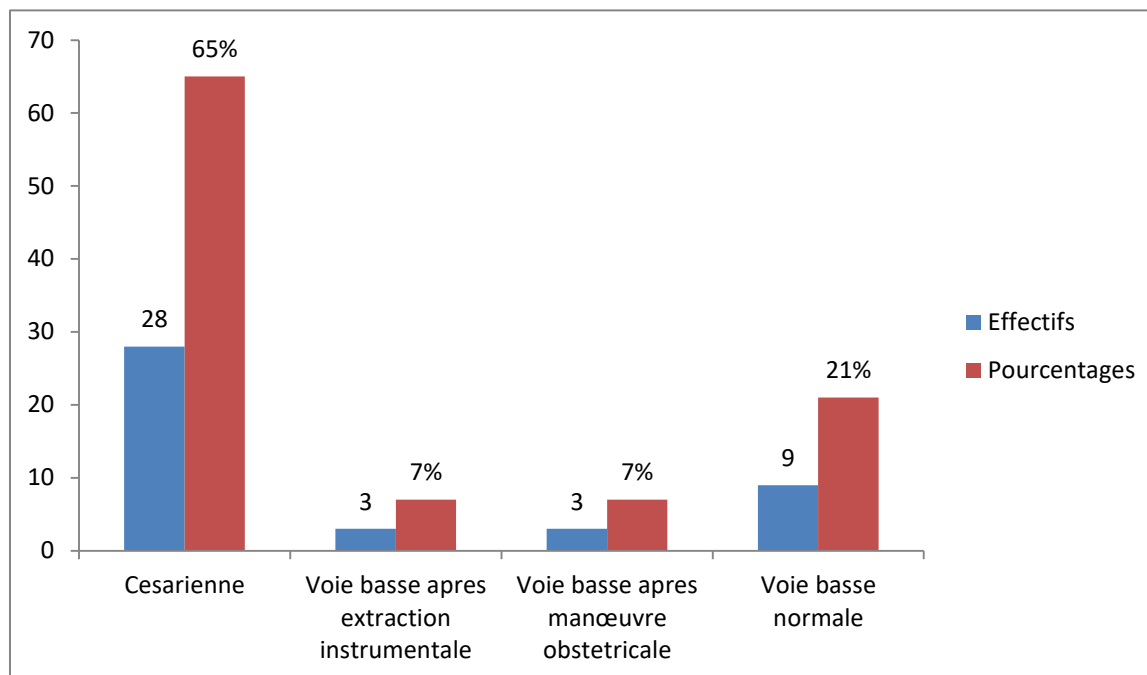
Tenofovir(TDF) ; Lamivudine(3TC) ; Lopinavir/Ritonavir(LPV/r) ;Effavirenz; (EFV [400])



**Figure 18 :** Répartition des parturientes positives au VIH en fonction du type de rupture des membranes.

**Tableau XIX :** Répartition des parturientes VIH positif en fonction de la durée de la rupture des membranes.

Durée de l'ouverture de l'œuf en h	Effectif (N)	Fréquence (%)
< 06	38	88,0
≥ 12	5	12
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>



**Figure 19** : Répartition des parturientes VIH positif en fonction de la voie d'accouchement.

**NB** : Les indications de césariennes ont été : **Asphyxie fœtale aigue (04)**, Bassin généralement rétréci (02), Utérus cicatriciel sur bassin limite (02), Antécédents obstétricaux chargés (01).

**Tableau XX** : Répartition des parturientes positives au VIH selon la réalisation d'épisiotomie

Episiotomie	Effectif (N)	Fréquence (%)
Oui	11	25,6
Non	32	74,4
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**\*les indications d'épisiotomies étaient** : Asphyxie fœtale aigue (7), **Prématurité (2), Périnée étroit (2)**.

 **Suivi post partum immédiat :**

Nous n'avons pas enregistré de cas de complication dans les suites de couches immédiat.

### 11. Caractéristiques des nouveau-nés de mères dépistés positifs au VIH

**Tableau XXI** : Répartition des parturientes positives au VIH selon le sexe du nouveau-né.

Sexe	Effectif (n)	Fréquence (%)
Féminin	28	65,0
Masculin	15	35,0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XXII** : Répartition des parturientes positives au VIH selon le poids du nouveau-né en grammes

Poids du nouveau-né en g	Effectif (N)	Fréquence (%)
< 2 500	4	09,3
2 500 – 3999	38	88,4
≥ 4000	01	2,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Le poids moyen des nouveaux nés était : 2800±60 grammes.

Les poids extrêmes étaient : 1620grammes et 4100grammes.

**Tableau XXIII** : Répartition des parturientes testées VIH positif selon l'APGAR du nouveau-né

<b>Apgar</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
1-3	3	07
4-7	9	21
>8	31	72
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XXIV** : Répartition des nouveau-nés en fonction de la réanimation.

