

Ministère des Enseignements Supérieur,

Secondaire et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un but-Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2007-2008

Thèse N° :.....

TITRE

**EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE VIH/
SIDA DES MERES AYANT LEURS ENFANTS SUIVIS
AU SITE PTME DU SERVICE DE PEDIATRIE AU
CHU GABRIEL TOURE.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....

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

Par M. SEYDOU TIANGOKO TRAORE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

JURY:

PRESIDENT: Pr. ABDOULAYE AG RHALY

MEMBRE: Dr. BINTA KEITA

DIRECTEUR DE THESE : Pr. MAMADOU M. KEITA

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr. TRAORE FATOUMATA DICKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUEALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: M^{me} **COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

LES 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
Mr Mamadou M KEÏTA	: Pédiatrie
Mr Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	: Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET 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, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	: Urologie
Mr Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
Mr Alhousseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
M Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie – Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Anesthésie – Réanimation
Mme TRAOREJ Thomas	: Ophtalmologie
M. Mamadou L DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie & Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie – Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie – Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénaba DOUMBIA	: Anesthésie- réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie – Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie – Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady Macalou	: Orthopédie – Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco-obstétrique
M. Tiémoko D COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: ORL
M. Bouraïma MAIGA	: Gynéco-obstétrique
M. Youssouf SOW	: Chirurgie Générale
M. Djibo DIANGO	: Anesthésie – Réanimation
M. Moustapha TOURE	: Gynécologie

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie

M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	: Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUC	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie
M. Alou KEITA	: Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie
M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA : Législation
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique
M. Adama DIAWARA : Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique
M. Massambou SACKO : Santé Publique
M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie
M. Oumar THIERO : Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD	: Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie

DEDICACES

MES DEDICACES

Allah : Je remercie le bon Dieu de m'avoir montré ce jour si précieux et le prie pour qu'il nous guide sur le droit chemin.

Mon père : Tiangoko Traoré

Cher père, je ne saurais apprécier à leur minimum de valeur tout ce que vous avez fait et continuez à faire pour nous. Priez Dieu pour que nous puissions en faire de même pour vos petits enfants.

Ma mère : Bintou Bamba

Chère mère, tu es pour moi un exemple de bonté, de courage et d'amour. Que Dieu nous permette de vous témoigner longtemps notre attachement.

Ma tante : Djénébou Bamba

Je ne saurais comment vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Votre sens de respect et de considération envers votre sœur constitue une référence pour nous. Priez Dieu pour que nous puissions en faire de même les uns envers les autres.

Mes frères et sœurs :

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous.

Merci pour toute l'affection dont vous ne cessez de me témoigner.

A mes cousins et cousines

Toute ma gratitude et mon attachement.

A mes grand parents

Je vous aime grands parents, puisse Dieu vous accueillir dans son paradis.

Toutes mes belles sœurs :

Vous ne cessez de m'offrir un cadre de vie agréable, trouvez ici l'expression de mes respects

Mes amis d'enfance :

En plus de l'éducation familiale, l'environnement de vie offre une autre éducation dont je suis fier.

Je vous remercie tous pour tous les bons moments passés ensemble.

Famille Diabaté à Faladié Sema et Traoré à Banankabougou:

L'étranger s'est toujours retrouvé comme chez lui dans la famille du fait de votre amour et de vos degrés de considération de la personne humaine. Nous prions Dieu pour que les enfants puissent réussir selon vos rêves.

A tous mes amis de Bamako, Sikasso et à toute la promotion 1999-2000 de la FMPOS :

Trouvez ici toute ma reconnaissance pour tous ces souvenirs et ces moments de bonheur vécus grâce à vous.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Nous adressons tous nos vifs remerciements à tous les organismes, personnes physiques de bonne volonté et services qui ont toujours été un soutien inestimable dans la PTME

Je voudrais nommer :

