

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

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

Année : 2005 - 2006

N°

THEME

**PROBLEMATIQUE DE L'UTILISATION DES  
SERVICES DE PREVENTION DE LA  
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA  
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-  
OBSTETRIQUE  
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le / / 2006**

***devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie***

Par

**Melle Rokia BOÏTE**

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**Jury :**

**Président :**

**DIALLO**

**Membre :**

**Membre :**

**Directeur de Thèse :  
TRAORE**

**Professeur**

**Amadou**

**Docteur Niani MOUNKORO**

**Docteur Soumana Oumar TRAORE**

**Professeur Agrégé**

**Mamadou**

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

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

### ADMINISTRATION

DOYEN:

**Anatole TOUNKARA**  
Professeur

1<sup>er</sup> ASSESSEUR:

**Drissa DIALLO**  
MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR:

**Sékou SIDIBE**  
MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **Yénimegue Albert DEMBELE**  
Professeur

AGENT COMPTABLE: **Mme COULIBALY Fatoumata TALL**  
CONTROLEUR DES FINANCES

### **PROFESSEURS HONORAIRES**

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

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

#### ▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

##### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

##### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

### 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

## ▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGODOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

### 3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie

Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Entomologie médicale  
Malacologie – Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie

#### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheik Bougadari TRAORE  
Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou Baby  
Mr Mahamadou A Théra

Biochimie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie/ Virologie  
Anatomie pathologie  
Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djbril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bocary Y Sacko

Entomologie-Moléculaire Médicale  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Entomologie-Moléculaire Médicale  
Biologie/ Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

### ▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAÏGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Somita KEITA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie- **Chef de D.E.R.**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie-Hépatologie  
Dermato-Léprologie

#### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE  
Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE

Pédiatrie  
Pneumo-Phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne

#### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE  
Mr Sahare FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO

Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Psychiatrie  
Gastro-entérologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA  
Mme TRAORE Mariam SYLLA

Pédiatrie  
Pédiatrie

Mr Adama D. KEITA  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Daouda K Minta

Radiologie  
Endocrinologie  
Dermatologie  
Maladies Infectieuses

#### **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Mahamadou B. CISSE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme Diarra Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Sounkalo DAO  
Mr Cheick Oumar Guinto

Cardiologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Médecine interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépto-gastro-entérologie  
Hépto-gastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Maladies infectieuses  
Neurologie

#### **▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

##### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSE  
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie  
Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

##### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Drissa DIALLO  
Mr Ousmane DOUMBIA

Matières médicales  
Pharmacie Chimique

##### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Boulkassoum Haidara  
Mr Elimane MARIKO

Législation  
Pharmacologie

##### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Benoît KOUMARE  
Mr Alou KEITA  
Mr Ababacar I. MAÏGA  
Mr Yaya KANE  
Mne Rokia SANOGO

Chimie analytique  
Galénique  
Toxicologie  
Galénique  
Pharmacognosie

##### **5. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA

Législation  
Parasitologie Moléculaire

#### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

##### **1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA  
Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique **Chef de D.E.R**  
Santé Publique

##### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE**

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

### **4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Oumar THIÉRO

Biostatistique

### **▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymane GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Lassine SIDIBE

Chimie-Organique

### **▪ ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA

Bromatologie

Pr. Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr. Eric PICHARD

Pathologie Infectieuse

Pr. Mounirou CISSE

Hydrologie

Pr. Amadou Papa DIOP

Biochimie

## **DEDICACES**

A toutes les femmes qui ont laissé leurs vies en donnant la vie  
Principalement à ma mère feu Hadiara Traoré: toi qui a suivi mes  
premiers pas et a donné tout ton amour jusqu'à ce que la mort nous  
t'arrache. Ce travail est le tien et soit certaine que je ne t'oublierai  
Jamais !

A mon père feu Issa Boité: aucun mot ne saurait traduire toute ma  
gratitude. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était  
en fait que ta volonté de nous voir réussir. J'aurai aimé que tu sois  
ici aujourd'hui pour voir le résultat de tes efforts consentis.  
Hélas! Le seigneur en a décidé autrement, que ton âme repose en  
paix! (Amina) !

## **REMERCIEMENTS**

Je rends Grâce à Allah le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux et  
son prophète Mohamed (Paix et Salut sur lui) de m'avoir donné la  
force et la volonté de mener à bout ce travail.

Mes remerciements les plus sincères:

A l'ensemble du corps professoral de la faculté de Médecine, de  
Pharmacie et d'Odontostomatologie  
Pour toutes les connaissances que vous m'avez enseignées.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V, pour la collaboration étroite.

A toutes les sages-femmes du centre de santé de référence de la commune V, particulièrement les sage-femme de la CPN.

Pour votre collaboration étroite

Au Docteur Drabo Adama de la commune V

Pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Aux Docteurs: Traoré Soumana, Traoré Oumar, Dembelé Bakary, Thiero Adama.

Pour tout ce que vous m'avez appris.

A tous mes collègues internes, particulièrement à notre équipe de garde. Pour l'entente et la complicité qui ont règne entre nous.

A toute la famille Boite

A mes oncles et tantes

Pour votre dévouement filial. Acceptez ce travail comme le témoignage de ma reconnaissance ; Encore merci

A mes frères et sœurs

Pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Ce travail est le couronnement de tous vos sacrifices. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A mes cousins et cousines

Pour votre soutien moral



A mes beaux frères et belles soeurs

Qu' Allah vous accorde paix, stabilité et entente dans vos foyers et une vie pleine de bonheur.

A tous mes neveux et nièces

Courage et persévérance

A Mr. Amadou Fofona de la CPS/SANTE

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Ce travail est aussi le votre. Soyez assuré de toute ma profonde reconnaissance.

A mes amis et promotionnaires de la FMPOS

Doc, Abdou Kane, Yacouba Samaké, Alou Keita, Mahamane Timbo, Halidou Maiga.

A Docteur Danaya Koné

Pour votre aide et votre disponibilité.

A tout mes amies et promotionnaires de la FMPOS

Diallo Z, Fatoumata Konaté (Fakofitini), Diamy Kane, Assan Dolo, Siby Z, Jeanne Tessougue, Gogo Siby, Bintou Diarra, Mariam Maiga, Mata Traore, Adiarra Sangare, Awa Fofana, Marian Diane, Mouné Koné

Je n'oublierai jamais tout ce que j'ai pu partager avec chacun de vous, vous avez coloré ma vie de faculté de jour comme de nuit de bonheur et de souvenir; merci d'avoir été là.

A toute l'équipe de L' INRSP, du projet « Dumuni Nafama » de HKI,  
et de la CPS/Santé.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'édification de ce  
travail. Merci infiniment.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président de jury

### **Professeur Amadou Diallo**

Professeur de Biologie Animale et de Zoologie à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Vice-recteur de l'université de Bamako (Mali)

Honorable Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre amour du travail bien fait, vos connaissances scientifiques, votre qualité humaine et votre disponibilité ont forcé notre Admiration.

Cher maître, soyez assuré de notre reconnaissance et de l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

**Docteur Niani Mounkoro**

Assistant chef de clinique en gynéco obstétrique à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Gynécologue obstétricien au CHU de Gabriel Touré

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous sommes certain que vos remarques et suggestions contribueront à l'amélioration de ce travail, compte tenu de vos qualités intellectuelles et scientifiques.

Trouvez ici notre gratitude et nos remerciements sincères

A notre maître

**Docteur Soumana Oumar Traoré**

Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Cher maître.

C'est l'occasion pour nous de vous remercier très sincèrement pour avoir participé activement à ce travail. Votre disponibilité, vos conseils et votre courage ont été d'une aide capitale à l'élaboration de ce travail.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis.

A notre maître et directeur de thèse

**Professeur Mamadou Traoré**

Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique ;

Secrétaire général adjoint de la SAGO ;

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle ;

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant dans votre service.

Nous avons bénéficié de votre savoir en gynécologie et obstétrique, surtout lors des staffs et des EPU.

Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Votre rigueur scientifique, surtout votre abnégation associés à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Trouvez ici cher maître, l'expression de ma gratitude et de mon attachement profond.

## **SOMMAIRE**

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>16</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
<b>1. OBJECTIFS.....</b>	<b>19</b>
<b>2. GENERALITES .....</b>	<b>20</b>
<b>3. METHODOLOGIE .....</b>	<b>31</b>
<b>5. DISCUSSION .....</b>	<b>54</b>
<b>6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>60</b>
<b>7. REFERENCES : .....</b>	<b>62</b>
<b>8. ANNEXES : FICHE D'ENQUETE .....</b>	<b>68</b>

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ADN:** Acide désoxyribonucléique

**AIDS:** Acquired immunodeficiency syndrome

**ARN:** Acide ribonucléique

**AZT :** Zidovudine

**CD4 :** cluster of Differentiation 4

**CDC :** center for disease control

**CHU:** Centre Hospitalier Universitaire

**CPN :** Consultation Périnatale

**CPS/SANTE:** Cellule de la Planification Statistique/ Santé

**CSRéf:** Centre de Santé de référence

**CTV :** Conseil – Test – Volontaire

**DNS :** Direction Nationale de la Santé

**IEC :** Information – Education – Communication

**Ig ;** Immunoglobuline

**IMAARV :** Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux

**HKI:** Helen Keller International

**IST :** Infection sexuellement transmissible

**MST :** Maladie sexuellement transmissible

**OMS :** Organisation Mondiale de la santé

**ONUSIDA :** Organisation des nations unies de Lutte contre le Sida

**PTME :** Prévention de la Transmission Mère/Enfant du VIH/SIDA

**PVVIH :** Personne Vivant avec le VIH

**SIDA :** Syndrome Immunodéficience Acquise

**SPSS :** Statistical Package for Social Sciences

**TME :** Transmission Mère/Enfant

**VIH:** Virus l'Immunodéficience Humaine



## **INTRODUCTION**

Le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) est dû à un virus, celui de l'immunodéficience humaine. Lequel après l'infection de l'homme entraîne la baisse du système immunitaire, favorisant l'atteinte de l'organisme par des autres agents infectieux <sup>(27)</sup>.

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) atteint en effet les lymphocytes TCD4 ; les macrophages ; les cellules de Langherans ; les cellules de la microglie et les cellules dendritiques folliculaires <sup>(46)</sup>.

Sa transmission est surtout sexuelle, sanguine et verticale (mère-enfant) De part son expansion mondiale, sa mortalité élevée et l'absence de thérapeutique radicale; l'infection VIH constitue un grave problème de santé publique.

Les femmes et les enfants constituent les cibles les plus vulnérables depuis le début de cette pandémie.

Le rapport ONUSIDA/OMS de décembre 2003 fait mention de 40 millions de personnes vivant avec le VIH à travers le monde, dont 2,5 millions d'enfants de moins de 15ans. La même année, le SIDA a tué plus de 3 millions de personnes, et on estime à 5 millions le nombre de personnes nouvellement infectées<sup>(44)</sup>..

L'Afrique subsaharienne tient le peloton de tête avec 3,2 millions de nouveaux cas en 2003 <sup>(21)</sup>.

En Afrique Australe la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes avoisine les 40% à Gaborone (Botswana) et à Manzoni (Swaziland), 16% à Blantyre (Malawi), 20% à Lusaka <sup>(44)</sup>.

Au Mali à l'image du monde entier la situation est préoccupante, selon les derniers résultats de la troisième enquête démographique de santé du Mali (EDSM III), 1,7% de population est porteuse du VIH dont 1,3% chez les hommes et 2% chez les femmes <sup>(25)</sup>.

L'augmentation des cas de SIDA congénital corollaire de la transmission verticale constitue un problème très préoccupant <sup>(13)</sup>.

L'ONUSIDA estime que 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans dans le monde étaient infectés par le VIH à la fin de l'année 2002. Pendant la

seule année 2001, 800.000 cas de nouvelles infections et 610.000 cas de décès par SIDA sont survenus chez les enfants de moins de 15ans. Dans la majorité des cas ces infections ont été transmises par la mère <sup>(43)</sup>.

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à des moments différents durant la grossesse. Elle se produit in utero dans les dernières semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas, au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas. L'exposition du nouveau-né à l'infection virale se poursuit au cours de l'allaitement maternel <sup>(9)</sup>.