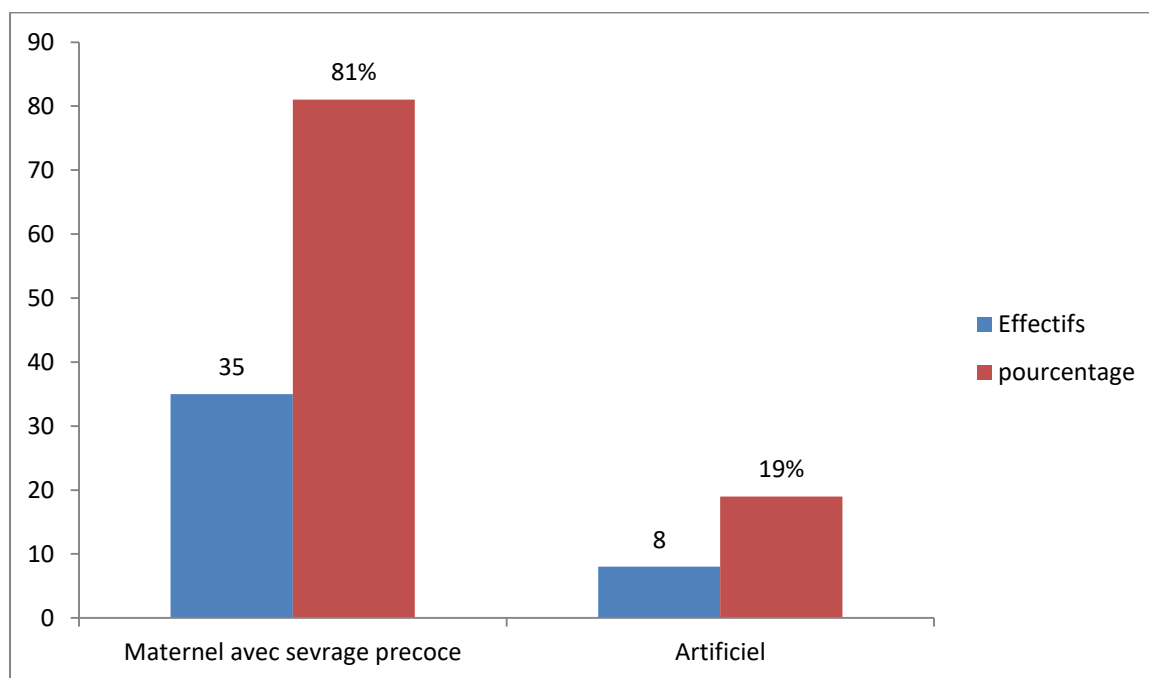
<b>Réanimation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	12	28
Non	31	72
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XXV** : Répartition selon la référence du nouveau-né en néonatalogie pour motif supplémentaire

<b>Motif supplémentaire</b>	<b>Effectif (N)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Mère antigène HBs positif	02	15
Asphyxie fœtale aigue	08	62
Prématurité	02	15
Macrosomie	01	08
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>



## 12. Mode d'allaitement



**Figure 20** : Répartition selon le mode d'allaitement

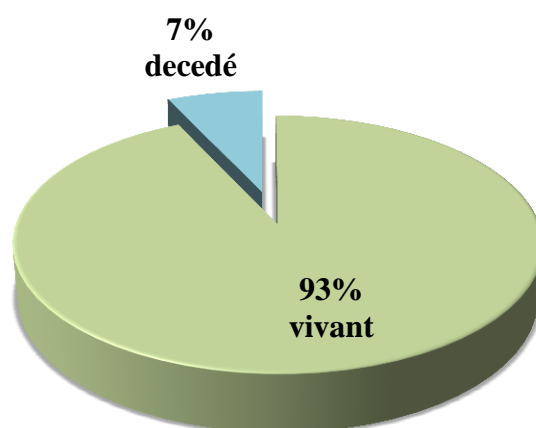
### ✚ Traitement ARV (antirétroviraux) chez le nouveau-né

**Tableau XXVI** : Répartition selon le type d'ARV (antirétroviraux) donné au nouveau-né

ARV (antirétroviraux)	Effectif (N)	Fréquence (%)
Zidovudine sirop	02	5,0
Névirapine + Zidovudine sirop	41	95,0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

**NB** : 02 nouveaux nés ont reçu la monothérapie à cause de non disponibilité de la Nevirapine.

 **Pronostic périnatal**



**Figure 21 :** Répartition des nouveau-nés de mères VIH positif selon le pronostic périnatal.

**NB :** Parmi les trois (3) décès néonataux 2 étaient des prématurés.

**\*le troisième était un cas d'asphyxie néonatale qui est décédé en néonatalogie 8 heures après son admission.**

### 13.Analyse bivariée

**Tableau XXVII :** Relation entre âge et réalisation des CPN chez les parturientes non dépistées

Tranche d'âge	CPN		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
< 20	134 (97,8)	3 (2,2)	137 (34,2)
20 – 34	216 (99,1)	2 (0,9)	218 (54,4)
> 34	40 (87)	6 (13)	46 (11,5)
<b>Total</b>	<b>390 (97,3)</b>	<b>11 (2,7)</b>	<b>401 (100,0)</b>

$\text{Khi}^2 = 21,174198$  ; ddl = 2 ;  $p = 0,008$

**Tableau XXVIII :** Relation entre la notion d’instruction et la réalisation de la CPN chez les patientes non dépistées

Notion d’instruction	CPN		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
<b>Oui</b>	196 (99)	<b>2 (1)</b>	<b>198 (49,4)</b>
Non	194 (95,6)	9 (4,4)	203 (50,6)
<b>Total</b>	<b>390 (97,3)</b>	<b>11 (2,7)</b>	<b>401 (100,0)</b>

$\text{Khi}^2 = 4,403$  ; ddl = 1 ;  $p = 0,036$

**Tableau XXIX :** Relation entre la profession et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées pendant la grossesse.

Profession	CPN		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
<b>Femme au foyer</b>	146 (96,1)	6 (3,9)	152 (37,9)
Vendeuse/Commerçante	89 (96,7)	3 (3,3)	92 (22,9)
Elève/Étudiante	71 (100)	0 (0)	71 (17,7)
Enseignante	30 (100)	0 (0)	30 (7,5)
Juriste	14 (100)	0 (0)	14 (3,5)
Secrétaire	11 (100)	0 (0)	11 (2,7)
Sage-femme	6 (100)	0 (0)	06 (1,5)
Autres	23 (92)	2 (8)	25 (6,2)
<b>Total</b>	<b>390 (97 (3))</b>	<b>11 (2,7)</b>	<b>401 (100,0)</b>

$\text{Khi}^2 = 7,231268$  ; ddl =7 ;  $p =0,405$

La profession s’est révélée corrélée à la réalisation de la CPN.

\*Autres : aides ménagères ; femmes de ménages ; lavandières.