- CESAC, MEDAF, ESTHER
- Dr Mariam Sylla, DR Fatoumata Dicko et tous les internes et infirmiers de la pédiatrie impliqués dans la PTME,
- Dr Youssouf Traoré, tous les internes et personnel du service de gynécologie de l'HGT impliqués dans la PTME,
- Dr Dramane Koné , tous les internes et personnel de la pharmacie de l'HGT,
- Dr Malick Traoré et les collègues de l'INRSP,
- Les animatrices de l'AFAS AMAS,
- Le service de gastro entérologie de l'HGT
- Le personnel des laboratoires du HGT et algi,
- Toutes les personnes de bonne volonté qui nous ont soutenu dans cette œuvre : Tous les internes, major, les infirmiers, les manœuvres de la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré,
- Tous les CES de pédiatrie,
- Toutes les femmes VIH positives ayant leur enfant suivis dans le site PTME de l'hôpital Gabriel Touré,
- Le personnel de la Polyclinique Pasteur : Dr Sidi Yehiya Touré, Astou Cissé, Dramane Maïga et Adama Bamba etc.
- Mademoiselle Nana Coulibaly
- Assitan Dembélé à Faladiè.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

ABREVIATIONS

3TC : Lamivudine

ACTG : AIDS clinical trials group

ADN : Acide désoxyribonucléique

AFAS : Association Féminine d'Aide et de Soutien aux Veuves et Orphelins du SIDA

AMAS : Association Malienne d'Assistance et de Soutien aux personnels vivant avec le VIH

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti-rétroviral

AZT : Zidovudine= ZDV

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CCC : Communication pour un changement de comportement

CD4 : Cellule de différenciation

CDC : Center for disease control

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

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

Cf : Confère

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation prénatale

CS Réf : Centre de santé de référence

CSCOM : Centre de santé communautaire

CV: Charge Virale

CVD-MALI: Centre pour le développement des vaccins Mali (center for vaccine development)

D4t : Stavudine

Ddi : Didanosine

DEAP: Département d'épidémiologie et des affections parasitaires

EDS/M : Enquête démographique et de santé Mali

EFV : Efavirenz

ELISA : Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay

EPF : Enquête périnatale française

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

FMPOS : Faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie

HTLV : Human T-lymphocyte Virus

HGT : hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

IgG : Immunoglobuline G

IMAARV: Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

INRSP : Institut National de Recherche sur la Santé Publique

IO : Infections opportunistes

IP : Inhibiteur de la protéase

IST: Infection sexuellement transmissible

M9 : 9 mois

M18 :18 mois

NSI : Non Inducteur de Synticia

NVP : Névirapine

OMS : Organisation mondiale de santé

ONU : Organisation des nations unies

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PCR : Polymerase Chain Reaction

PLNS : Programme national de lutte contre le sida

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

PVVIH : personne vivant avec le VIH

SA : Semaines d'aménorrhées

SI : Inducteur de Synticia

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SLM : Substituts du lait de mère

SQV : Saquinavir

RTV : Ritonavir (r)

TME : Transmission mère enfant

TMF : Transmission materno-foetale

UNICEF : United nations international children's emergency fund (fonds des nations unies pour l'enfance)

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	8
OBJECTIFS.....	10
OBJECTIF GENERAL :	10
OBJECTIFS SPECIFIQUES :	10
II. GENERALITES.....	11
1. EPIDEMIOLOGIE DU VIH SIDA	11
2-TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH :	12
3 . PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH.....	21
4 . DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH.....	29
5. SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EXPOSE AU VIH.....	35
6. MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI (RAPPORT PTME) 47	39
III. LA METHODOLOGIE	49
1. CADRE ET LIEU D'ETUDE.....	49
2. TYPE D'ETUDE :	54
3. PERIODE D'ETUDE :	55
4. POPULATION D'ETUDE :	55
5. CRITERE D'INCLUSION :	55
6. CRITERE DE NON INCLUSION :	55
7. ECHANTILLON :	55
8. ASPECTS ETHIQUES :	55
9. RECUEIL DES DONNEES :	56
10. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	56
IV. RESULTATS.....	57
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	74
VI. CONCLUSION.....	84
VII. RECOMMANDATIONS	87

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est responsable à travers son infection chez l'homme d'une baisse du système de défense avec comme conséquence un ensemble de manifestations tumorales et ou infectieuses appelées SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise).

De sa découverte en 1981 à nos jours, elle est aujourd'hui la première épidémie mondiale (soit 38,6 millions de personnes vivants avec le VIH en 2005). Elle est dévastatrice (avec 2,6 millions de décès en 2003 et 2,8 millions en 2005) [1].

Sa prévalence ne cesse de s'accroître malgré de multiples efforts entrepris dans sa prévention et sa prise en charge.

Au Mali les résultats de l'EDS IV (Enquête Démographique de Santé) en 2001 montraient une prévalence de 1,3% de la population générale de 15 à 45 ans [2].