La mise en œuvre des méthodes connues de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH pourrait éviter la majorité des infections chez ces enfants.

En absence de prévention, le taux de transmission est de l'ordre de 20% pour le VIH1 et de 1-4% pour le VIH2 <sup>(9)</sup>.

En France en 1999, 36% des femmes enceintes séropositives étaient dépistées au moment de leur grossesse et près de 97% des femmes infectées recevaient un traitement ARV ce qui réduit actuellement le taux de transmission mère enfant à moins de 2% <sup>(22)</sup>.

Le centre de santé de référence de la commune V de Bamako est un site de PTME depuis septembre 2002. On y procède au dépistage volontaire lors des consultations prénatales, l'administration d'ARV chez la mère et chez le nouveau-né, un choix éclairé d'option de l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive et le suivi de ces enfants.

Le rapport PTME 2004 a montré que sur 2136 femmes vues en CPN 1779 femmes ont bénéficié d'un counseling 633 tests ont été effectués mais 247 résultats non enlevés.

En effet après trois années d'activité, l'exercice de la PTME présenterai de nombreuses insuffisances, Nous avons initié cette étude pour cerner les difficultés de l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au centre de santé de référence de la commune V.

## **1. OBJECTIFS**

### **1.1. Objectif Général**

Etudier les problèmes liés à l'utilisation du programme de la PTME dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

### **1.2. Objectifs Spécifiques**

- Rapporter l'organisation des services de PTME
- Evaluer l'application des procédures du conseil- test- volontaire dans le centre PTME de la commune V (IEC, Conseil test : le test de dépistage, résultat et conseil après le test).
- Préciser les connaissances et attitudes des femmes enceintes et nouvellement accouchées sur la transmission du VIH et la prévention de la TME.
- Formuler des recommandations.

### **1.3. Questions de recherche :**

Quels sont les problèmes liés à l'utilisation des services de PTME par les femmes enceintes et femmes nouvellement accouchées dans le centre ?

- Les femmes enceintes ont-elles une bonne connaissance du VIH/SIDA, des risques de la transmission mère-enfant et de l'existence d'un programme de PTME dans le centre ?
- Est-ce que le conseil test volontaire (counseling pré-test, dépistage volontaire, counseling post-test) est correctement administré et quelles sont les insuffisances dans l'application des normes et procédures selon ONUSIDA/PNLS-Mali ?

## **2. GENERALITES**

### **2.1. Définition :**

Le SIDA par définition est le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise chez l'homme ; causé par un virus appelé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), appartenant à la famille des rétrovirus.

Un rétrovirus est un virus qui possède l'équipement enzymatique nécessaire pour assurer la transcription de son ARN (support de l'information génétique) en ADN. Cette transcription est réalisée par la transcriptase inverse. Il s'agit d'un lentivirus, sous famille des rétrovirus qui sont connus pour entraîner des maladies dégénératives lentes après de longue incubation <sup>(27)</sup>.

### **2.2. Historique :**

Reconnu **en 1981** chez de jeunes homosexuels Américains, le SIDA ou syndrome acquise, a rapidement été considéré comme une maladie virale, transmissible par voie sexuelle et par voie sanguine. Dès cette époque, les pneumonies à pneumocystis carinii et les sarcomes de Kaposi observés chez les malades étaient corrélés à un déficit immunitaire profond déjà reconnu comme étant lié à la disparition d'une population de cellules de l'immunité : les lymphocytes CD4. La présence de poly-adénopathies persistantes comptait déjà parmi les symptômes qui précèdent l'apparition du SIDA <sup>(39)</sup>

Avant la découverte de l'origine virale de la maladie, différents agents ou mécanismes étiologiques avaient été incriminés

**En fin 1982** le CDC ( Center Disease Control ) décide de donner un nom à cette nouvelle maladie : AIDS ou SIDA en français remplaçant ainsi le terme de l'immunodéficience des homosexuels (gay related immunodeficiency ).

**En 1983** l'agent causal est isolé par l'équipe du professeur Luc Montagnier de l'institut Pasteur de Paris. Il s'agit d'un virus de la sous famille des rétrovirus. Il a été désigné sous le nom de LAV (lympho-adenopathy Associated Virus) <sup>(42)</sup>

Au cours de cette même année deux équipes de pédiatrie Américaine, Robinstein et Al d'une part, Olestre et Al d'autres parts décrivaient un nouveau syndrome d'immunodéficience acquise chez l'enfant <sup>(5)</sup>.

Ils ont suggéré la possibilité d'une transfusion intra-utérine d'un agent infectieux contenu dans le sang, idée qui fut d'ailleurs reprise par Joncas et Al <sup>(33)</sup>.

### **2.3. Epidémiologie du virus**

#### **2.3-1. Situation dans le monde**

Depuis le début identifié de la pandémie (1981) jusqu'à la fin 1997, L'OMS estimait à environ 30,6 millions le nombre de personnes vivant avec l'infection à VIH ou le SIDA dont 29,5 millions d'adultes et 1,1 millions d'enfants <sup>(44)</sup>.

Environ 41% des 29,5 millions d'adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes désâgède procréer.

Près de deux tiers des contaminations féminines et neufs cas sur dix de contamination pédiatrique ont eu lieu sur le seul continent Africain <sup>(42)</sup>. Ainsi la part des femmes en âge de procréer parmi les nouveaux cas d'infection à VIH (incidence) et parmi les personnes vivant avec le VIH (prévalence) apparaît chaque jour important <sup>(35)</sup>.

En 2002 l'épidémie du SIDA a causé plus de 3 millions de décès et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le virus de VIH cette même année, ce qui porte à 42 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde <sup>(44)</sup>.

La répartition du VIH-1 est mondiale. Cependant dans les pays industrialisés, l'épidémie concerne essentiellement certaines populations à risque (homosexuelle masculine, toxicomanes) alors que dans les pays en voie de développement l'ensemble de la population globale est touché, du fait de la transmission hétérosexuelle. Sur les 15000 personnes contaminées chaque jour plus de 95% vivent dans ces pays <sup>(45)</sup>

Contrairement au VIH-1, le VIH-2 est pratiquement restreint en Afrique de l'Ouest, et pour l'instant peu diffusé dans les autres pays du monde<sup>(1)</sup>. Les pays occidentaux comme la France, le Portugal, l'Espagne sont les plus concernés par le VIH-2 de part leur proximité géographique et le flux d'immigration avec l'Afrique de l'Ouest <sup>(11)</sup>.

L'Amérique latine et les Caraïbes, constituent la seconde région la plus durement touchée après l'Afrique subsaharienne avec 2 millions de séropositifs enfants et adultes compris <sup>(43)</sup>.

Dans la région Asie et Pacifique, l'épidémie émerge dans les pays jusque là indemnes (Chine, Indonésie, Vietnam). Le nombre de malades est passé de 7,1 millions en 2001 à 4 millions en 2003 avec 500 000 décès dus au VIH/SIDA <sup>(44)</sup>.

Au moyen Orient et au Maghreb, les données disponibles font état de 45000 individus décédés du VIH/SIDA et que 55000 personnes ont été contaminées par le virus en 2003, ce qui porte à 600 000 le nombre de séropositifs <sup>(43)</sup>.

### **2.3.2. Situation en Afrique**

L'Afrique Subsaharienne, est de loin la région la plus touchée, abrite 29,4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA ; Quelque 3 millions de nouvelles infections s'y sont produites en 2002 et l'épidémie a tué environ 2,4 millions d'Africains au cours de cette année. Dix millions de jeunes entre 15 et 24 ans et près de 3 millions d'enfants de 15 ans vivent avec le VIH <sup>(21)</sup>.

La prévalence de l'infection varie considérablement à travers le continent. Dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest et de l'Est, l'épidémie semble être maîtrisée grâce aux efforts de prévention <sup>(44)</sup>.

Les pays d'Afrique Australe tels que le Botswana, l'Afrique du Sud, le Mozambique sont les plus durement touchés, car ils regroupent à eux seuls environ 30% du total des individus infectés dans le monde, alors qu'ils constituent moins de 2% de la population mondiale <sup>(43)</sup>.

Au Mali, le 1<sup>er</sup> cas de SIDA a été observé en 1985, dès lors une première enquête de séroprévalence a été menée en 1987, la prévalence était de 1% dans les capitales régionales, 40% dans le district de Bamako et chez les professionnelles de sexe des centres urbains <sup>(25)</sup>.

Selon l'analyse de la situation présentée dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001- 2005, Bamako est une zone ayant une forte convergence des déterminants de risque du VIH et des groupes vulnérables. Selon les résultats de la dernière enquête Démographique de Santé (EDSM-III), la tranche d'âge la plus touchée est celle de 25-39 ans. Le nombre de cas de SIDA notifié à l'OMS était de 6639 et l'on estimait à 10500 le nombre de cas réels. A cette même année, l'épidémie de VIH/SIDA a occasionné au Mali la mort de 11000 personnes et a laissé 70000 orphelins <sup>(25)</sup>

Cependant au delà de ce taux de prévalence assez stable, il faut noter que d'avantage de maliens risquent d'être infecté à cause de forte prévalence dans certains groupes vulnérables (professionnelles de sexe, routiers, coxeurs, vendeuses ambulantes, etc.), de l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles et de l'existence de certains comportements à risque <sup>(25)</sup>.

## **2.4. Structure du VIH**

### **2.4.1. Morphologie**

Les rétrovirus se présentent sous forme de particules sphérique d'un diamètre de 80 à 100nm. Ces particules sont constituées d'une enveloppe externe lipidique de 100nm, qui entoure un noyau central ou excentré contenant la nucléocapside. Elles sont libérées de la cellule dans laquelle elles se répliquent par un processus de bourgeonnement <sup>(8)</sup>

### **2.4.2. Organisation génétique**

Le matériel génétique viral, codant tous les évènements de l'infection à la réplication aboutissant à la mort des cellules, est très variable.

Le génome compte plus de 9700 nucléotides et est composé de trois gènes caractéristiques des rétrovirus et d'autres gènes dits régulateurs. Les nucléotides sont des unités codant l'information génétique. Le message génétique codant la structure et le cycle du VIH est environ 100000 fois plus petit que le patrimoine des cellules humaines.

L'activité du VIH dépend de l'action des instructions génétiques qui commandent le cycle de réplication du virus.

Les gènes des rétrovirus sont formés d'ARN qui ne s'expriment qu'après avoir été transformés en ADN « pro viral ».

Les principaux gènes sont <sup>(8)</sup> :

- **Les trois gènes classiques des rétrovirus.**

- Le gène gag** qui code pour les protéines de structure interne ;

- Le gène Pol** qui code pour la transcriptase inverse ;

- Le gène env.** qui code pour les protéines qui après glycosilation secondaire, donneront une partie de l'enveloppe du virus

- Les gènes propres au VIH :

**Le gène tat** : c'est un gène indispensable à la rétro transcription, capable d'agir à distance d'où le terme de trans. Il joue un rôle de synchronisation de la production virale et augmente l'expression par activation de la séquence tat des LTR (long terminal repeat)

**Le gène rev** : exerce une fonction de régulation différentielle. Il code pour la protéine rev grâce à deux séquences nucléotidiques éloignées chacune ayant un rôle distinct : l'une inhibitrice et l'autre levant cette inhibition.

**Le gène nef** est responsable de la régulation négative de l'expression du virus donc de latence. Sa destruction augmente la pathogénicité du virus. Il est dans le cytoplasme ;

**Le gène vif** intervient dans la réplication virale. Il est responsable du pouvoir infectieux du virus.

Le VIH dispose d'un système de régulation génétique qui trompe la surveillance immunitaire. La complexité de son enveloppe et sa variabilité en font une cible désarmant le système immunitaire.

## 2.5. Variabilité génétique du VIH

Il existe deux types de virus : VIH-1 et VIH-2 qui présentent d'importantes différences entre eux <sup>(33)</sup> :

-au niveau génomique : le VIH-2 a 72% d'homologie nucléotidique avec SIV (Simian Immunodeficiency Virus) et seulement 42% avec le VIH1. cette homologie décroît pour les gènes de réplication et de régulation

-au niveau des protéines virales : ici la divergence est grande car le VIH-2 apparaît plus proche du SIV que du VIH-1 du point de vue des spécificités d'antigènes d'enveloppe <sup>(33)</sup>.