**Tableau XXX :** Relation entre le statut matrimonial et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées

Statut matrimonial	CPN		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Mariée	378 (97,7)	9 (2,3)	387 (96,5)
Célibataire	6 (75)	2 (25)	8 (2,0)
Veuve	4 (100)	0 (0)	4 (1,0)
Divorcée	2 (100)	0 (0)	2 (0,5)
<b>Total</b>	<b>390 (97,3)</b>	<b>11 (2,7)</b>	<b>401 (100,0)</b>

Khi<sup>2</sup> =15,276346 ; ddl = 3 ; p = 0,002

**Tableau XXXI :** Relation entre le score d Apgar et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées.

Score d'APGAR	CPN		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
1 – 3	2 (50)	2 (50)	4 (1,0)
4 – 7	29 (96,7)	1 (3,3)	30 (7,5)
≥ 8	359 (97,8)	8 (2,2)	367 (91,5)
<b>Total</b>	<b>390 (97,3)</b>	<b>11 (2,7)</b>	<b>401 (100,0)</b>

Khi<sup>2</sup> =33,958421 ; ddl =2 ; p = 0,000 .

**Tableau XXXII :** Relation entre nouveau-né référé et la réalisation de la CPN chez les parturientes non dépistées

Nouveau-né référé	CPN		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Oui	54 (93,1)	4 (6,9)	72 (18,0)
Non	336 (98)	7 (2)	329 (82,0)
<b>Total</b>	<b>390 (97,3)</b>	<b>11 (2,7)</b>	<b>401 (100,0)</b>

Khi<sup>2</sup> =4,384491 ; ddl =1 ; p =0,036.

**Tableau XXXIII** : Relation entre la qualification de l'auteur des CPN et le refus de la parturiente de se faire dépister

Qualification de l'auteur des CPN	Refus de se faire dépister		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
Sagefemme	244 (80,8)	58 (19,2)	302 (77,4)
Médecin	71 (88,8)	9 (11,3)	80 (20,5)
Infirmière obstétricienne	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (2,1)
<b>Total</b>	<b>316 (81)</b>	<b>74 (19)</b>	<b>390 (100,0)</b>

$\text{Khi}^2 = 27,550$  ; ddl = 2 ;  $p < 10^{-3}$

Le refus de se faire dépister s'est révélé corrèle à la qualification de l'auteur des CPN

**Tableau XXXIV** : Relation entre le score d'Apgar des nouveau nés et la rupture des membranes des parturientes dépistées

Score d'APGAR	Rupture prématurée des membranes		Total (%)
	Oui (%)	Non (%)	
1 – 3	3 (75)	1 (25)	4 (1,0)
4 – 7	28 (93,3)	2 (6,7)	30 (7,5)
$\geq 8$	297 (80,9)	70 (19,1)	367 (91,5)
<b>Total</b>	<b>328 (%)</b>	<b>73 (18,2)</b>	<b>401 (100,0)</b>

$\text{Khi}^2 = 2,992220$  ; ddl = 2 ;  $p = 0,224$

Il n'y avait pas de lien statistique entre le score d'APGAR et la rupture prématurée membranes.



COMMENTAIRES ET  
DISCUSSION

## IV .COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Caractéristiques sociodémographiques, les antécédents et le suivi de la grossesse

#### 1.1 Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

Notre échantillon était composé de parturientes de 15 à 43 ans. Nous avons observé une importante représentation de la tranche d'âge 20-34 ans 54,4%. L'âge moyen était à 29 ans avec des extrêmes de 15 et 43 ans .50, 6% des parturientes étaient non instruites et étaient majoritairement sans emploi (femmes au foyer) avec 37,9%. La plupart des parturientes étaient mariées (96,5%) en régime monogamique (79,3%). Ceci est en accord avec les résultats obtenues par Mevenessi au Benin [36] .Les primipares étaient majoritaires dans notre études avec (41,6%) .

#### 1.2 Conseil dépistage du VIH/SIDA pendant la grossesse

Dans notre étude, **99%** des parturientes avaient une information sur le VIH/SIDA contre **1%**. Malgré cela 35 parturientes soient (**8,7%**) avaient refusées de se faire dépister après le counseling pendant leur CPN. Dans notre étude le taux d'acceptabilité a été de (91,3%). Ce taux d'acceptabilité est comparable à ceux rapportés par Agei et al. [37] avec (92%) ; par Tchendjou et al [38] avec 93%. Les raisons évoquées pour justifier le refus du dépistage ont été : nécessité d'avoir l'avis du partenaire (**37,1%**), la crainte de divorce en cas de positivité (**28,7%**), la peur de la maladie (**20%**). Agei et al [37] ont rapporté la difficulté financière chez (**41,2%**) de leur échantillon pour expliquer l'absence du dépistage au cours des CPN.

Ces auteurs [38] ont rapporté d'autres raisons comme : le sentiment de ne pas être un sujet (**21,6%**) ; le test antérieur à la grossesse (**16,7%**) et la peur de connaître le résultat (**15,7%**).

### **1.3 Fréquences du VIH/SIDA**

Au cours de notre étude nous avons enregistré **43** parturientes dépistées positives sur **360** qui ont accepté de faire le dépistage, soit une fréquence de **8,37%**. Au Cameroun Tchendjou et al [38] ont rapporté une fréquence de 10,9% dans un programme pilote de réduction de la PTME. Bouaré et al [39] par contre avaient rapporté une fréquence de 4,1%.

## **2. Soins prénataux**

### **2.1. Pendant la grossesse.**

Dans notre étude ; 97,3 % des parturientes avaient bénéficié d'un suivi prénatal dont 21,2% avaient fait les 4 CPN réglementaires. Agei et al [37] dans leur étude rapportaient des soins prénataux dans 64% des cas et 70,5% des femmes avaient fait au moins quatre consultations prénatales. Dans notre étude ; la majorité de des parturientes avaient réalisées leur CPN au CSREF de la commune V avec une fréquence de (52,1%). La majorité de ces femmes étaient suivis par des sages-femmes avec un taux de (75,30%). Pour Amina H [40], 55% des femmes ont effectué au moins 3 CPN. Cette assiduité aux CPN a été aussi observée au Togo dans le cadre d'activité de PETRAME [41]. Malgré la multiplication des sites PTME en commune V de Bamako, les avantages du Counseling Dépistage Volontaire (CDV) connus des prestations, beaucoup de femmes enceintes n'en bénéficient pas durant les consultations prénatales soit (3,7%). Agei et al [37] ont rapporté que 30 % des femmes qui accouchaient dans les formations sanitaires, avaient un statut sérologique au VIH inconnu.