Le sexe féminin en âge de procréer est le plus touché avec un taux de 47% de l'ensemble des personnes infectées à travers le monde [1]. 12,6 millions de ces femmes VIH positives en âge de procréer vivent en Afrique subsaharienne. [1].

Ce pourcentage élevé de séropositivité chez les femmes en âge de procréer serait un risque majeur dans l'accroissement de la prévalence de l'infection chez les enfants [1]. La lutte contre le VIH/SIDA passant en premier lieu par les mesures de prévention nous fait penser que le moyen de protéger les enfants est d'une part de prévenir l'infection chez les parents et d'autre part de prévenir la transmission mère enfant du virus (PTME).

En Afrique, une absence d'application de ces mesures a fait de l'infection VIH/SIDA une cause croissante de mortalité dans la tranche d'enfant de 0 à 5 ans comme le montre le rapport ONUSIDA 2006 : (2 % de décès par VIH/SIDA dans cette tranche d'âge en 1990 contre 6,5% en 2003).

C'est ainsi qu'en Septembre 2001 le Mali, à l'instar d'autres pays africains a adhéré à l'Initiative Malienne d'Accès aux Antiretroviraux (IMAARV) et a adopté une stratégie nationale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Depuis Septembre 2002, le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré HGT constitue avec la maternité du service de gynécologie le site pilote PTME.

L'analyse du suivi des enfants nés de mères infectées par le VIH dans le service de Pédiatrie en 2006 [3], a révélé certaines difficultés dans la prise en charge comme le nombre élevé de perdus de vue, la non information du conjoint avec retentissement sur la qualité de la prise en charge. Ces difficultés ne sont t-elles pas liées à une mauvaise connaissance de l'infection VIH elle-même, de la transmission mère enfant du VIH par les mères ? C'est pour répondre à cette question que ce travail vise à évaluer les connaissances des mères sur le VIH a été initié dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances sur le VIH/SIDA des mères des enfants suivis au niveau du site PTME du service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des mères
- Evaluer leurs connaissances générales sur le VIH/SIDA,
- Evaluer leurs connaissances sur la transmission mère enfant du VIH
- Evaluer leurs connaissances sur les mesures de PTME du VIH
- Evaluer leur connaissance du programme National de PTME.

II. GENERALITES

1. EPIDEMIOLOGIE DU VIH SIDA

1.1. Dans le monde [1].

Malgré les multiples efforts entrepris dans sa prévention (sensibilisation sur le VIH sida en particulier sur les modes de transmission et lutte contre les facteurs de vulnérabilité, etc.) dans sa prise en charge (la découverte et la mise en place du traitement ARV, prise en charge des infections opportunistes), l'infection à VIH reste la première épidémie mondiale avec plus de 38,6 millions de personnes infectées dans le monde en 2005. Elle demeure la plus galopante : 36,2 millions de personnes infectées en 2003 contre 38,6 millions en 2005 soit 2,4 millions de nouvelles infections entre 2003 et 2005.

C'est aussi la plus meurtrière : selon l'ONU SIDA 2005 2,6 millions de décès seraient dus au VIH sida en 2003 contre 2,8 millions en 2005

1.2. En Afrique sub-saharienne [1].

Le continent noir qui enregistre la quasi totalité des facteurs de vulnérabilité (pauvreté, inégalité de sexe ; guerres ; illettrisme, etc.) est le plus touché surtout dans sa portion subsaharienne où seulement 10 % de la population mondiale vivent : parmi les 38,6 millions de personnes vivant avec le VIH, les 64 % (24,5 millions) vivent dans cette portion du continent noir et les femmes en âge de procréer de 15 - 49 ans représentent 12,6 millions.

Du fait de la faiblesse des efforts de prévention, l'accentuation des facteurs de vulnérabilité ; l'Afrique subsaharienne enregistre la plus grande prévalence :

2,7 millions de nouvelles infections en 2005 contre 2,6 millions en 2003 soit une prévalence de 6,2% en 2005 contre 6,1% en 2003 .

Si au cours des 2 dernières années l'accès au ARV s'est amélioré dans les pays riches où on peut enregistrer une couverture d'environ 80 % , les pays pauvres sont loin d'atteindre cette couverture : selon l' ONUSIDA un africain sur dix et un asiatique sur sept en attente de traitement ARV en bénéficiait en milieu 2005.