La diversité génétique est l'une des caractéristiques majeures de cette famille de virus.

Elle existe également à un degré moindre, au sein des virus humains (ou simiens) identifiés chez un même individu avec des variations du virus observées au cours de l'évolution de l'infection in vivo.

L'un des obstacles à l'élaboration d'un vaccin efficace est donc représenté par ce phénomène de variabilité qui n'est pas non plus sans conséquence sur la physiopathologie de la maladie et sa prise en charge thérapeutique <sup>(8)</sup>.

## 2-6. Réplication du VIH <sup>(28)</sup>

Deux étapes se distinguent dans la réplication du VIH au cours desquelles des mutations peuvent se produire.

**Etape 1** : correspond à l'intégration génomique :

Une fois le VIH introduit dans la cellule, l'ARN double brin du virus est décapsulé puis libéré dans le cytoplasme. Cet ARN est copié en ADN simple brin par l'ADN polymérase donnant ainsi l'hybride ARN-ADN.

L'ARN d'origine est détruit par la ribonucléase puis polymérise pour donner l'ADN double brin qui migre vers le noyau. Cet ADN viral (double brin) est circularisé et intègre le génome cellulaire sous forme de « pro virus ». Ainsi l'information virale est répliquée chaque fois que la cellule se divise.

**Etape 2 :** correspond à la production des particules virales :

Le VIH contient un seul promoteur qui contrôle l'intensité de l'expression des gènes où le gène tat transactivateur aurait un rôle essentiel. D'autres facteurs déclenchants existeraient.

Après différentes maturations, l'ARN du pro virus donne des ARN messagers qui synthétisent des protéines virales. L'ARN messager produit également des protéines codées par les gènes gag et pol. Une maturation particulière produit des protéines de l'enveloppe et l'ARN messagers à partir duquel les protéines tat et rev sont synthétisées.

Du fait de cette variabilité, plusieurs nouveaux mutants du VIH apparaissent au cours d'une seule infection.

Cellules cibles des virus VIH :

**Les cellules cibles sensibles à l'infection sont:** celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs. Il s'agit de la sous population de lymphocytes TCD4 + helper (ou auxiliaires), mais aussi des monocytes macrophages ou d'autres cellules telles que les cellules dendritiques, les cellules de langherans, ainsi que les cellules microgliales du cerveau. Ces cellules présentatrices d'antigène jouent probablement un rôle important de réservoir de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme. Récemment il a été mis en évidence une molécule de surface ( DC-SIGN) exprimée sur les cellules dendritiques capables de lier le VIH et de le transmettre à des lymphocytes T CD4 +.

Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans qu'ils puissent se répliquer. C'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

## **2.7- Transmission**

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés :

### **2.7.1. La transmission sexuelle : <sup>(31)</sup>**

A l'échelon mondial 75 à 85% des infections par le VIH ont été acquises à l'occasion de rapports sexuels non protégés

Plus de 70% de ces cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle et les 5 à 10% restants à la transmission homosexuelle entre hommes.

La transmission sexuelle de l'infection VIH se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginale ou rectale lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus. La muqueuse présente une certaine perméabilité vis à vis du VIH, on peut



retrouver des cellules infectées (cellules dendritiques) dans les sous muqueux après une exposition non traumatique de l'épithélium vaginal au VIH.

La muqueuse rectale de part son épithélium monocellulaire est la plus réceptive à l'infection.

### **2.7.2. La transmission sanguine :** Elle se fait principalement :

- Par la transfusion de sang et de dérivés sanguins : elle occupe le 2<sup>e</sup> rang de transmission en Afrique. Les transfusions sont responsables de 5- 10% des cas adultes de SIDA et jusqu'à 25% des cas pédiatriques, et cela à cause de la fréquence des transfusions à cause d'anémie nutritionnelle ou parasitaire <sup>(16)</sup>.
- Par l'usage de drogues par voie intraveineuse : ce mode de transmission est surtout développé en Europe et en Amérique du Nord.  
En Europe 37,5% des malades sont des toxicomanes <sup>(28)</sup>.
- Par tous les objets tranchants ou servant à percer la peau (couteau, rasoir, lame, aiguille, ciseaux...) ou les instruments de soin corporels (cure dent, brosse à dent, matériel de pédicure et manucure...)
- Par certaines pratiques traditionnelles (tatouage gingival, percée d'oreille, Scarification, circoncision et excision...) qui se font sans respect des règles d'asepsie.

### **2.7.3. Transmission mère- enfant**

Beaucoup d'arguments convergents en faveur d'une transmission tardive enfin de grossesse, voir à l'accouchement. La transmission se ferait pendant le dernier trimestre in utero pour 1/3 des enfants infectés et le jour de l'accouchement pour 2/3 des cas. Cette transmission est influencée par les manifestations cliniques (SIDA) ou un taux de CD4 bas (inférieur à 200/mm<sup>3</sup>) au moment de la grossesse, une charge virale plasmatique élevée (antigénémie P24 positive), virémie plasmatique élevée augmentent le taux de transmission <sup>(9)</sup>.

Une mère à un stade avancé de la maladie à un risque plus élevé de transmission in utero.

En période post natale c'est uniquement par l'allaitement maternel que l'enfant risque de s'infecter car la présence du virus dans le lait maternel a été démontré et le risque serait plus élevé en début d'allaitement puis la charge virale est élevée dans le colostrum <sup>(16)</sup>.

## **2.8 - Moyen de la prévention de la transmission mère-enfant <sup>(2)</sup>**

Il y a plusieurs moyens agissant à des niveaux différents :

- la prévention primaire consistant à prévenir l'infection chez la femme en âge de procréer.
- Réduire la charge virale maternelle plasmatique et génitale : ARV chez la mère ;
- Diminuer l'exposition en fin de grossesse et pendant le travail : césarienne programmée ;
- Réaliser une prophylaxie post exposition : choix d'un traitement offrant un bon passage transplacentaire et traitement chez le nouveau-né ;  
Supprimer l'exposition post natale : allaitement artificiel.

### **2.8.1. Efficacité des antirétroviraux :**

La zidovudine ou AZT en mono thérapie est la première prévention validée par des essais thérapeutiques, c'est le traitement prophylactique pour la prévention de la transmission mère-enfant au Mali initié par l'UNICEF, en plus de la Névirapine dont les schémas sont les suivants <sup>(40)</sup>.

#### **Zidovudine (AZT)**

600mg par jour soit 1gélule de 300mg matin et soir : à débiter à partir de la 34<sup>e</sup>- 36<sup>e</sup> semaine de grossesse et à poursuivre jusqu'au début du travail.

Pendant l'accouchement, placer une perfusion d'AZT en raison de 2mg/Kg pendant 1heure en bol us puis 1mg/kg jusqu'au clampage et à la section du cordon ombilical (à partir de la 28<sup>e</sup> semaine en cas d'accouchement prématuré).

#### **Névirapine (NVP)**

Prise de 200mg par voie orale au moment de l'accouchement ; le proposer systématiquement aux femmes enceintes infectées par le VIH vues tardivement.

Après l'accouchement, le traitement ARV se fera par voie orale en fonction du statut clinique, immunologique et virologique de la patiente et la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole sera envisagée selon les recommandations nationales <sup>(3)</sup>.

Des traitements courts plus adaptés aux pays en développement, on fait la preuve d'une efficacité, diminuant de moitié le taux de transmission en l'absence d'allaitement au sein et d'un tiers en présence d'un allaitement maternel <sup>(6)</sup>.

Le schéma de référence est celui de l'essai **ACTG 076**, comportant trois volets : chez la mère pendant la grossesse, en perfusion à l'accouchement, puis chez le nouveau-né. L'association **AZT-3TC** est la combinaison d'antirétroviraux la mieux étudiée, notamment par l'essai **PETRA** en Afrique australe et par l'essai ARNS 075. Dans cet essai français où la 3TC était ajoutée à partir de la 32<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée en plus du schéma usuel d'AZT, le taux de transmission était réduit à 1,6% <sup>(40)</sup>.

L'efficacité préventive de la névirapine en mono thérapie, en une seule prise chez le nouveau-né, a été démontrée en Ouganda. Le taux de TME dans cet essai était de 13%, soit une réduction de moitié par rapport au groupe témoin recevant un traitement ultra court par AZT. Dans un essai sud-africain, le même traitement par Névirapine a été comparé à la bi thérapie AZT- 3TC, selon le schéma « long » de l'essai **PETRA**. L'efficacité des deux traitements était similaire <sup>(30)</sup>.

En revanche, un essai thérapeutique international randomisé de grande ampleur (**PACTG 316/ARNS**) n'a mis en évidence aucune réduction du taux de transmission avec la Névirapine comparée à un placebo chez des mères recevant par une prise en charge optimale et des traitements antirétroviraux : les taux étaient de 1,5% dans les deux groupes <sup>(24)</sup>.

L'efficacité de tri thérapies antirétrovirales n'a pas été étudiée par des essais thérapeutiques. Avec des taux de TME de référence de l'ordre de 2-3%, les essais classiques randomisés deviennent irréalisables, car il faudrait y inclure plusieurs milliers de mères pour espérer démontrer la supériorité d'un nouveau type de traitement.

L'existence de cohortes prospectives observationnelles permet néanmoins d'étudier l'effet des différents types de prise en charge. Les données actuelles issues des cohortes françaises et Américaines suggèrent que le risque de transmission soit plus faible lorsque la mère reçoit un traitement antirétroviraux virologiquement efficace <sup>(26)</sup>.

Une étude longitudinale américaine en place depuis 1990 rapporte des taux de TME de l'ordre de 4% en cas de traitement antirétroviraux combiné sans IP, et de 1% avec IP. Par ailleurs quel que soit le traitement, plus la charge virale maternelle est basse, moins il y a de transmission <sup>(11)</sup>

Ainsi dans certains cas la césarienne reste le seul moyen de prévention et elle est programmée.

### **2.8.2. Césarienne programmée :**

L'effet protecteur d'une césarienne programmée à membranes intactes et avant le début du travail est désormais établi par plusieurs études de cohortes, et par essai thérapeutique randomisé Européen. Le taux de transmission était de 0,8% en cas de césarienne programmée chez les femmes enceintes traitées par AZ. En revanche le taux de transmission n'est pas diminué en cas de césarienne en cours de travail ou membranes rompues <sup>(33)</sup>.

Le risque pour la mère de complications liées à la césarienne est une préoccupation importante hors du contexte du VIH, la morbidité et la mortalité maternelles sont 3 à 5 fois plus élevées en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse <sup>(33)</sup>.

Les complications sont surtout le fait de césarienne faite en urgence plutôt que les interventions programmées. Parmi les femmes ayant prévu

un accouchement par voie basse, certaines auront une césarienne au cours du travail.

### **2.8.3. Allaitement artificiel :**

Le risque de transmission paraît particulièrement important dans les deux premiers mois, mais pendant toute la durée de l'allaitement. Dans plusieurs études africaines, dont un essai randomisé au Kenya, le taux de transmission est doublé chez des enfants allaités au sein, mais il semblerait que le risque soit particulièrement élevé en cas d'allaitement mixte <sup>(17)</sup>.

En plus le taux de contamination materno-fœtale du VIH-1 est de 18 à 25% quelque soit le mode de transmission en absence de tout traitement, en ce qui concerne le VIH-2 ce taux est de 1%.

L'allaitement artificiel est bien accepté par les mères séropositives dans les pays industrialisés, mais des problèmes médicaux, économiques et sociaux le rend difficile dans certains pays en développement <sup>(3)</sup>.

## **2.9- Prévention de la transmission mère – enfant du VIH/SIDA**

Plusieurs autres types de prévention ont fait l'objet d'essais thérapeutiques, dont les résultats sont décevants car ne démontrant aucune efficacité. Il s'agit notamment de l'immunothérapie par les immunoglobulines spécifiques anti-VIH ou la vaccination, la supplémentation en vitamine A ou en poly vitamines, le lavage vaginal à l'accouchement par la chlorhexidine ou le chlorure de benzalkonium <sup>(6)</sup>.