## **2.2. Pendant le travail**

### **Traitement de la parturiente dépistée positive au VIH**

Dans notre étude ,93% des parturientes dépistées positives ont bénéficié d'un traitement à base de TDF (300mg) +3TC (300mg) +EFV (400) [VIH type I] ; 7% ont reçus : TDF + 3TC +LPV/r.

### **Accouchement**

#### **- Mode d'accouchement :**

Le mode d'accouchement la plus fréquente a été la voie basse avec 79 %. La césarienne a représenté 21 % des cas. Les indications des césariennes n'étaient pas en rapport avec la séropositivité .Traore SO et al [48] ont trouvé 89,2% d'accouchement par voies naturelles contre 10,8% de césariennes chez les parturientes dépistées positives au VIH. Bagayoko A [42] a trouvé 83,9% d'accouchement par voie basse et 16,1% de césariennes.

#### **- Etat des membranes :**

La grande majorité des parturientes soit 93% ont été admises avec des membranes intactes dont 9% de cas de rupture spontanées.

La rupture prématurée des membranes représente 7 %.

#### **-Durée entre la rupture des membranes et l'accouchement :**

La durée entre la rupture des membranes et l'accouchement chez les parturientes dépistées positive au VIH était inférieur à 6 heures chez 88% des femmes. Pour Amina H [40] la durée moyenne de rupture était de 6 heures. Selon Leroy V [45] la transmission materno foetale du VIH augmente de façon linéaire en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf.

#### **-Pronostic maternel dans les suites de couches immédiates**

Les suites de couche immédiate ont été simples dans 100% des cas.

### **3. Caractéristiques du nouveau-né**

#### **3.1 Paramètres du nouveau-né**

Dans notre étude les nouveau-nés de poids normal ont été les plus nombreux avec une fréquence de 88,4%. Les nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500g avaient représenté 09,3%. Le poids de naissance moyen était :  $2860 \pm 60$  grammes. Diouf A et al [46] à Dakar ont trouvé un poids de naissance moyen 2314g.

Sombie I et al [47] ont rapporté un poids moyen de naissance de 2831g des nouveau-nés de mères séropositives contre un poids de naissance de 2896,6g de nouveau-nés de mères séronégatives.

#### **3.2. Traitement des nouveau-nés de mère séropositive**

Dans notre étude 95 %, des nouveau-nés de mères séropositives ont bénéficié d'une bithérapie faite de zidovudine sirop et nevirapine sirop.

5% des nouveau-nés ont reçus seulement de la zidovudine à cause de non disponibilité de la nevirapine.

#### **3.3. Mode d'allaitement**

Dans notre étude 81 % des mères HIV positif a opté pour l'allaitement maternel exclusif plus un sevrage précoce.

#### **3.4. Reference des nouveau-nés**

Dans notre étude, tous les nouveau-nés de mères positives au VIH ont été référés à la néonatalogie du centre.

#### **3.5. Pronostic périnatal des nouveau-nés :**

Dans notre étude, 93% des nouveau-nés étaient vivants à leur première semaine de vie.

#### **Facteurs de non recours au CPN**

Les soins de santé qu'une mère reçoit au cours de sa grossesse, au moment et immédiatement après l'accouchement sont, non seulement, très importants pour sa survie et son bien-être mais aussi pour celui de l'enfant.

Si les conséquences de non prise en charge des grossesses semblent relativement bien connues, il n'en est pas de même pour les facteurs [49].

La littérature indique une situation délétère de la réalisation des consultations prénatales résultant en partie de certains éléments dont la pauvreté, les conflits sociaux, les faibles accès aux soins, les relâchements des mœurs et coutumes en matière d'éducation sexuelle [49–53].

Notre étude a mis en exergue la corrélation entre la réalisation de la CPN à la tranche d'âge ( $p = 0,008$ ) ; au niveau d'instruction ( $p = 0,036$ ) ; au statut matrimonial ( $p = 0,002$ ) ; le score d'APGAR ( $p = 0,000$ ) et aux nouveau-nés référés ( $0,036$ ).

Le refus de CPN était corrélé à la qualification de l'auteur des CPN ( $p < 10^{-3}$ ), en effet 87,5% concernait les infirmières obstétriciennes et 11,3% les médecins.

### **Facteurs de non recours au CPN**

Les soins de santé qu'une mère reçoit au cours de sa grossesse, au moment et immédiatement après l'accouchement sont, non seulement, très importants pour sa survie et son bien-être mais aussi pour celui de l'enfant. Si les conséquences de non prise en charge des grossesses semblent relativement bien connues, il n'en est pas de même pour les facteurs [49].

La littérature indique une situation délétère de la réalisation des consultations prénatales résultant en partie de certains éléments dont la pauvreté, les conflits sociaux, les faibles accès aux soins, les relâchements des mœurs et coutumes en matière d'éducation sexuelle [49–53].

#### **- Age**

Les parturientes qui avaient une tranche d'âge comprise entre 20-35 ans étaient plus assidues pour les consultations prénatales. Ceci s'explique par le fait que cette tranche d'âge est la plus active de la population. Notre étude a mis en exergue une relation statistiquement significative entre tranche d'âge et la réalisation de la CPN ( $p = 0,008$ ).

- **Niveau d'instruction**

Les parturientes instruites réalisaient rigoureusement les consultations prénatales car le niveau d'instruction est un facteur déterminant dans la conduite de la surveillance d'une grossesse, quant à la compréhension des différents messages véhiculés au cours des séances de conseil pour le changement de comportement. Notre étude a révélé, une relation statistiquement significative entre la notion d'instruction et la réalisation de la CPN ( $p = 0,036$ ).