1.3. Au Mali [2].

Selon l' EDS 2006, la prévalence nationale de séropositivité chez les adultes est de 1,3 %, faisant de lui un pays à faible prévalence.

Le sexe féminin reste le plus touché : 1,5% soit deux fois plus que les hommes:1%.

Dans la tranche d'âge 15 à 29 ans, les jeunes filles sont les plus touchées : 3,9% contre 2,1% chez les jeunes garçons.

Les milieux urbains (1,7%) sont plus touchés que ceux des ruraux (1,1%) : la capitale BAMAKO est la plus touchée 2, % suivie de Mopti1, 6%, Ségou 1,5%, fait expliqué en outre par plusieurs facteurs (situation géographique, les mouvements migratoires, etc.).Il s'en suit que les professionnelles du sexe enregistrent la plus grande prévalence de séropositivité : 31,9 %, les vendeuses ambulantes : 4,6 %, les routiers 3,9 %. On note cependant une absence de statistique nationale chez les enfants.

2-TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH :

La prévalence de l'infection à VIH chez les enfants est actuellement étroitement liée à la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes. La

transmission materno-foetale du VIH constitue le mode de contamination quasi exclusif des enfants infectés [4].

La transmission mère-enfant peut s'effectuer in utero (dans les semaines qui précèdent l'accouchement), au moment de l'accouchement et en période post natale en cas d'allaitement maternel [5,6].

2-1. Mécanismes et moments de transmission:

Les différents mécanismes de transmission ne sont pas tous élucidés à ce jour. Plusieurs hypothèses coexistent, faisant intervenir soit le virus libre soit le virus associé aux cellules, soit une infection du placenta. Le rôle des anticorps neutralisants maternels et des cellules T cytotoxiques présentes chez la mère est aussi à préciser [7].

a. Transmission du VIH in utero [5, 8] :

La possibilité d'infection in utero est connue de longue date par la mise en évidence dès la naissance d'une virémie VIH, voire des signes cliniques chez certains enfants. Cette contamination in utero est associée à un risque accru d'évolution rapide de la maladie chez l'enfant.

La transmission in utero très précoce au premier trimestre de grossesse est possible mais peu fréquente. La transmission in utero se passe donc principalement au troisième trimestre dans les deux semaines précédant l'accouchement.

Le placenta joue probablement un rôle protecteur vis-à-vis de cette transmission dont plusieurs mécanismes peuvent être évoqués :

- un passage de virus via le liquide amniotique ;
- des échanges sanguins materno-foetaux favorisés par des brèches placentaires ;

- un passage transplacentaire du virus via certaines cellules permissives à l'infection comme les macrophages placentaires.

b. Transmission du VIH en intrapartum:

Elle est la plus fréquente. En effet, le virus est transmis dans 65% des cas au moment de l'accouchement.

Les mécanismes de cette transmission ne sont pas connus précisément [9]. Le passage du nouveau-né dans la filière génitale et le contact de ses muqueuses avec les particules virales libres ou associées aux cellules maternelles des sécrétions vaginales sont sans doute impliqués. Des échanges sanguins foeto-maternels favorisés par des microlésions dans la barrière placentaire au moment des contractions utérines ont aussi été évoqués [10,11].

Enfin, une infection par le liquide gastrique via la muqueuse intestinale peut être aussi évoquée chez les nouveau-nés [12].

L'ensemble de ces points justifie l'importance de la phase périnatale dans la prévention de la transmission mère-enfant par des antiretroviraux [13].

c. Transmission post-partum ou postnatale [8, 14, 15] :

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

Les facteurs de risque élevés sont :

- L'allaitement mixte, le colostrum surtout en cas de charge virale élevée.
- Les crevasses, les abcès du sein, les mastites.

- Les affections buccales du nourrisson : muguet, plaies.
- La durée de l'allaitement : si l'allaitement maternel est prolongé le risque additionnel est de 1% par mois après les six premiers mois.

2. 2. Facteurs de Risque :

a. Etat immunovirologique maternel :

- Charge virale :

La charge virale maternelle est le facteur prédictif le plus important de la transmission périnatale du VIH type 1[16,17]. Les auteurs retrouvent une association significative entre la charge virale moyenne et le risque de transmission au cours de la grossesse et à l'accouchement.