A des fins de prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, le dépistage systématique doit être proposé dans les centres de soins prénataux. Surtout dans les pays avec des infrastructures limitées comme le cas du Mali où l'emploi des tests rapides est plus faisable <sup>(36)</sup>.

Il convient de proposer systématiquement le dépistage et le conseil aux femmes au titre des prestations normales. Selon la méthode dite de l'acceptation, les femmes doivent exiger un test. Selon la méthode dite de refus, elles peuvent refuser le test si elles ne souhaitent pas qu'il soit pratiqué.

### **2.9.1. Services de prévention de la transmission mère –enfant du VIH**

S'exercent au cours des consultations prénatales, après un conseil de dépistage volontaire. Ils s'occupent de la prise en charge des femmes enceintes séropositives pendant la grossesse et du nouveau-né après l'accouchement

## **2.9.2. Conseil dépistage volontaire en PTME au Mali**

### **a) Définition :**

Le conseil dépistage volontaire du VIH est un test sérologique offert aux femmes enceintes dans un environnement confidentiel, avec un service de counseling de qualité dispensé avant et après le test.

Ces conseils débutent par des séances de causeries débats, c'est aussi le lieu d'éduquer et de conseiller à propos du VIH et de la grossesse. Le conseil doit faire ressortir l'impact du VIH sur la grossesse et ou l'inverse, sans oublier les principaux modes de transmission du virus surtout la transmission périnatale.

C'est le lieu aussi de parler des opportunités d'accès aux traitements d'antiretroviraux et autres médicaments lors de la grossesse. La femme devrait librement choisir de se faire dépister à l'issue du conseil.

Le résultat du test VIH doit toujours être communiqué à l'intéressé et il faut lui offrir en même Temps, selon les résultats les services appropriés d'information, de conseil et de référence. Les personnes qui ont un résultat positif doivent être conseillées afin qu'elles puissent bénéficier de soins, d'un soutien et d'un traitement <sup>(23)</sup>.

### **b) Les conditions du counseling**

Le counseling dans le cadre de la transmission mère –enfant doit exiger :

- Un espace tranquille et rassurant : au moins une salle d'attente, une salle de conseil, et un laboratoire;
- Des matériels et équipements des salles de conseil et d'attente;
- Un personnel minimal qualifié.

Elle doit assurer la confidentialité, le confort, l'aération, les supports nécessaires à la compréhension de l'information.

### **c) Algorithme du test de dépistage du VIH <sup>(23)</sup>**

L'OMS recommande dans le diagnostique du VIH deux sortes de test : les tests immuno-enzymatiques et les tests rapides et la PCR.

Actuellement au Mali, il existe :

Les tests rapides non discriminatoires :

- Determine
- Oraquick
- Hemastrip (Fast Check)
- Double Check Gold

Les tests rapides discriminatoires :

- Genie 2
- Immunocombs

Les tests ELISA :

- GenScreen
- Murex VIH1.2.0
- Vironostika

***d) Les avantages de l'emploi des tests rapides :***

- La disponibilité : dans les pays avec des infrastructures de laboratoire limitées, l'emploi des tests rapides est plus faisable que l'algorithme ELISA/ Western Blot.
- Leur niveau satisfaisant de sensibilité et de spécificité;
- Leur facilité de conservation des kits, elle a une importance majeure à la décentralisation des tests HIV et le counseling;
- Leur acceptabilité par le client, la plupart des tests rapides fournissent les résultats entre 10 à 30 minutes ce qui réduit le temps de stress pour attendre le résultat;
- Leur possibilité d'utiliser le sang complet capillaire (piqûre au bout du doigt);
- Leur prix abordable;
- L'accessibilité sur le marché;

En définitive, il y a lieu de faire remarquer que les tests rapides présentent les avantages certains qui sont : la facilité dans la performance et dans l'interprétation des tests, la facilité minimale de stockage, la flexibilité des nombres et des tests interprétés.

### **3. METHODOLOGIE**

#### **3.1. Cadre d'étude :**

Notre étude a lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

##### *3.1.1. Organisation structurale :*

Le service de gynéco-obstétrique comporte :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement
- Une unité de suites de couches
- Une unité pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- Une unité de néonatalogie
- Une unité de PF (Planification Familiale)
- Une unité pour les consultations prénatales

Le centre est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynéco-Obstétrique.

##### *3.1.2. Fonctionnement :*

Les consultations prénatales sont journalières.

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison entre le centre de santé de référence de la commune V et les CSCOM, les CHU du Point G et du Gabriel Touré, le CNTS ;

#### **Au niveau organisationnel du service de garde :**

##### **L'équipe dispose :**

- Quatre tables d'accouchement ;
- Deux salles d'opération ;
- Un dépôt de sang ;
- Des kits des médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit crée sur fonds propres du centre est remboursé par les patientes après l'intervention.
  - Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures 15 minutes réunissant 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 des évènements qui se sont déroulés les 24 Heures durant la garde.
  - Il y a deux jours de consultations quatre (4) jours d'opération durant la semaine en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Lundi et Jeudi après le Staff.

### **3.1.3. L'organisation des services de la prévention de la transmission mère enfant du VIH**

La prévention de la transmission mère enfant du VIH a démarré au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en septembre 2002. C'est un centre de référence où s'effectue à la fois les CPN et les accouchements, les activités de PTME sont intégrées aux CPN. Cette intégration a pour objectif d'éviter une stigmatisation du centre de PTME d'une part et d'autre part d'intégrer le conseil test volontaire des femmes enceintes aux soins de santé maternelle.

Le centre est doté d'infrastructures adéquates aux activités de conseil volontaire : un espace d'information d'éducation et de communication (IEC), une salle d'attente, une salle de counseling individuel, un laboratoire d'analyses et de personnels qualifiés.

Le programme s'occupe du conseil dépistage volontaire des femmes enceintes en consultation prénatale ainsi que les femmes accouchées séropositives et leurs nouveaux nés.

Les personnes impliquées sont les médecins, les laborantins, les sages femmes. Le service fonctionne tous les jours.

Le dépistage volontaire et le counseling pré -test et post-test sont effectués dans le service de consultation prénatale par les sages femmes qui prestent à tour de rôle.

Dans la salle d'accouchement, la sage femme de garde à sa disposition le test de dépistage et la nevirapine pour les femmes séropositives qui accouchent.

#### **Disponibilité des médicaments et du test de dépistage**

Les séances de dépistage et de counseling se déroulent tous les jours, il y a en moyenne 5 séances par jour.

Le test de dépistage et la nevirapine sont gratuits.

La nevirapine est la seule molécule disponible dans le service.

Le test de dépistage est effectué en CPN et dans la salle d'accouchement et la confirmation est faite au laboratoire du centre.

#### **Description des activités de la PTME**

Les femmes venant dans le centre pour la CPN participent à une séance d'IEC en groupe de 10 à 20 femmes sous un hangar aménagé pour la circonstance, cette séance peut porter sur thème VIH/SIDA ou tout autre problème de santé maternelle.

Après la consultation prénatale la femme est reçue dans la salle de counseling afin d'effectuer le test de dépistage volontaire, au cours de ce counseling sa connaissance en matière de VIH/SIDA est explorée afin de corriger les idées fausses. En cas d'acceptation du test, le test est effectué sur place et les résultats sont communiqués immédiatement



5mn après ; ainsi toutes les femmes dépistées séropositives doivent être prises en charge selon le protocole Névirapine pendant l'accouchement. Elles doivent être conseillées et orientées afin qu'elles puissent bénéficier d'un soutien et d'un traitement.

Les nouveaux-nés de mère séropositive, après avoir bénéficié d'une prise de névirapine en post partum immédiat sont transférés en néonatalogie pour leur prise en charge complète et leur suivi nutritionnel.

### **3.2. Type d'Etude**

Il s'agit d'une étude prospective transversale consistant-en :

- Un entretien individuel avec les femmes enceintes en consultation prénatale et les femmes nouvellement accouchées dans le centre en utilisant des questionnaires directs et semi directs
- Une observation passive des prestataires au cours des conseils de test volontaires. Cette observation passive est faite en suivant les normes de L'ONUSIDA qui recommandent à ce que l'observateur soit le plus discret possible et qu'il n'interrompt pas la séance avec l'assurance du respect de la confidentialité.

### **3.3. Période d'Etude**

Notre étude s'est étendue du 1<sup>er</sup> octobre au 30 décembre 2005.

### **3.4. Population d'Etude**

Les femmes enceintes se présentant à la consultation prénatale dans le service.

Les femmes nouvellement accouchées dans le service.

Les prestataires du programme PTME.

### **3.5.. Echantillonnage**

#### **✓ Critères d'inclusion :**

Les femmes enceintes se présentant à la consultation prénatale dans le centre lors de notre étude, et les femmes nouvellement accouchées dans le service et ayant donné leur consentement éclairé pour la participation à l'étude

#### **✓ Critères de non inclusion :**

Les femmes enceintes ou nouvellement accouchées ayant refusé de participer à l'étude et les femmes nouvellement accouchées dont l'état de santé ne permet pas de répondre à nos questions.

### **3.6. Les difficultés de l'étude**

La réticence des femmes au sujet de VIH/SIDA. Nous avons reçu l'aide des sages-femmes qui expliquaient aux femmes que nos entretiens peuvent compléter leur connaissance sur le VIH/SIDA.

### **3.7. Collectes des données :**

La collecte des données a été faite en utilisant des questionnaires consistant en :

- des entretiens individuels avec les femmes enceintes à leur sortie de la consultation prénatale pendant 10 minutes en moyenne dans un endroit de la salle d'attente aménagé pour la circonstance.
- les questions portaient sur leur connaissance du VIH/SIDA, le mode de transmission, les moyens pour l'éviter, les comportements à risque.
- des entretiens individuels avec des femmes nouvellement accouchées dans le centre. Les questions portaient sur leurs connaissances en VIH/SIDA et leur connaissance de l'existence du programme PTME.
- l'impression des femmes à la sortie du counseling post-test.
- l'évaluation passive des prestataires lors du counseling avant et après le test
- des questionnaires ont été adressés aux responsables du programme PTME, concernant les différentes activités du programme.

### **3.8. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 10.0.

Une analyse descriptive des données a été faite pour dégager les caractéristiques des variables étudiées.

#### **Pour l'évaluation des connaissances en VIH/SIDA :**

Nous avons attribué un score égal « 1 » pour chaque bonne réponse sur les connaissances en VIH/SIDA et « zéro » à toute réponse fautive. Un score moyen de connaissance pour chaque femme a été ainsi établi.

Une bonne connaissance est celle dont le score est entre 75% et 100% des bonnes réponses.

Une mauvaise connaissance est celle dont le score est inférieur à 75% du score maximum.

#### **Pour l'évaluation passive des conseils avant et après le test**

Dans notre étude nous avons attribué deux types de score :

- 1 = a fait la prestation
- 2 = n'a pas fait la prestation

#### 4. RESULTATS DESCRIPTIFS

Nous avons interrogé, 82 femmes enceintes en CPN et 60 parturientes sur leur connaissance du VIH/SIDA et 21 femmes enceintes sur leur avis concernant le counseling.