- **Statut matrimonial**

Les femmes mariées réalisaient mieux les consultations prénatales que les célibataires. L'atmosphère et la sécurité sociale du mariage offrent une garantie aux femmes mariées et à leur futurs bébés, faisant de la CPN le meilleur moyen pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Notre étude a montrée, une relation statistiquement significative entre le statut matrimonial et la réalisation de la CPN ( $p = 0,002$ ).

- **Score d'Apgar**

Notre étude n'a pas montré de relation statistiquement significative entre le score d'Apgar et la rupture des membranes avant la dilatation complète ( $p=0,224$ )

- **Auteurs des CPN**

Le refus de se faire dépistée était statistiquement significative avec la qualification de l'auteur des CPN ( $p < 10^{-3}$ ), en effet les parturientes qui n'ont pas été dépistées pendant la grossesse étaient majoritairement suivies par les infirmières obstétriciennes (87,5%).



CONCLUSION ET  
RECOMMANDATIONS

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **Conclusion**

Le conseil dépistage volontaire est la première étape de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, sa réalisation correcte est la condition préalable aux autres aspects de la prise en charge.

Malgré la multiplication des sites PTME dans la commune V et la formation du personnel de santé sur le conseil dépistage du VIH, beaucoup de parturientes se présentent dans la salle de naissance sans connaître leur statut sérologique VIH pour des raisons diverses et variées.

Beaucoup d'efforts doivent être menés dans ce sens : à savoir la formation du personnel en PTME et surtout le dépistage du VIH en salle de naissance.

## **Recommandations**

A la lumière des résultats de ce travail, nous recommandons :

### **Aux autorités sanitaires et politiques**

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur les médias portant sur la PTME, et des messages visant à abolir la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Renforcer l'implication des leaders d'opinion (les leaders religieux ; communautaires, politiques) dans les campagnes de sensibilisation du VIH/SIDA ;
- Former les agents de santé impliqués dans les activités de la PTME.
- Superviser régulièrement les agents de santé impliqués dans les activités de la PTME
- Créer des sites de PTME au niveau de tous les centres de santé et y affecter du personnel qualifié.

### **Au centre de santé de référence de la commune v**

- Assurer une disponibilité permanente des tests de dépistage et des ARV dans la salle de naissance.
- Créer un local idéal de counseling au niveau de la salle d'accouchement afin de garantir l'anonymat et la confidentialité.

### **Aux populations**

- Fréquenter les unités de soins prénatals tout en adhérant au programme de PTME ;
- Eviter l'alimentation mixte chez les nouveau-nés de mères positives au VIH.
- Eviter la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA en les acceptants.

### **Au personnel de santé**

- Faire le counseling à toutes les femmes enceintes qui viennent en consultation prénatale ou pour accoucher afin d'augmenter le taux de dépistage volontaire ;
- Améliorer d'avantage l'accueil des femmes enceintes ;
- Considérer la grossesse chez une femme infectée par le VIH comme une grossesse à haut risque ;
- Respecter les gestes préventifs conseillés pour les femmes séropositives en travail d'accouchement et aux nouveau-nés en post-partum immédiat ;
- Expliquer correctement aux femmes les moments de la transmission mère enfant du VIH et les aider à faire un choix éclairé du mode d'alimentation de leurs nouveau-nés ;
- Remplir correctement les supports de collecte des données avec datation de tous les actes posés.





## REFERENCES

## REFERENCES

1. **ONUSIDA.** Fiche d'information, novembre 2016 ; 6 ; 4-5.
2. **ONUSIDA .**Fiche d'information 2021 .Estimations épidémiologiques préliminaires de l'ONUSIDA 2021
3. **ONUSIDA.** Prévalence du VIH dans le monde chez les femmes enceintes. Décembre 2015 ; 14 p. [www.unaids.org](http://www.unaids.org).
4. **ONUSIDA.** Prévalence du VIH en Afrique Sub-saharienne chez les femmes enceintes. Décembre 2013 ; 14p. [www.unaids.org](http://www.unaids.org).
5. **ONUSIDA/OMS.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. Genève, Suisse.
6. **ONUSIDA.**Le sida en chiffres 2015 ; 12 :5-9.
7. **YapoThomas Aba et coll.** Maladies infectieuses tropicales, Editions Alinéa Plus 2016,580-625.
8. **PNP 2019.** (Rapport 2017 - DNS/CSLS/MSHP).
9. **Ministère de la santé/Direction nationale de la santé/Mali.** Programme national de lutte contre le sida : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV). Plan d'action; janvier 2001.
10. **Komme HC.** Evaluation de la séroprévalence du VIH dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de 1999 à 2002. Thèse médecine : Bamako, 2004-p107.
- 11.**Enquête démographique et de santé Mali.** EDSIV Mali 2006 .Prévalence du VIH et facteurs associés.
- 12.**ONUSIDA/OMS Décembre 2014.** Nouvelle infection du VIH.  
Page 19 et 20.
- 13.**ONUSIDA Décembre 2005.** Le point sur l'épidémie du SIDA. Décembre 2005.P19-20.
- 14.**Rapport ONUSIDA 2014.** La prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Afrique ; p14 et 19.
- 15.**EDS-M III : Séroprévalence de l'infection à VIH au Mali 2003.**