Pour Garcia [18] le taux de transmission est de 40% si la charge virale est supérieure à 100.000 copies d'ARN HIV/ml, de 30% entre 50.000 et 100.000copies/ml, de 20% entre 10.000 et 50.000 copies/ml et de 17% entre 1000 et 10.000 copies/ml.

Aucune valeur au delà de laquelle le risque de transmission est de 100% n'a été définie. Il existe des cas rapportés de transmission avec une charge virale maternelle inférieure à 1000 copies/ml. D'autre part, la charge virale plasmatique maternelle est un facteur prédictif d'une charge virale détectable dans le lait et donc d'un risque de transmission important.

Plusieurs études ont montré que le risque de transmission augmentait de façon parallèle avec l'augmentation de la charge virale, mais là encore il n'existe aucune valeur en dessous de laquelle il n'y a pas de transmission [19].

- Taux de CD4 :

Le risque de transmission augmente de façon proportionnelle au déficit immunitaire, dont témoigne la diminution du taux de lymphocytes CD4 [20].

Lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200 /mm³, le risque de transmission est doublé ; du moins sans traitement ou avec la Zidovudine (AZT= ZDV) seule. Le chiffre absolu de CD4 peut diminuer pendant la grossesse du fait de l'hémodilution, mais le pourcentage n'est pas modifié [21].

L'état immunitaire et la CV maternels étant fortement liés, il est difficile de déterminer le poids de chaque élément, ce d'autant plus qu'il varie selon que la mère est traitée ou non. En l'absence de traitement, le risque est élevé lorsque le taux de lymphocytes CD4 est bas, quelle que soit la CV. Lorsque le taux de lymphocytes CD4 est conservé, au-dessus de 500 /mm³, l'élément déterminant est la CV plasmatique [22].

b. Etat clinique maternel :

L'état clinique est un élément important en l'absence de traitement car une mère au stade de SIDA avéré a un risque de plus de 50 % d'avoir un enfant contaminé. Toutefois un antécédent de maladie opportuniste chez une femme dont l'infection est actuellement stabilisée sous traitement ARV n'a pas la même signification péjorative [23].

c. Caractéristiques du virus :

Outre le niveau de la charge virale maternelle, les caractéristiques des virus sont également impliquées dans la transmission. Plusieurs études phylogénétiques ont montré que les virus retrouvés chez l'enfant infecté sont homogènes. Cette homogénéité virale pourrait s'expliquer par une infection à très faible inoculum ou par une sélection des virus au tropisme le plus adapté. Dans cette dernière hypothèse, cette sélection proviendrait de l'utilisation de corécepteurs particuliers [24].

Des études ont montré que les mères ayant un virus de phénotype SI, utilisant préférentiellement les corécepteurs CCR5 et CXCR4, ont un risque plus important d'infecter leur enfant que les mères avec un virus de phénotype NSI [24].

Paradoxalement d'autres études montrent que la transmission verticale a principalement lieu avec des souches NSI utilisant préférentiellement le corécepteur CCR5 [25].

La fréquence de la transmission dépend également de la nature du virus transmis.

C'est le cas du VIH2, bien moins pathogène que le VIH1, et dont le taux de transmission est nettement plus faible que pour le VIH1 : 102% vs 24,7% [26]. L'éventuelle différence de pathogénicité entre les sous types viraux n'a pas été mise en évidence dans le cadre de cette étude dont le taux reste identique dans les différents pays du monde, quelle que soit la répartition des sous types viraux [27].

d. Facteurs obstétricaux :

- Mode d'accouchement [28]

Plusieurs études récentes montrent qu'une césarienne programmée en association avec la prophylaxie par l' AZT, avant tout début de travail et à membranes intactes, réduit le risque de TMF chez la femme non traité ou ayant débuté tard son traitement.

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

- **Accouchement prématuré et rupture prolongée des membranes :**

La transmission augmente de façon linéaire en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf, ce qui signifie qu'il n'y a pas de seuil en de ça ou bien au delà duquel le taux de transmission se stabiliserait. A l'inverse, la durée du travail ne semble pas être liée au risque de transmission [8].

- **Infections maternelles :**

On observe que le taux de transmission est plus élevé en cas de fièvre pendant le travail ou de chorioamnionite.

L'infection génitale ou une IST pendant la grossesse sont également des facteurs de risque [8].

Ces différents facteurs sont liés, et recouvrent la problématique des accouchements prématurés et de la rupture prématurée des membranes, probablement par le biais des infections bactériennes latentes [8].