Nous avons observé 40 prestations (20 en pré-test et 20 en post-test)

**Tableau I** : Aperçu général de l'échantillon

Groupe	Taille de l'échantillon
Etude de la connaissance des parturientes En VIH/SIDA	60
Satisfaction des femmes vis-à-vis du Programme PTME	21
Observation passive des prestataires au cours du counseling pré-test	20
Evaluation de la connaissance et attitude des Femmes enceintes en VIH/SIDA	82
Observation passive des prestataires au cours du counseling post-test	20

#### 4.1- Evaluation de la connaissance des femmes enceintes sur le VIH/SIDA

**Tableau II: Caractéristiques sociodémographique**

Caractéristiques	Effectifs N= 82	Fréquence
<b>Age</b>		
- 15 – 25	31	37,80
- 26 – 35	42	51,22
- 36 – 45	9	10,98
<b>Ethnie de la femme</b>		
- Bambara	39	47,56
- Peulh	22	26,83
- Les autres ethnies	21	25,61
<b>Niveau d'instruction</b>		
- Non instruite	43	52,44
- Enseignement primaire	21	25,61
- Enseignement secondaire	12 6	14,63 7,32
- Ecole coranique		
<b>Profession de la femme</b>		
- Sans profession	53	64,63
- Commerçante	19	23,17
- Elève/Etudiante	8	9,76
- Couturière	2	2,44
<b>Statut matrimonial</b>		
- Mariée monogame	57	69,51
- Célibataire	13	15,85
- Mariée polygame	12	14,63
<b>Profession du mari</b>		
- Commerçant	43	52,44
- Ouvrier	30	36,58
- Employé de bureau	5	6,10
- Cultivateur	4	4,88

Les autres ethnies sont constituées de Sarakole (13,41) de Dogon (7,32) de soninke (2,44) de Bozo (2,44) et de Sonrhai (1,22).

Les Ouvriers étaient constitués par: les artisans, les mécaniciens, maçons.

**Tableau III: Répartition des femmes selon leurs Antécédents obstétricaux**

Caractéristiques		Effectifs	Fréquence
Gestité	Primigeste	21	25,60
	Multigeste	61	74,40
Parité	Nullipares	22	26,83
	Primipares	15	18,30
	Multipares	45	54,87

Primigeste= 1 grossesse

Multigeste= supérieur ou égal à 2 grossesses

Nullipars= 0 accouchement

Primipars= 1 accouchement

Multipars= supérieur ou égal à 2 accouchements

La moyenne de grossesse des femmes était de 5 grossesses.

**Tableau IV: connaissances et attitudes générales des femmes sur le VIH**

Question/ Assertion	Effectifs	
	N=82	Fréquence
A déjà entendu parler de VIH/SIDA	82	100
A entendu parler de VIH/SIDA dans les CPN	51	62,19
A entendu parler de VIH/SIDA à la radio	56	68,29
A entendu parler de VIH/SIDA à la télévision	68	82,93
A entendu parler de VIH/SIDA avec un agent de santé	13	15,85
Est prête à faire un test de VIH	62	75,611
A déjà fait le test de VIH	42	51,22
A les résultats du test	42	51,22

**Tableau V: Connaissance des femmes sur les comportements à risque**

Question/ Assertion	Effectifs N=82	Fréquence
Un époux ayant une profession de transporteur est un risque de contamination	80	97,56
Un époux qui voyage dans le cadre du commerce	65	79,27
Un époux dont sa profession le fait voyager souvent est un risque de contamination	55	67,07
A déjà entendu parler de condom	80	97,56
Reconnait que le condom prévient les grossesses	10	12,19
Reconnait que le condom prévient les MST	58	70,73
Reconnait que le condom prévient la grossesse et les MST	63	76,83
A déjà contracté une MST	56	68,29

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

Question/ Assertion	Effectifs N= 82	Fréquence
Le sida se transmet par voie sexuelle	81	98,78
Le sida se transmet par transfusion sanguine	71	87,65
Le sida se transmet par les objets souillés de sang	65	79,27
Le sida se transmet de la mère à l'enfant	55	67,07
Le sida se transmet par la salive	13	15,85
Le sida se transmet en côtoyant une PVVIH	18	21,95
Le sida se transmet par les moustiques	35	42,68
Le SIDA se contracte lorsqu'on partage la bouilloire de toilette avec une PVVIH	20	24,39
Reconnaît qu'il existe un traitement pour le VIH	40	48,78
Reconnaît qu'on peut avoir le SIDA sans être malade	51	62,19



**Tableau VII: Connaissance sur les moyens de prévention du VIH/ SIDA**

Question/ Assertion	Effectifs N= 82	Fréquence
Utilise un condom	76	92,68
Abstinence sexuelle	35	42,68
Fidélité dans le couple	54	65,85
Eviter de côtoyer une PVVIH	8	9,76
Connaître sa sérologie VIH	27	32,93

**Tableau VIII: Connaissance sur la TME et la PTME**

Question/ Assertion	Effectifs N= 82	Fréquence
Savez- vous qu'il y a un traitement pour diminuer les risques de la TME	46	56,09
Connaissance de l'existence du programme PTME dans le centre	29	35,36
Quels sont les services offerts par le programme ? Conseil des femmes enceintes	22	26,83
Proposition de test de dépistage	23	28,04
Discussion de la prise en charge	1	1,22
Suivi médico-social	1	1,22

**Tableau IX: Conseil des femmes interviewées à l'endroit des futures mères par rapport à la transmission verticale du VIH/SIDA**

Conseil	Effectifs N=82	Fréquence
Je conseille aux femmes enceintes de connaître leur statut VIH	4	4,88
Je conseille aux femmes enceintes d'entrer dans le programme PTME	3	3,66
Je conseille aux femmes enceintes d'accoucher dans un centre de santé	75	91,46

**Tableau X: Scores obtenus par les femmes en CPN vis à vis de leur connaissance en VIH/SIDA**

Score	Effectifs N= 82	Fréquence
Bonne connaissance	51	62,20
Mauvaise connaissance	31	37,80
Total	82	100

Les résultats montrent que 62,20% des femmes ont une bonne connaissance et 37,80% ont une mauvaise connaissance.

## 4.2- Evaluation passive du counseling

**Tableau XI: Evaluation du counseling pré- test**

<b>Prestations</b>	<b>Effectifs N= 20</b>	<b>Pourcentage</b>
Demande le motif de la visite	1	5,00
Contrôle des connaissances du client sur le VIH et les modes de transmission	19	95,50
Rectifie des idées fausses	15	75,50
Apprécie le risque du client	3	15,00
Transmet l'information sur le test VIH ( processus, signification des résultats possibles, période sérologique muette)	16	80,00
Vérifie la bonne compréhension	12	60,00
Discute des implications d'un résultat positif ou négatif pour le client	3	15,00
Apprécie l'aptitude à faire face à l'annonce séropositivité VIH	2	10,00
Discute des besoins éventuels et de l'appui disponible	0	0,00
Etudie un plan de réduction du risque personnel	4	20,00
Octroi de temps pour examiner en détail les problèmes	1	5,00
Discute des modalités de suivi	13	65,00
Suffisamment de temps pour les questions et les éclaircissements	18	90,00

**NB:** Cette évaluation du counseling pré-test, s'est déroulée selon les critères de l'ONUSIDA réadaptés au contexte Malien par le Programme National de Lutte contre SIDA (PNLS). Nous avons alors attribué un même score à toutes les prestations. On a trouvé un score moyen de 60%.

**Tableau XII: Evaluation du Counseling post-test**

Prestations	Effectifs N= 20	Fréquence
Communique clairement et simplement les résultats	18	90,00
Octroi de temps pour accuser le coup	0	0,00
Vérifie la bonne compréhension	5	25,00
Discute sur la signification du résultat pour le client	3	15,00
Discute des implications sur les plans personnels, familiaux et sociaux, notamment à qui le dire	2	10,00
Etude d'un plan de réduction du risque personnel	3	15,00
Gère les réactions émotionnelles immédiates	0	00
Vérifie la possibilité d'un soutien immédiat suffisant	1	5,00
Discute sur les soins et l'appui en continu	0	0,00
Inventaire des options et des ressources	0	0,00
Revue des projets, des intentions et des mesures immédiates	0	00
Discute des possibilités de suivi, et aiguillage si nécessaire	2	10,0

Ce counseling a été évalué de la même manière que le pré-test. Les résultats montrent un score moyen de 30%.

### 4.3- Satisfactions des femmes vis-à-vis du programme PTME

**Tableau XIII: Comment avez-vous connu le centre.**

Réponses	Effectifs	fréquence
Les parents m'ont conseillé	12	57,14
J'ai connu le centre par hasard	3	14,29
J'ai connu le centre par l'intermédiaire d'un ami	6	28,57
Total	21	100

**Tableau XIV: Intervalle de temps pour avoir le conseil et le résultat**

Questions	Moyenne	Minimum-	Maximum
Combien de temps avez-vous attendu pour être conseillée (mn)	53	30	70
Combien de temps pour avoir vos résultats (mn)	6	5	15

**Tableau XV: Les impressions sur la prestation des conseillers**

Réponses	Effectifs N= 21	Fréquence
La prestation des conseillers est trop rapide	4	19,05
Les conseillers sont très attentifs	11	52,31
Les conseillers sont trop lents dans leur prestation	2	9,52
Les conseillers n'expliquent pas correctement	6	28,57
Je n'ai pas reçu de conseil après le test	4	19,04
Je conseillerais à une amie de suivre le programme	20	95,23

#### 4.4 - Les résultats des femmes accouchées

**Tableau XVI: Caractéristiques sociodémographiques**

Caractéristiques	Effectifs N=60	Fréquence
<b>Age</b>		
- 15 – 25 ans	17	28,33
- 26 – 35 ans	40	66,67
- 36 – 45 ans	3	5,00
<b>Ethnie de la femme</b>		
- Bambara	30	50,00
- Sarakole	21	35,00
- Peulh	8	13,33
- Malinké	1	1,67
<b>Niveau d'instruction</b>		
- Non instruite	39	65,00
- Enseignement primaire	18	30,00
- Enseignement secondaire	3	5,00
<b>Profession de la femme</b>		
- Sans profession	39	65,00
- Elève/ Etudiante	18	30,00
- Employé de bureau	3	5,00
<b>Statut matrimonial</b>		
- Mariée monogame	45	75,00
- Célibataire	12	20,00
- Mariée polygame	3	5,00
<b>Profession du mari</b>		
- Employé de bureau	26	43,33
- Ouvrier*	18	30,00
- Commerçant	16	26,67

\*Les ouvriers sont: les artisans, les mécaniciens et les maçons.

#### 4.4 - Les résultats des femmes accouchées

**Tableau XVII: Caractéristiques sociodémographiques**

Caractéristiques	Effectifs N=60	Fréquence
<b>Age</b>		
- 15 – 25 ans	17	28,33
- 26 – 35 ans	40	66,67
- 36 – 45 ans	3	5,00
<b>Ethnie de la femme</b>		
- Bambara	30	50,00
- Sarakole	21	35,00
- Peulh	8	13,33
- Malinké	1	1,67
<b>Niveau d'instruction</b>		
- Non instruite	39	65,00
- Enseignement primaire	18	30,00
- Enseignement secondaire	3	5,00
<b>Profession de la femme</b>		
- Sans profession	39	65,00
- Elève/ Etudiante	18	30,00
- Employé de bureau	3	5,00
<b>Statut matrimonial</b>		
- Mariée monogame	45	75,00
- Célibataire	12	20,00
- Mariée polygame	3	5,00
<b>Profession du mari</b>		
- Employé de bureau	26	43,33
- Ouvrier*	18	30,00
- Commerçant	16	26,67

\*Les ouvriers sont: les artisans, les mécaniciens et les maçons.



**Tableau XVII: Répartition des femmes selon les antécédents obstétricaux**

Caractéristiques	Effectifs N= 60	Fréquence
<b>Gestité</b>		
Primigeste	21	35,00
Multigeste	39	65,00
<b>Parité</b>		
Nullipares	23	38,33
Primipares	6	10,00
Multipares	31	51,67

La moyenne de grossesse par femme était de 5 grossesses.