16. **Modibo K. Camara Mali 2009** : www.keneya.net. Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes en ceintes. Page : 19.
17. **Médecine et Santé Tropicales**, vol. 22, N°3-juillet-août-septembre 2012.
18. **Brun-Vezinet F, Damond F, Descemps D et Simon F.** Virus de l'immunodéficience humaine. Maladie infectieuse Paris 2000. Pages : 20, 23,24.
19. **Barre Sinoussi F et al.** Science.1983: isolement d'un rétrovirus T – lymphotrope d'un patient a risque de syndrome d'immunodéficience acquise(SIDA) .
20. **Laporte A, Lot F. Epidémiologie** : situation actuelle et tendance. Doin Edit 2001:Pages : 14-15 ; 19-20.
21. **Halima Tougri** : Efficacité de la PTME du VIH par les ARV au Burkina-Faso. Thèse Méd. 2008. Pages : 13 et 15. Fig. 2 et 3.
22. **Revue du Programme National de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Burkina Faso.** Juillet 2004.
23. **Dabus. F., Bequet L., EKOUEVI DK et Al Field** efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission AIDS. 2005 Feb 18; 19(3):309-18.
24. **UNICEF, ONUSIDA, OMS.** Suivi et évaluation de la prévention intégrée de la Transmission mère-enfant du VIH dans les pays à faibles revenus.
25. **Leport C., Longuet P, Lacassin F, Vilde JL.** Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Maladies infectieuses, Paris 1996, Pages : 29-38 ; 46-50.
26. **Pascal H, Barre Sinoussi F, Debre P.** Infection à VIH et pathologies opportunistes. Médecine thérapeutique 1996 ; 11 :32-8.
27. **Sissoko. S.** Les lésions dysplasiques du col de l'utérus dans quatre centres de santé de Bamako. Thèse Médecine 2005 ; 145 :82.
28. **Mandebrot Grossesse et VIH.** Rév Prat 1990 ; 49 :1757-62 .

- 29.Fouedjio et al.** Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Yaoundé. Médecine d'Afrique Noire.2013, vol 17. Pages 83, 85.
- 30.Cassuto JP, Pesce A, Quaranta JF.** Sida et infection par le VIH, Paris.1996 ; 183 :46-52.
- 31.Taha Te, Hoover DR, Dallabeta GA, Kumwenda NI, Mtima LA, Yang LP et Collaborateurs.** Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of VIH.AIDS 1998;12-13:1699-1706.
- 32.OMS consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.** 20 juillet 2013. [Pub Med].
- 33.Ilif PJ, Piwose E, Tavegwa CD, Marinda ET, Nathook J et al.** Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1transmission and increases HIV free survival.AIDS 2005 Apr 29; 19(7):699-708.
- 34.OMS.** Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du Sida au Mali. Novembre 2013, page 53.
- 35.Mwemb N, Kalenga, Donnen P, Cheng F, Humblet P, Dramaix M, Buekens P.** Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Lubumbashi. Médecine d'Afrique Noire. 2012. 83-85. Available from : <http://www.hsd-fmsb.org>
- 36.MR Tchala Abalo Mevenenessi.** Etude bibliographique sur l'infection au VIH au Mali, point sur les études réalisées de 1983 à février 2003- février 2004
- 37.Agei E, Mbu RE, Mbopi Keou Fx, Alake G Tenye R Nana PN, et al.** Conseil et dépistage volontaire pour le VIH en salle de travail. Sidenet, 2007, (1) :975.
- 38.Tchendjou P, Gake B, Nga R, Tejiokem M, Njom Nlend A, Zeken L et al.** Impact du counseling pour le VIH en salle d'accouchement chez les

femmes n'ayant pas eu de consultations prénatales antérieures : cas de Provence du Nord Cameroun. Sidenet, 2004 ;1(9) :719

- 39. Bouaré N, Vaira D, Gothot A, Delwaide, j Bontems S, Seidel L et al.** Prévalence of HIV and HVC infections in two populations of malian wowed and serological assays performances. World J Hepatol. 2012 ;4(12) :365-73
- 40. Amina H.** Evaluation de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA au cours de l'accouchement à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune de Cotonou. Thèse médecine : Bamako, 2005 ; 96 : p 105.
- 41. Ministère de la santé publique (Togo).** Guide pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Lomé PNLS/IST; 2004.
- 42. Bakayoko A.** Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positif à HGT. Thèse médecine : Bamako, 2004 ; 68 : p 48.
- 43. Mandelbrot L.** Prise en charge des femmes séropositives enceintes. Revue française des laboratoires, janvier 1997; 290 :30
- 44. Bazet A.** Evaluation des facteurs de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Mémoire santé publique Montréal 1995.
- 45. Leroy V, Newell ML, Dabis F et al.** International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV1 infection. Lancet 1998; 352: 597-600.
- 46. Diouf A, Kebe F, Faye E et Al.** L'infection par le VIH chez la femme enceinte à Dakar (Sénégal). Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 23:283-87.
- 47. Sombie I, Nacro B, Tiendrebeogo S, Dao B, Carloux M, Meda N et Al.** Infection maternelle et paramètres anthropométriques n de l'enfant à la naissance au Burkina-Faso. Cahier santé 1999; 9.
- 48. Traoré S.O ; Berthé B ; Konaté. I ; Samaké A et Al .** Dépistage du VIH en salle d'accouchement a la maternité du centre de sante de Reference de la commune V (Bamako).

- 49.De-banguirys LS, Dansou J, Beninguisse P.** Analyse des facteurs de non recours en première consultation prénatale lors des premières grossesses des adolescentes et jeunes à Yaoundé, Cameroun. IFORD 2002. p25
- 50.Rwenge M.** La qualité des soins obstétricaux au Cameroun, Travaux et documents publiés par l'IFORD 2007, N°29, 206p.
- 51.Sawadogo N et al.** Projet DEMTREN : Pauvreté et besoins non satisfaits en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Centrale, Rapport enquête qualitative-Yaoundé Cameroun Yaoundé 2012. 58p
- 52.Evina A.** Vie féconde des adolescentes en milieu urbain Camerounais. Les cahiers de l'IFORD, Yaoundé 1998, 117 p.
- 53.Mouftaou AS et Attemba R.** (2011), Santé de la reproduction des adolescents Défis des Réformes des Systèmes de Santé, Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar, Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar Numéro 57 / N° 2, décembre 2010 - janvier 2011, CEFORP, Cotonou (Bénin).



ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

PREVENTION TRANSMISSION MERE ENFANT DE RATRAPAGE EN SALLE DE  
NAISSANCE DU CENTRE DE SANTÉ DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU  
DISTRICT DE BAMAKO(MALI).