Dans l'Enquête Périnatale Française (EPF), la présence d'un liquide amniotique sanglant, due le plus souvent à un placenta praevia ou à un décollement est un facteur de risque élevé mais peu fréquent [29].

- **Gestes invasifs ou traumatisants pendant la grossesse :**

Les gestes invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie) étaient associés à un risque accru de TME dans l'EPF [29]. Cette relation est plus difficile à évaluer depuis l'introduction de la prophylaxie antirétrovirale, en raison du nombre plus faible d'enfants infectés [8].

Quant aux gestes pendant l'accouchement aucun n'a de valeur prédictive, qu'il s'agisse de l'épisiotomie ou des déchirures vaginales, ou de l'extraction instrumentale par forceps ou par ventouse [8].

e. Les facteurs démographiques :

L'origine géographique notamment européenne ou africaine, le mode de contamination de la mère, sexuelle ou sanguine, ne sont pas liés au risque de transmission [20].

Une étude avait suggéré que lorsque la mère avait donné naissance à un enfant infecté le ou les enfants suivants avaient un risque accru, mais cela n'a pas été confirmé par la suite [21].

Quant au statut du père, il ne semble pas jouer sur le risque de transmission de la mère à l'enfant [21].

Tableau 1 : Facteurs de risque de transmission mère-enfant du VIH [19].

1. Statut clinique et biologique de la mère

- Age maternel
- Charge virale élevée
- Taux de lymphocytes CD4 bas
- Déficit en vitamine A sérique
- Primo-infection en cours de grossesse

2. Particularités viro-immunologiques

- Virus SI (controversé) (virus formant des syncytia in vitro sur cellules MT2)
- Taux élevé d'anticorps facilitant
- Absence de lymphocytes T cytotoxiques

3. Facteurs liés à la grossesse et à l'accouchement

- Fièvre
- Chorio-amnionite et infections cervico-vaginales pendant la grossesse
- Accouchement prématuré (< 37 SA)
- Durée du travail
- Durée de rupture des membranes (> 4 H)
- Liquide amniotique méconial, sanglant
- Mode d'accouchement (réduction du taux de transmission materno-fœtale par césarienne)

4. Allaitement

- Risque de transmission est augmenté
- Durée de l'allaitement est associée à une augmentation du risque

3 . PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH

3. 1 Prophylaxie antiretrovirale chez la femme enceinte et le nouveau-né

Objectifs du traitement antirétrovirale [30]

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

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

3.1.1. Recommandations OMS 2006 [31]

- Femme séropositive VIH ayant besoin d'un traitement ARV pour elle-même, désirant un enfant ou déjà enceinte : le schéma de première intention privilégié est : ZDV + 3TC+ NVP (proscrire EFV). Il est à poursuivre pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Le schéma prophylactique recommandé pour le nourrisson est NVP dose unique+AZT donné à partir de la naissance pendant une semaine. Dans le

cas où la mère reçoit moins de 4 semaines de traitement antirétroviral avant l'accouchement, il est recommandé de donner au nourrisson l'AZT pendant quatre semaines.

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

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

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

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

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

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

En cas d'accouchement imminent, il ne faut pas donner la dose de NVP à la mère, et suivre les mêmes recommandations que pour les enfants nés de

mère vivant avec le VIH qui n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale antépartum et intrapartum.

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

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

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

3.1.2. Recommandations maliennes [32]

a. Chez la mère :

La conduite à tenir devra comporter plusieurs facteurs :

- L'état clinique et immunologique,
- Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement,
- Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (accréditation, accessibilité de la structure de référence),

- Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV.

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

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

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

Si la femme est asymptomatique (stade I) ou peu symptomatique (stade II), avec des $CD4 > 350/mm^3$, on proposera au mieux une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée au début du troisième trimestre de la grossesse, donnée pendant l'accouchement et poursuivie jusqu'à la fin de l'allaitement si allaitement maternel est exclusif.

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

- AZT en commençant au mieux dès la 28^{ème} semaine de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente ;
 - AZT pendant l'accouchement (dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à la Névirapine à dose unique en début de travail ;
 - AZT + 3TC pendant 7 jours après l'accouchement, si disponible, pour minimiser les risques de résistance à la Névirapine.
- Femme enceinte non suivie et non traitée et dont le diagnostic de l'infection a été retardé.