**Tableau XVIII: Evaluation de la connaissance sur le mode de transmission**

Question/Assertion	Effectifs N= 60	Fréquence
A déjà entendu parler de VIH/SIDA	59	98,33
Le VIH se transmet par les rapports sexuels	52	86,67
Le VIH se transmet par les objets souillés de sang	42	70,00
Le VIH se transmet de la mère à l'enfant	45	75,00
Le VIH se transmet par la salive	7	11,67
Le VIH se transmet par contact avec une PVVIH	3	5,00
Le VIH se transmet par les moustiques	3	5,00
Le VIH se contracte lorsqu'on partage la bouilloire de toilette avec une PVVIH	1	1,67

**Tableau XIX: Connaissance sur la prévention du VIH**

Question/Assertion	Effectifs N= 60	Fréquence
Utilisation du condom	58	96,67
Abstinence sexuelle	15	25,00
Fidélité du couple	52	86,67
Contact avec des PVVH	2	3,33
Connaissance de sa sérologie	16	26,67

**Tableau XX: Connaissances générales sur le VIH**

Question/Assertion	Effectifs N= 60	Fréquence
Avant cette grossesse une sage femme m'a parlé de VIH au cours d'une CPN	25	41,67
Pendant cette grossesse une sage femme m'a parlé de VIH/SIDA en CPN	52	86,67
La sage femme m'a parlé de test de VIH/SIDA	49	81,67
La sage femme m'a parlé du mode de transmission	37	61,67
La sage femme m'a parlé de la prise en charge	18	30,00

**Tableau XXI: Connaissance sur le test et la PTME**

Question/Assertion	Effectifs N=60	Fréquence
Je sais qu'il existe un traitement pour diminuer les risques de la TME	49	81,67
J'ai eu une proposition de test VIH au cours de cette grossesse	47	78,33
J'ai fait le test de VIH au cours de cette grossesse	45	75,00
Oui le test est fait avec mon consentement	44	73,33
Oui, j'ai les résultats du test	43	71,67
Oui, je connais mon statut actuel	42	70,00

**Tableau XXII: période de la grossesse à laquelle le test a été fait**

Question/Assertion	Effectifs	Fréquence
La période de proposition de test ( <b>N= 47</b> )		
Premier trimestre	28	59,57
Deuxième trimestre	14	29,79
Troisième trimestre	4	8,51
La période du test de VIH ( <b>N= 45</b> )		
Premier trimestre	36	80,00
Deuxième trimestre	6	13,33
Troisième trimestre	1	2,22

**Tableau XXIII: Motif du choix du centre PTME par les accouchées**

Raisons du choix du centre pour l'accouchement	Effectifs N= 60	Fréquence
C'est plus proche au moment du travail d'accouchement	5	8,33
J'ai aimé leur prestation lors de mes CPN	48	80,00
Autres déclarations (références)	7	11,67

**Tableau XXIV : Connaissance de l'existence des activités du programme**

Question/Assertion	Effectif	Fréquence
Savez-vous qu'il y a un programme PTME		
OUI	29	48,33
Où avez-vous entendu parler du programme ?	8	27,59 N=29
A la télévision	4	13,79 N=29
A la radio	17	58,62 N=29
Dans un centre de santé (CPN)		
Quels sont les services q'offre le programme ?	19	65,51 N=29
Conseil des femmes enceintes sur le VIH	22	75,00 N=29
Dépistage du VIH	13	44,83 N=29
Les modalités de prise en charge		
Le suivi social	1	3,44 N=29

**Tableau XXV: Connaissance de L'existence du programme PTME en fonction du score obtenu en connaissance VIH**

<b>Existence du programme PTME</b>	<b>Effectifs N= 29</b>	<b>Fréquence</b>
Très bonne connaissance	22	75,86
Mauvaise connaissance	7	24,14

Parmi les 48,3% des femmes qui disent avoir connaître le programme les 75, 86% ont une bonne connaissance en VIH/SIDA.

## **5. DISCUSSION**

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Elle a porté sur la prévention de la transmission mère- enfant du VIH/ SIDA.

Notre population cible était les femmes enceintes se présentant en consultation prénatale et les femmes nouvellement accouchées dans le centre.

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale qui s'est étalée du 1<sup>e</sup> octobre au 30 décembre 2005.

L'objectif était de déterminer les problèmes liés à l'utilisation des services de PTME.

L'utilisation des services de PTME est affectée par la connaissance des femmes en matière de VIH/SIDA (transmission, prévention, disponibilité de traitement anti-VIH), sur la prévention de la transmission mère enfant et sur la prise en charge des mères séropositives et nouveaux nés de mère séropositive (accès aux antirétroviraux, prise en charge psychosociale) et aussi par l'administration du counseling post-test et pré-test selon les normes et procédure de l'ONU SIDA réadaptées par le PNLS.

Nous n'avons pas interrogé toutes les femmes de la population d'étude, on a choisi de manière aléatoire les femmes acceptant de participer à notre étude, c'est ainsi que nous avons interrogé: 82 femmes enceintes sur leur connaissance en VIH/SIDA, on a observé 40 prestations (20 pré-tests et 20 post-tests), 21 femmes ont été interrogées

Sur leurs satisfactions après le counseling et dépistage volontaire, 60 femmes accouchées ont été interrogées sur leurs connaissances en matière de VIH/SIDA et du programme de PTME.

## **5.1 Caractéristiques socio démographiques**

Dans notre étude les femmes dont la tranche d'âge se situe entre 26-35 ans sont les plus nombreuses.

Les 52,4% des femmes de notre échantillon n'étaient pas scolarisées et elles étaient pour la plupart sans profession, il faut cependant noter que le niveau d'instruction des femmes influencent souvent sur leur connaissance en matière de VIH/SIDA. L'étude de D Kone a montre que plus de 70% des scolaires ont une bonne connaissance en VIH/SIDA. <sup>(20)</sup>

## **5.2 Connaissances et attitudes des femmes enceintes vis à vis du VIH/SIDA**

Les femmes enceintes de notre étude avaient toutes au moins une fois entendu parler de VIH/SIDA, une grande proportion sur les médias : sur la télévision 82,93%, sur la radio 68,29%. Seulement 15,85% avaient entendu parler de VIH/SIDA dans un service de santé et 62,19% en CPN. Ceci s'explique par les campagnes de sensibilisation de lutte contre le VIH/SIDA sur les médias, cependant nous avons noté une insuffisance de communication de l'information sur le VIH/SIDA au niveau des centres de santé qui devraient être une source par excellence de l'information sur le VIH/SIDA.

Plus de la moitié des femmes de notre étude avaient connaissance de l'existence de la transmission mère enfant du VIH/SIDA soit 67,07%, de même 48,78% reconnaissaient qu'il y a un traitement contre le VIH.

Cette connaissance est souvent incomplète ou erronée près de 42,68% affirmaient pouvoir contracter le VIH par une piqûre de moustique et 15,85% affirmaient que le sida se contracte par la salive.

Ceci est similaire à une étude menée en Ethiopie où près de 41,5% des personnes interrogées pensaient pouvoir contracter le VIH/SIDA par une piqûre de moustique <sup>(37)</sup>.

Dans l'étude de Gbenedji seulement 44% des femmes avaient connaissance de l'existence de la TME du VIH et 17,6% seulement reconnaissaient qu'il y avait un traitement contre le VIH <sup>(38)</sup>.

La connaissance des comportements à risque peut parfois inciter à connaître son statut, c'est pourquoi nous avons étudié la connaissance des comportements à risque chez les femmes.

L'étude de la connaissance des comportements à risque chez les femmes nous a montré que près de 97,56% des femmes pensaient qu'un mari transporteur routier est un facteur de risque de contamination et les 70,73% savaient que le condom protège contre le VIH. Ce qui est consistant avec les résultats de Gbenedji qui a trouvé qu'un peu plus de la moitié des femmes pensaient qu'un mari transporteur routier est un comportement de risque et que les 77,9% savaient que le condom protège contre le VIH <sup>(38)</sup>.

Une étude comparative de l'attitude des personnes vis à vis du VIH/SIDA dans les villes et les zones rurales en Ethiopie donnait une proportion de 78,6% dans les villes qui reconnaissaient la protection du condom contre le VIH <sup>(37)</sup>.

La connaissance globale des femmes enceintes évaluée selon le score obtenu sur l'ensemble des connaissances relatives à la transmission, prévention et prise en charge du VIH/SIDA a montré que plus de la moitié des femmes de notre étude ont une bonne connaissance en VIH/SIDA soit 62,22%.

### **5.3 Connaissance des femmes accouchées en VIH/SIDA et de l'existence du programme PTME**

Les femmes ont-elles une bonne connaissance du VIH/SIDA: transmission, prévention, disponibilité de traitement contre le VIH?



Sont elles conscientes d'un programme de prévention de la transmission mère enfant et de la prise en charge des mères séropositives et des enfants nés de mère séropositives ?

Les 98,33% des femmes interrogées ont au moins une fois entendu parler de VIH/SIDA, parmi elles 86,67 ont entendu parler au cours de leur grossesse, essentiellement au cours des CPN.

L'étude de Gbenedji a montre que près de 58,9% ont entendu parler de la maladie au cours des CPN <sup>(38)</sup>.

Les 86,67% des femmes de notre étude déclaraient que le VIH pouvait se contracter par les rapports sexuels et 75% reconnaissaient une transmission de la mère à l'enfant.

Ces résultats sont légèrement supérieur à ceux des femmes vues en CPN, ceci s'explique par les séances d'EEC que les femmes reçues lors des conseils de test volontaire.

A Abidjan et à Bobo, la connaissance sur la transmission sexuelle variait autour de 80%, mais la connaissance de la transmission mère enfant était très faible 1,8% à Abidjan et 8% à Bobo Dioulasso <sup>(5)</sup>.

Au Mali dans les études de koné et de Gbenedji, la connaissance sur la transmission sexuelle était respectivement de 80,3% et 80%<sup>(20)</sup>.

Les 81,67% des femmes accouchées de notre étude étaient consciente de l'existence d'un traitement pour diminuer les risques de la TME du VIH/SIDA, les 78,33%des femmes ont eu une proposition de test au cours de leur grossesse et 59,57% au premier trimestre de leur grossesse, parmi elles 75% ont eu à faire le test et 71,67% déclaraient avoir eu leur résultat.

Les femmes accouchées avaient une bonne connaissance sur le VIH/SIDA en général, mais seulement 48,33% connaissaient L'existence du programme PTME dans le Centre.

Pendant notre période d'étude on a enregistré 395 femmes en consultation prénatale qui ont toutes eu à faire le counseling, parmi elles 343 ont effectué le test de dépistage et elles ont toutes eu leurs résultats.

#### **5.4 Evaluation passive du counseling et Satisfaction des femmes à la Sortie du counseling et dépistage volontaire**

La proportion de femmes recevant un counseling et poursuivant le processus jusqu'au test de dépistage est affectée par la qualité de ce counseling autant que par la conscience de pouvoir bénéficier de soins et de soutien à l'issue du test. Nous avons observé les prestataires lors des conseils avant et après le test de manière passive suivant les normes et procédure de l'ONUSIDA, en accordant le même score à chaque prestation du conseiller <sup>(52)</sup>

Les résultats de notre étude nous ont montré que certaines prestations telles que :

« Discussion des besoins éventuels et l'appui disponible, octroi de temps pour examiner en détail les problèmes, vérification de la possibilité d'un soutien immédiat suffisant, gestion des réactions émotionnelles immédiates, inventaire des options et des ressources, revue des projets des intentions et des mesures immédiates, octroi de temps pour accuser le coup » ne sont aucunement respectées.

Le pré-test est correctement administré dans 60% des cas et le post-test seulement dans 20% des cas.

Ces insuffisances avaient été soulignées aussi dans l'étude de Gbenedji.

C'est surtout le conseil après le test qui est le plus souvent mal ou presque pas administré, près de 19,04% des femmes déclaraient de n'avoir pas reçu de conseil après le test.

La satisfaction des femmes est assez bonne, elles affirment avec une proportion de 52,31% que les conseillers sont très attentifs et près de 28,57% déclaraient que les conseillers n'expliquent pas correctement et

95,25% d'entre elles recommandent aux autres femmes enceintes d'adhérer au programme.

## **6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Notre étude s'est déroulée au CSRef de la commune V du district de Bamako, elle a porté sur les femmes enceintes en CPN, les femmes nouvellement accouchées dans le centre et les prestataires du CDV.

L'analyse des résultats montrent que :

Les femmes ont en général une bonne connaissance en VIH/SIDA, (transmission, prévention et les facteurs de risque)

Malgré leur bonne connaissance en VIH/SIDA près de la moitié des femmes ne sont pas informées sur l'existence du programme de PTME dans le centre.

Le counseling pré et post test n'est pas correctement administré selon les normes de l'ONUSIDA, les prestataires n'ont pas une connaissance approfondie des normes du counseling et une meilleure maîtrise de leur prestation.

Le niveau de satisfaction des femmes est assez bon puisque la majorité d'entre elles recommande aux autres d'adhérer au programme.