#### I RENSEIGNEMENT GENERAUX

##### IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1 : N<sup>o</sup> du dossier /...../

Q2 : Année /...../

Q3 : Nom ....., Prénom.....

##### Q4 : Age en année

1 : ≤ 19 ans /...../ ; 2 : 20 a 34 ans /...../ ; 3 : ≥ 35 ans /...../

##### Q5 : Ethnie

1 : Bambara /.../ ; 2 : Malinké /.../ ; 3 : Soninké /.../ ; 4 : Sonhaï /.../ ; 5 :  
Dogon/.../ ;

6 : Bobo/.../ ; 7 : Peulh/.../ ; 8 : Autres :.....

##### Q6 Profession de la patiente

1 : Secrétaire /.../ ; 2 : Enseignant /.../ ; 3 : Juriste /.../ ; 4 : Sage-femme /.../ ;  
5 : Journaliste/.../ ; 6 : femme au foyer /.../ ; 7 : Vendeuse/commerçante /.../  
8 : Elève/Etudiante /.../ ; 9 : Autres à préciser

.....

##### Q7 Notion d'instruction

1 : Oui /.../

2 :

Non /.../

Si instruite passer à la question 8.

##### Q8 Niveau d'instruction

###### a- Ecole Française

1 : Primaire /.../ ; 2 : Secondaire /.../ ; 3 : Supérieur /.../

###### b- Ecole Arabe

1 : Primaire /.../ ; 2 : Secondaire /.../ ; 3 : Supérieur /.../

##### Q9 Nationalité Malienne

1 : Malienne /.../

2 : Autres à

préciser .....

##### Q10 Statut matrimoniale

1 : Mariée /.../ ; 2 : Célibataire /.../ ; 3 : Divorcée /.../ ; 4 : Veuve /.../



**Q 11 Régime matrimonial**

1 : Polygamie /.../

2 : Monogamie /.../

**IDENTITE DU PROCREATEUR**

**Q 12 Profession du procréateur**

1 : Ouvrier /.../ ; 2 : Chauffeur /.../ ; 3 : Commerçant /.../ ; 4 : Militaire /.../

4: Enseignant /.../ ; 6 : Elève/ Etudiant /.../ ; 7 : Médecin /.../ ; 8 : Journaliste /.../

9 : Juriste /.../ ; 10 : Autres à

préciser.....

**Q 13 Nationalité**

1 : Malienne /.../

2 : Autres a

préciser.....

**Q 14 Adresse**

1 : Bamako /.../

2 : Hors Bamako /.../

**Q 15 Notion d'instruction**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**II Antécédents de la parturiente**

**Q 16 Médicaux**

1 : HTA /.../ ; 2 : Diabète /.../ ; 3 : Asthme /.../ ; 4 : Drépanocytose /.../

5 : Autres à préciser /..... ; 6 : Pas d'antécédent /.../

**Q 17 Chirurgicaux**

1 : Césarienne /.../ ; 2 : Hystéroraphie /.../ ; 3 : Laparotomie /.../ ; 4 : Pas d'antécédent /.../

2 : Autres à préciser /.../

**Q 18 Gynécologiques**

**a- Contraception**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**b- Hypofertilité traitée**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 19 Obstétricaux**

**a- Gestité /.../**

1 : Primigeste ; 2 : Paucigeste ; 3 : Multigeste ; 4 : Grande Multigeste

**b- Parité /.../**

1 : Primipare ; 2 : Paucipare ; 3 : Multipare 4 : Grande Multipare

**c- Enfants Vivants /.../**

1 : 0 enfant ; 2 : 1 à 3 enfants ; 3 : > 3 enfants.

**d- Enfants décédés /.../**

1 : 0 enfant ; 2 : 1 à 3 enfants ; 3 : > 3 enfants.

e- **Avortements** /.../

1 : 0 avortement ; 2 : 1 à 3 avortement ; 3 : > avortements.

### III HISTOIRE DE LA GROSSESSE

**Q 20 Date des dernières règles** : .....

**Q 21 Terme probable** : .....

**Q 22 Nombre de consultation prénatale** /.../

1 : 0 ; 2 : 1- 4 ; 3 : > 4 .

**Q 23 Lieu de Consultation :**

1 : Csref /.../ ; 2 : Cskom /.../ ; 3 : Hôpital /.../ ; 4 : Structures  
privées : .....

**Q 24 Lieu du CPN est-il un site PTME :**

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

**Q 25 Qualification de l'auteur de la consultation prénatale :**

1 : Médecin/.../ ; 2 : Sage-femme /.../ ; 3 : Infirmière Obstétriciennes /.../ ; 4 :  
Matrone/.../

3 : Autres à préciser /.../ .

**Q 26 Bilan prénatal réalisé :**

1 : Oui /.../ 2 : /.../

**Q 27 Counseling PTME proposé lors des C P N :**

1 : Oui /.../ 2 : /.../

**Q 28 Qualification de l'auteur du counseling :**

1 : Médecin/.../ ; 2 : Sage-femme/.../ ; 3 : Infirmière Obstétricienne /.../ ; 4 :  
Matrone/.../ ;

5: Autres à préciser /.../.

**Q 29 Si counseling fait pourquoi pas de dépistage :**

.....  
.....  
.....

### III DEPISTAGE ET TRAITEMENT

**Q 30 Counseling PTME proposé dans la salle d'accouchement :**

1 : Accepté /.../ 2: Refusé /.../

**Q 31 Anonymat :**

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

**Q 32 Confidentialité :**

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

**Q 33 Consentement éclairé :**

1 : Accepté /.../

2 : Refusé /.../

**Q 34 Existe-t-il une notion de protégée :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 35 si Oui quelle est la qualification de cette personne qui la protégeait :**

1 : Sage-femme /.../ ; 2 : Médecin /.../ ; 3 : Infirmière obstétricienne /.../

4 : Matrone /.../ ; 5 : Autres à préciser /.../ .

**Q 36 Si non raisons du refus de faire le test dans la salle de naissance :**

.....  
.....  
.....