Dans l'ensemble il ressort que l'introduction de la PTME du VIH/SIDA a permis de donner une meilleure information sur le VIH/SIDA aux femmes enceintes. Elles acceptent de se soumettre au dépistage et bénéficient du protocole de Névirapine.

La politique de la PTME du VIH/SIDA du CSRef de la commune V pourrait servir de référence pour l'installation de nouveaux services de PTME.

Ainsi nous recommandons :

### **✓ Aux autorités**

- De renforcer les campagnes de sensibilisation dans les médias afin de faire connaître à la population des centres de PTME et les services qu'ils offrent.

- D'impliquer les leaders d'opinion (les religieux, les hommes politiques) dans les campagnes de sensibilisation du VIH/SIDA.
- De former et recycler le personnel pour les centres de la PTME
- De superviser régulièrement les agents qui exécutent les activités de la PTME
- D'élargir le programme PTME à tous les centres de santé du district de Bamako.

✓ **Aux prestataires de services PTME**

- Faire le counseling à toutes les femmes enceintes qui viennent à la CPN ou pour accoucher afin d'augmenter le taux de dépistage volontaire
- D'organiser des séances d'IEC en groupe de femmes portant sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.
- De continuer à communiquer immédiatement le résultat après le dépistage pour éviter des résultats non retirés (déjà acquis dans le centre).

✓ **A la population**

- D'adhérer au programme PTME, de venir régulièrement à la consultation prénatale.

## **7. REFERENCES :**

**1 Alzouma A.S .Etude comparative des politiques de gestion des antiretroviraux dans 5 pays de L'Afrique Occidentale: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Togo.**

**2 A ALBAKA. Evaluation des facteurs de risque de la TME  
Mémoire (MSG) Société communautaire. Montréal. 1995 ; 313P**

**3 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 Méd , Bamako 2005, 105P, 96.**

**4 Alizon M : les virus HIV, un groupe de rétrovirus humain associés au Sida, Impact le praticien 1987, 134 : 17- 29**

**5 Alioum A, Leroy V, Michel C et al. Attitude of pregnant woman towards HIV testing in Abidjan, Cote d'Ivoire and Bobo- Dioulasso, Burkina Faso. AIDS 2003; 362: 859-68.**

**6 Bagayoko A . Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positif à HGT. Thèse : méd. : Bamako 2004, 48p,numéro 68**

**7 Basse Ch. Contribution à l'étude de l'infection à VIH en milieu hospitalier à Bamako.  
Thèse : Méd : Bamako, 1988. 66P ; N°43**

**8 Barin Retroviridae : les virus de l'Immunodéficience Humaine (HIV), virologie médicale. Septembre 2002 ; 798 : 569- 594**

**9 BLANCHE S, Infection à VIH de la mère et de l'enfant.  
Paris : Flammarion médecine Sciences, 1998, 313p**

**10 Brun- Vezetit F. Infection à VIH-2: caractéristiques cliniques, épidémiques, et virologiques.  
Sidalerte, aout-septembre 1992, N° 15- 16**

**11 Boyer P.J, Dillon M, Navoie M and al. Factors predictive of maternal-fetal transmission of HIV1: preliminary analysis of Zidovudine given during pregnancy and/or delivery. JAMA 1994, VIH ( Edition 2004 ), 271: 1925-1930.**

**12 Burns DN, Landesman S, Minkoff H et al. The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type 1 infection: antepartum postpartum changes in human immunodeficiency Virus type 1 viral load. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 355-9.**

**13 Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome a Systematic review of the literature and meta-analysis. Br J Obst Gynecol 1998; 105: 836-48**

**14 Cassuto J P, Pesce A, Guaranta J F. Sida et infectuïn par le VIH Abrégés 3<sup>e</sup> édition, Paris 1992**

**15 Cazein F et Al. Données disponibles sur la surveillance du SIDA, VIH et IST. Etat des lieux des données en 2002, Saint-Maurice : Institut de veille Sanitaire ( InVS ), 2002,**

**16 Chaibou M. Particularités cliniques du sida en milieu hospitalier pédiatrique au Mali. Thèse : Méd : Bamako, 1991. 194P, N°36**

**17 Coutoudis A, Pillay K, Kuhn L et al. risque de contamination par le lait maternel AIDS 2001; 15: 379-87.**

**18 Cooper FR, Charurat M, Mofeson L et al. Combinaison antiretroviral strategies for treatment of pregnant HIV-1 Infected woman and prevention of perinatal HIV-1 transmission. J Acquir Syndrom 2002; 22: 1810.**

**19 Connor E.M, Sperhung RS and al. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency Virus type 1 with Zidovudine treatment. N.ENGEL J Med 1994; 331: 1173-1180**

**20 D Kone. Evaluation d'un projet de pilote de sensibilisation par les pairs éducateurs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des élèves par rapport aux IST/VIH/sida. These Médecine 2006.**

**21 Delaporte E: Actualités sur l'infection à VIH en Afrique subsaharienne.**

**Med Trop 1999 ; VIH ( Edition2004 ), 59 : 57-9.**

**22 Delfraissy J F, dir, rapport 2002 : Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandation du groupe d'experts, Paris : Flammarion, 2002, 384P**

**23 DNS, DPM, PLNS, et CESAC, Manuel de référence : Compétences en counseling en matière de VIH/SIDA axé sur la PTME UNICEF Mali, septembre 2003 – 8 – 11**

**24 Dorenhaum A, Cunningham CK, Gelber RD et al. Addition of two-dose intrpartum/nevirapine to standart antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV-1 transmission: PACTG316.**

**JAMA 2002; 288 (2): 189-98.**

**25 EDMS-III : Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2001  
CPS/SANTE, DNSI,ORC Macro**

**26 European laborative Study. Swiss Mother and Child HIV Cohort Study. Combinaison antiretroviral therapy and duration of pregnancy.**

**AIDS 2002, 14:23913-20.**

**27 Gentilini M., Duflo B., SIDA tropical in Médecine tropicale, 1986, 401-413**

**28 Girard P.M., Katlama Ch., Pialoux G.,VIH, 6ieme Edition: Dion Paris 2004. 635P.**



**29 Gremy I et Al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en France : Evolution 1992-1994 ; 1998 – 2001, Paris : Observation régional de la santé Ile-de-France (O.R.S ) 2001, 219.**

**30 Guay LA, Musoke P, Fleming T et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda,; HIVNET 012 randomised trial.**

**Lancet 1999; 345: 795-802.**

**31 Guy La Ruche, Djohewe H, Boka Yao A, Big Deu N, Coulibaly IM. Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles en Cote D'Ivoire.**

**Quelles stratégies face au VIH/SIDA.**

**Cahiers Santé 2000 ; 10 :287-92.**

**32 Huraux J-M., Aguth., Nicolas J-C et al. Traite de la virologie médicale, Estem. 2003. 699p.**

**33 International Perinatal HIV Group. Duration of rupture membranes and vertical transmission of HIV-1:A meta-analysis from 15 prospective cohort studies.**

**AIDS 2001; 15: 357- 68.**

**34 Ionnadis JPA, Abrams EJ, Amann A et al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type1 be pregnant Woman with RNA virus load < 1000 copies/ml.**

**Jinfect Dis 2001; 183: 539-43.**

**35 Kattrra NM. Etude de la prévalence des MST/VIH et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, et Mopti. Thèse Méd Bamako 2002 N°14**

**36 Keita L. Recherche de l'infection à VIH chez 151 gestantes vues au service de gyneco-obstetrique de l'hôpital Niamankoro Fomba de Ségou de Mars 2003 à février 2004 N°23 15- 16 P**

**37 Knowledge and attitude towards voluntary counseling and testing for HIV: A community based study in northwest Ethopie.**

**Ethiop.J.Healh, Dev 2004**

**38 K Y Gbenedji. Evaluation des facteurs déterminants l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le district de BamakoThèse Med 2005, N°16**

**39 Levasseur G et Lecorps. Sida 1993 : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en pratique médicale quotidienne. AIDS. ENSP-Editeur. Unaformec. Janvier 1993, 3 : 3- 193.**

**40 Mayaux MJ, Dussaix E, Isopet J et al. Maternal viral load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 the french perinatal studies. J Infect Dis 1997; 175: 143-8.**

**41 Ministère de la santé, direction national de la santé publique, programme national d'accès aux ARV, plan d'action janvier 2001**

**42 Montagnier L. Virus de l'immunodéficience humaine Revue Prat 1987 ; 37 : 2553- 2558**

**43 ONUSIDA : Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002. Genève/ OMS, 2002, VIH (édition 2004).**

**44 L'ONUSIDA/ OMS 2003 : le point sur l'épidémie du sida décembre 2003. Genève 2003.**

**[www.unaids.org://www.unaids.org](http://www.unaids.org://www.unaids.org)**

**45 Paufigue MO. Aspect épidémiologique et clinique actuel de l'infection par le VIH en Afrique tropicale.**

**Thèse, Médecine, Marseille, 1988.**

**46 PICHARD E, GUINDO A, GROSSETETE G, FOFANA Y I, KONARE B, et al. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Mali. Med Trop1988 ; 48 : 345-349**

**47 P M Girard , Ch Katlama, R G Pialoux, A G Siamot, Sida Edition Dion-Paris 1996.**

**48 RAPID HIV TESTS : Guidelines for use in HIV testing and counselling Service in resource-constrained settings.**

**WHO 2004 Library cataloging Publication Data.**

**49 SAAR N. D MAME et Al. Risque de l'infection à VIH chez les femmes enceintes à Dakar VIII conférence internationale sur le Sida en Afrique et conférence Africaine sur les MST**

**Livres des résumés, Marrakech, Décembre 1993, 12 – 16**

**50 SANGHO A. Etude de la transmission materno-fœtale du Sida.**

**Thèse : Méd : Bamako, 1992.-162P ; N4**

**51 Samaké M. Infection VIH de l'enfant : Aspect clinique et bilan de 16 mois de prise en charge des patients par les antiretroviraux à la pédiatrie du centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré. Thèse de Médecine: Bamako, 2004. 114p; 30.**

**52 S K Ginwalla, A D Grant et al; Use of UNAIDS tools to evaluate HIV voluntary counselling and testing services for mineworkers in south Africa.**

**AIDS Educ Prev 2002.**

**53 Tchalla A. Etude bibliographique sur l'infection à VIH au Mali : Point sur les études réalisées de 1983 à 2003.**

**Thèse Pharm, Bamako, février 2004**

**54 VIH/SIDA au Mali. Evolution et impacts sur le développement Ministère de la santé, Policy project/USAID, Bamako. Janvier 2002 ; 54P.**



18. Avez-vous été testée pour le VIH 1= oui 2= non

19. Les résultats de ce test vous ont-ils été communiqués ? 1= Oui 2= Non

### **D-COMPORTEMENT A RISQUE**

20. Voyage pour commerce 1= Oui 2=  
Non

21. Mari voyageur dans les professions pour mission 1= Oui 2=  
Non

22. Mari conducteur routier 1= Oui 2=  
Non

23. Mari voyageur dans les professions pour mission 1= Oui 2=  
Non

24. Utilisation de préservatif 1= Oui 2=  
Non

25. Avez-vous entendu parler du condom : 1= Oui 2=  
Non

26. Si oui quel rôle joue le condom :  
1=Moyen de contraception 2= Protéger contre les MST

27. Avez-vous eu des maladies sexuellement transmissibles (ulcère génital)  
1= Oui 2= Non

### **E/ CONNAISSANCE DU STATUT DE VIH**

28. Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA 1= Oui 2= Non

29. Si oui dans quel cadre

1= Dans une séance de causerie débat lors de la CPN

2= à la radio

3= Sur la télévision

4= Dans les journaux

5= Avec un agent de la santé

6= Autre à préciser :

### **F/ CONNAISSANCE DU MODE DE TRANSMISSION**

30. Quelles sont les modes de transmission ?

- 1= Par la voie parentérale
- 2= Par les rapports sexuels
- 3= Par les objets souillés de sang
- 4= Par la salive
- 5= Transmission mère-enfant
- 6= Contact avec une personne ayant le SIDA
- 7= Moustiques
- 8= Toilette
- 9= Autres :

31. Avez-vous l'intention de savoir votre statut VIH ? 1= OUI 2= NON

32. Est-ce qu'un traitement existe pour quelqu'un qui a le VIH ? 1= Oui  
2= Non

33. Peut-on avoir le VIH sans être malade ? 1= Oui 2= Non

#### **G/ CONNAISSANCE DE LA PREVENTION DU VIH**

34. Comment peut-on éviter d'avoir le VIH ?

- 1= En utilisant le condom
- 2= Abstinence sexuelle

3= Fidélité du couple

4= Eviter d'être en contact avec une personne vivant avec le SIDA

5= Connaître son statut sérologie VIH

#### **H- CONNAISSANCE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH**

35. Savez-vous qu'il y a un traitement pour diminuer les chances de la transmission du VIH de la mère à son enfant : 1= Oui 2= Non

36. Savez- vous qu'il y a un programme de PTME dans ce centre

37. Que savez-vous sur les services offerts par la PTME ?

1= Le conseil des femmes enceintes

2= Proposition de test de dépistage

3=Discussion sur les modalités de la prise en charge de la mère et de l'enfant

4- Suivi médico-social

### **RECOMMANDATIONS DE LA FEMME**

38. Vous en tant que femme enceinte quels sont les conseils que vous pouvez prodiguer à une future mère pour éviter la transmission du VIH à son futur bébé ?

1- Faire connaître son statut sérologique dans un centre de PTME

2- Rentre dans le programme PTME

3- Voir un tradipraticiens

4- Venir accoucher dans un centre de santé

5- Autre :

### **EVALUATION DE LA SATISFACTUON DES FEMMES A LA SORTIE DU COUNSELINGPOST-TEST**

Aujourd'hui, avez-vous parlé avec votre conseiller des points suivants :

1- Faire un test VIH

2- Recevoir les résultats du test

3- Problèmes découlant d'un test VIH pratiqué il y a quelques temps

4- Autres questions :

Comment avez-vous connu le centre ?

1- On m'a conseillée de venir (préciser)

2- Je suis venu par hasard

3- J'ai suivi une amie

Combien de temps avez-vous fait :

- Pour être conseillée

- Avant de connaître vos résultats

- Pour avoir votre conseil d'aujourd'hui

Quels sont vos avis sur les conseillers ?

- Trop rapide dans leur prestation

- Ne nous écoutent pas
- Sont très attentifs
- Sont trop lents
- N'expliquent pas correctement

- Autres :

Si une amie ou un parent proche était dans une situation semblable à la votre, lui conseillerez-vous de suivre ce programme      1= Oui      2= Non

Pourquoi ?



**QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCE ET ATTITUDE VIS-A-VIS DU VIH/SIDA DESTINEE AUX FEMMES QUI ONT ACCOUCHEES DANS LE CENTRE**

**A/ IDENTIFICATION :**

Date : .....Durée de l'entretien :

1. Nom : .....

2. Prénom :.....

3.âge: .....

4. Ethnie : .....

5. Nationalité: 1= malienne 2= Autre (à préciser)

6. Profession : 1=Ménagère 2= Elève/ Etudiante 3= Employée de bureau

4= Commerçante 5= Autre à préciser

7. Profession du mari : 1= Travailleur de bureau 2= Commerçant  
3= Ouvrier

4= Autre à préciser

8. Statut matrimonial : 1= célibataire 2= mariée monogame  
3= mariée polygame 4= Divorcée 6= Autres :

9. Lieu de résidence :

**B- ANRECEDENTS OBSTETRICAUX :**

10. Nombre de grossesses :

11. Nombre d'accouchements :

12. Nombre d'avortements :

13 Nombre d'enfants nés vivants :

14 Nombre d'avortements

**ATTITUDE VIS-A-VIS DU VIH**

15 Avant cette grossesse un agent de santé vous a-t-il déjà parlé au sujet du VIH ?

1= oui

2= Non

16 Si oui quel agent de santé

1= Médecin

2= Sage-femme

3= Infirmière

4= Conseil social

5= Autre à préciser



24. Comment peut-on éviter d'avoir le VIH ?

1= En utilisant le condom

2= Abstinence sexuelle

3= Fidélité du couple

4= Eviter d'être en contact avec une personne vivant avec le SIDA

5= Connaître son statut sérologie VIH

6= Autres à préciser

25 Savez-vous qu'il y a un traitement pour diminuer les chances de la transmission du VIH de la mère à son enfant ?

1= Oui

2= Non

26 Est-ce qu'au cours de cette grossesse vous avez eu une proposition de test de VIH ?

1= Oui

2= Non

27 Si oui, c'était à quelle période de la grossesse :

1= Premier trimestre

2= Deuxième trimestre

3= Troisième trimestre

4= Au cours de l'accouchement

28 Est-ce que vous avez le test de VIH au cours de cette grossesse ?

1= Oui

2= Non

29 Si oui au cours de quelle période de la grossesse ?

1= Premier trimestre

2= Deuxième trimestre

3= AU cours de l'accouchement

30 Le test est fait avec votre consentement ?

1= Oui

2= Non

31 Est-ce que vous avez eu les résultats ?

1= Oui

2= Non

32 Connaissez-vous votre statut actuel ?

1= OUI

2= Non

33 Savez vous qu'il y a un programme de PTME dans ce centre ?

1= Oui

2= Non

34 A quelle occasion l'avez-vous attendu ?

1= En CPN

2= En consultation gynécologique

3= Au moment de l'accouchement

4= Lors d'une transfusion sanguine

35. Que savez-vous sur les services offerts par la PTME ?

1= Le conseil des femmes enceintes

2= Proposition de test de dépistage

3=Discussion sur les modalités de la prise en charge de la mère et de l'enfant

4=Suivi médico-social

36 Depuis quand connaissez-vous le programme

## **H- CONNAISSANCE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH**

35. Savez-vous qu'il y a un traitement pour diminuer les chances de la transmission du VIH de la mère à son enfant : 1= Oui 2= Non

36. Savez-vous qu'il y a un programme de PTME dans ce centre

37. Que savez-vous sur les services offerts par la PTME ?

1= Le conseil des femmes enceintes

2= Proposition de test de dépistage

3=Discussion sur les modalités de la prise en charge de la mère et de l'enfant

5 Suivi médico-social

## **RECOMMANDATIONS DE LA FEMME**

38. Vous en tant que femme enceinte quels sont les conseils que vous pouvez prodiguer à une future mère pour éviter la transmission du VIH à son futur bébé ?

1Faire connaître son statut sérologique dans un centre de PTME

2-Rentre dans le programme PTME

3-Voir un tradipraticiens

4-Venir accoucher dans un centre de santé

5-Autre :

## QUESTIONNAIRE POUR L'EVALUATION DU CONSEIL AVANT LE TEST

### Lors de la séance, y a-t-il eu :

- 1- Discussion des raisons de la visite 1 = oui 2 = non
- 2- Contrôle des connaissances du client sur le VIH Et les modes de transmission  
1 = oui 2 = non
- 3- Rectifications des idées fausses 1 = oui 2 = non
- 4- Appréciation du risque du client 1 = oui 2 = non
- 5- Transmission de l'information sur le test VIH (processus, signification des résultats possibles, période sérologique muette) 1 = oui 2 = non
- 6- Vérification de la bonne compréhension 1 = oui 2 = non
- 7- Discussion des implications d'un résultat positif ou négatif pour le client  
1 = oui 2 = non
- 8- Appréciation de l'aptitude à faire face à l'annonce d'une Séropositivité VIH  
1 = oui 2 = non
- 9- Discussion des besoins éventuels et de l'appui disponible 1 = oui 2 = non
- 10- Etude d'un plan de réduction du risque personnel 1 = oui 2 = non
- 11- Octroi de temps pour examiner en détails les problèmes 1 = oui 2 = non
- 12- Consentement (ou non) éclairé librement donné
- 13- Discussion des modalités de suivi
- 14- Suffisamment pour les questions et

Les éclaircissements

## QUESTIONNAIRE POUR L'EVALUATION APRES LE TEST

Lors de la séance, y a t-il eu :

1. Communication claire et simple des résultats 1=oui 2=Non
2. Octroi de temps pour « accuser le coup » 1=Oui 2= Non
3. Vérification de la bonne compréhension 1= Oui 2= Non
4. Discussion sur la signification du résultat pour le client 1= Oui 2= Non
5. Discussions des implications sur les plans personnels, Familial et social, et notamment à qui le dire 1= Oui 2= Non
6. Etude d'un plan de réduction du risque personnel 1= Oui 2= Non
7. Gestion des réactions émotionnelles immédiates 1= Oui 2= Non
8. Vérification de la possibilité d'un soutien immédiat suffisant 1= Oui 2= Non
9. Discussion sur les soins et l'appui en continu 1= Oui 2= Non
10. Inventaire des options et des ressources Immédiats 1= Oui 2= Non
11. Revue des projets, des intentions et des mesures immédiates 1= Oui 2= Non
12. Discussion des possibilités de suivi, et aiguillage, Si nécessaire 1= Oui 2= Non



10. Décrire les mesures qui ont été prises pour garantir la confidentialité

11. Les services de PTME sont-ils disponibles à tout moment : 1= Oui 2= Non

12. Le personnel est-il disponible à tout moment : 1= Oui 2= Non

13. Le test de dépistage est-il disponible dans le service : 1= Oui 2= Non

14. Où réalisez-vous les tests VIH ?

1-Tous les tests sont faits sur le site

2-Tests préliminaires faits sur le site, épreuves de confirmation envoyées à d'autres Laboratoires

3- Tests tous réalisés dans d'autres laboratoires

4- Combien de temps entre la prise de sang et les résultats ? -----

15. Le test est-il gratuit : 1= Oui 2= Non

16. y a rupture combien de fois ? Préciser -----

17. Quels sont les médicaments disponibles dans le service :

1= NVP 2= AZT 3= Le tout

18. Il y a t-il rupture de ces médicaments combien de fois ? Préciser-----

19. Combien de temps le financement des services est-il assuré ? -----

20. Au cours des trois derniers mois :

1- Combien de gens se sont présentés au centre ? -----

2- Personnes ayant eu le conseil avant le test (%) -----

3- Personnes ayant fait le test VIH (%) -----

4- Personnes revenues chercher leurs résultats (%) -----

5- Personnes ayant eu le conseil après le test (%) -----

6- Personnes ayant bénéficié du conseil de suivi (%) -----

6- Personnes aiguillées vers d'autres services (%) -----



## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom:** Boite

**Prénom:** Rokia

**Ville de soutenance:** Bamako

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Email:** [Rokboit@yahoo.fr](mailto:Rokboit@yahoo.fr)

**Secteur d'intérêt:** Epidémiologie, Gynéco-Obstétrique

### RESUME

Dans le but de déterminer les problèmes liés à l'utilisation des services de prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, nous avons mené une étude transversale s'étalant d'octobre à décembre 2005 avec une collecte prospective des données.

Nous avons interrogé 82 femmes enceintes en consultation prénatale, 60 femmes nouvellement accouchées dans le but d'étudier leur connaissance et attitude vis-à-vis du VIH/SIDA et l'existence du programme PTME et nous avons observé de manière passive 40 prestations (20 counseling pré-test et 20 counseling post-test).

Les 62,22% des femmes en CPN ont une bonne connaissance sur le VIH/SIDA, 48,33% des femmes accouchées connaissent l'existence du programme PTME dans le centre et parmi elles 75,86% ont une bonne connaissance en VIH/SIDA.

L'évaluation du counseling nous a montré que 60% des prestations sont correctement exécutées en pré-test et seulement 30% en post-test.

Les résultats ont montré que les femmes ont en général une bonne connaissance en VIH, malgré leur bonne connaissance plus de la moitié ne connaissent pas l'existence du programme. Elles ont montré également que le counseling pré-test et post-test ne sont pas correctement administrés selon les normes et procédures de l'ONUSIDA. Ces insuffisances soulignent la nécessité d'une formation ou du recyclage des prestataires.

**Mots clés:** VIH/SIDA, TME, PTME, counseling, dépistage, CSRef commune V.