**Q 37 Résultat du test au Détermine HIV :**

1 : Positif /.../

2 : Négatif /.../

**Q 38 SI Détermine positif résultat du test de confirmation :**

1 : Positif /.../

2 : Négatif /.../

**Q 38 SI test de confirmation positif type de HIV :**

1 : HIV1 /.../ ; 2 : HIV2 /.../ ; 3 : HIV 1 + HIV 2 /.../

**Q 39 Réactions de la parturiente dépistée positive à l'annonce de son résultat :**

.....  
.....  
.....

**Q 40 SI test positif passer aux traitements ARV :**

**a- Cas du HIV 1**

Tenofovir(TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz(EFV) 600

**b- Cas du HIV 2**

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir  
(LPR/r)

**Q 41 Souhaite informer son partenaire de son statut sérologique**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

- SI NON

**Q 42 Motif du refus d'informer son partenaire :**

.....  
.....

**IV HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT :**

**Q 43 Date d'entree en salle de travail :**.....

**Q 44 Motif**

**d'admission :**.....

**Q 45 Age de la grossesse :**

.....

**Q 46 Phase du travail :**

.....

1 : Phase de latence /.../

2 : Phase active /.../

**Q 47 Rupture des membranes avant dilatation complète :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

- SI OUI

**Q 48 Temps mis entre la rupture des membranes et l'accouchement :**

1 : < 06 heures /.../ ; 2 : 6-12 heures /.../ ; 3 : >12 heures /.../

**Q 49 Voie d'accouchement :**

1 : Voie basse simple /.../ ; 2 : Voie basse après manœuvres obstétricales /.../

3 : Voie basse par extraction instrumental /.../ ; 4 : Césarienne /.../

**Q 50 Type de délivrance :**

1 : Artificielle /.../ ; 2 : Naturelle /.../ ; 3 : Active /.../.

**Q 51 Délivrance hémorragique :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 52 Révision utérine :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 53 Notion d'épisiotomie :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 54 Suites de couches :**

1 : Simples /.../

2 : Compliquées /.../

Si (2 )

Compliquées de :.....

V NOUVEAU NÉ

**Q 55 Sexe du nouveau-né :**

1 : Masculin /.../

2 : Féminin /.../.

**Q 56 Poids du nouveau-né ;**

1 : < 2500 g /.../ ; 2 : 2500- 4000 g /.../ ; 3 : > 4000g /.../.

**Q 57 Taille du nouveau-né :**

1 :  $\geq$  47 cm /.../

2 : < 47 cm /.../

**Q 58 Périmètre crânien du nouveau-né :**

1 : < 32 cm /.../ ;

2 : > 32 cm /.../

**Q 59 Apgar :**

1 : 0 /.../ ; 2 : 1-3 /.../ ; 3 : 4-7 /.../ ; 4 :  $\geq$  8 /.../

**Q 60 Hypotrophie :**

1 : Oui/.../

2 : Non /.../

**Q 61 Pré maturité :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 62 Macrosomie :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 63 Réanimé :**

1 : Oui /.../

2 : Non/.../

**Q 64 Malformations :**

1 : Oui /.../

2 : Non/.../

**Q 65 Nouveau-né référé a la néonatalogie systématiquement :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 66 Nouveau –ne référé a la néonatalogie pour un motif supplémentaire :**

1 : Oui /.../

2 : Non /.../

**Q 67 Mode d'allaitement choisis par la mère après counseling :**

1 : Maternelle + sevrage précoce /.../ ;

2 : Artificielle /.../

**Q 68 Traitement ARV du nouveau ne de mère HIV positif :**

1 : Nevirapine sirop + Zidovudine sirop /.../

2 : Nevirapine sirop/.../

3 : Zidovudine sirop /.../

**Q 69 Etat du nouveau à une semaine de vie :**

1 : Vivant /.../

2 : Décédé /.../

## Fiche signalétique

**Nom** : Hounnade

**Prenom** : Romeo Zouvennisse

**Nationalite** : Malienne

**E-mail** : romeohounnade26gmail.com

**Titre de thèse** : Prévention de la transmission mère enfant de rattrapage en salle de naissance du CSREF de la commune 5 du district de BAMAKO(MALI)

**Année académique** : 2019- 2020

**Pays d'origine** : Benin

**Ville de soutenance** : Bamako

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie –obstétrique ; Epidémiologie

## Introduction

La transmission mère enfant constitue l'un des principaux modes de contamination du VIH. Celle-ci peut se réaliser in utero, per –partum, post partum et a l'allaitement maternel.

## Objectif

Le but de cette étude était d'étudier le dépistage du VIH/SIDA chez les parturientes admises en salle de travail du CSREF de la commune V.

## Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, analytique transversale s'étendant du 20 Octobre 2018 au 19 Septembre 2019 ; portant sur le dépistage tardif du VIH/SIDA dans la salle de naissance du CSREF de la commune V.

## Résultats

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 10837 accouchements, 401 parturientes n'avaient pas bénéficié d'un counseling /dépistage du VIH avant la salle de travail soit 3,7%.

Le taux d'acceptabilité du dépistage dans la salle de travail était de 89,78% contre un taux de refus de 10,22%.

Parmi les 360 parturientes qui ont accepté de faire le test, 43 sont dépistées positives positives soit une prévalence de 11,94 %

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 54,4%. Les parturientes dépistées positives ont toutes reçu le traitement ARV. L'accouchement par voie basse était la plus fréquente soit 79%. Les nouveaux nés avaient un bon pronostic dans leur premières semaines de vie 93%.

### **Conclusion**

Le counseling et dépistage volontaire du VIH sont la porte d'entrée de la prévention de la TME du VIH/SIDA. Ils constituent la première étape de la prise en charge. Cependant malgré la multiplication des centres de santé, plusieurs gestantes continue d'échapper aux CPN et au counseling /dépistage du VIH/SIDA.

Mots clés : dépistage, VIH/SIDA, TME, parturientes, salle d'accouchement

## SERMENT D'HIPPOCRATE

### **L'effigie d'Hippocrate (27)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Je le jure !*