Deux situations :

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

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

- AZT + NVP { AZT (cp 300 mg) : dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à 1 comprimé de 200 mg de Névirapine dose unique en début de travail} ;
- AZT + 3TC pendant le travail et poursuivi pendant 7 jours après l'accouchement.

- Cas particulier du VIH 2

La transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est rare et la Névirapine n'est pas efficace contre le VIH2. On pourra proposer les options suivantes selon les circonstances :

- Trithérapie avec inhibiteur de protéase chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même ;
- Monothérapie par AZT débutée dès la 28^{ème} semaine chez la femme qui n'a pas d'indication de traitement antirétroviral et qui se présente suffisamment tôt ;
- Bithérapie AZT + 3TC (1 comprimé deux fois / jour) pendant 7 jours, chez la femme se présentant au moment de l'accouchement.

b. Chez le nouveau-né :

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

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

- Mère traitée moins d'une semaine ou n'ayant pas reçu de prophylaxie :
AZT + NVP {AZT sirop, 2 mg/kgX2/j pendant quatre semaines associé à nevirapine dose unique}
Ou AZT + 3TC pendant 14 jours
- Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par VIH2
AZT + 3TC pendant 14 jours
- Traitements associés chez le nouveau-né

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

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

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

3.2 Autres Mesures de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

a. Mesures obstétricales générales [33]

Au cours de la grossesse, il convient d'éviter autant que possible les manœuvres pouvant entraîner des échanges sanguins materno fœtaux, telles que les versions par manœuvres externes, et les gestes invasifs (amniocentèses et ponctions trophoblastiques...).

Le suivi obstétrical doit s'efforcer de prévenir des principaux facteurs de risque connus : l'infection cervico-vaginale ou les infections sexuellement transmissibles, l'accouchement prématuré, et la rupture prématurée des

membranes. Il est recommandé de procéder rapidement à l'accouchement au besoin par césarienne en urgence.

b. Césarienne programmée [34, 35, 36, 37]

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

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

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

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

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

c. Mesures chez le nouveau-né en salle de naissance [30]

A la naissance, la mise en œuvre rapide d'un bain du nouveau-né est recommandée, bien que l'intérêt de cette mesure n'ait jamais été démontré. L'utilisation d'un antiseptique virucide dans le bain, tel qu'une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium et de chlorure de sodium à 0,06 p100, peut

être discutée, mais là aussi sans preuve de son intérêt. La désinfection oculaire est habituellement réalisée en salle de travail. L'aspiration gastrique doit être la moins traumatique que possible compte tenu de la présence documentée du virus dans l'estomac ou dans les sécrétions nasopharyngées.

d. Alimentation artificielle [38]

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

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

e. Autres moyens de prévention envisagés [39]

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

4. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

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

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

4.1. Principe du Diagnostic [40]

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

4.2. Différentes méthodes de détection du VIRUS

a. Méthode Directe : Diagnostic précoce

a.1. Culture virale :

La culture virale consiste à faire pousser in vitro du virus par les lymphocytes infectés de l'enfant. La première étape consiste à la séparation des lymphocytes par élimination des hématies et des polynucléaires. Les lymphocytes de l'enfant sont ensuite mis en culture après avoir été activés afin de stimuler la production virale d'éventuels lymphocytes CD4 quiescents et infectés (41). L'un des avantages majeurs de la recherche du virus par la culture lymphocytaire est qu'elle peut s'appliquer à tout type de virus VIH [42].

a.2. PCR ADN : Détection du provirus VIH dans les lymphocytes [38]

La PCR, ou polymérase Chain réaction, permet l'amplification en très grande quantité d'un fragment d'ADN par polymérisation enzymatique en chaîne. Une des limites de la PCR concerne la détection des virus d'origine africaine, la variabilité du génome pouvant affecter la capacité de détection de ces souches par la PCR. Un contrôle souvent nécessaire consiste à vérifier que le

virus de la mère est bien détecté avec la PCR utilisée pour le diagnostic de l'enfant.

a.3. Détection des ARN-VIH dans le plasma [38]

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

Aucune de ces techniques dans leur état actuel ne répond aux trois conditions minimales nécessaires pour le diagnostic chez le nouveau-né : seuil de détection faible en utilisant un petit volume de plasma, capacité de détection de toutes les souches africaines, spécificité élevée.

b. Méthode indirecte : diagnostic tardif

b.1. Tests enzymatiques

C'est la technique la plus usuelle et toujours utilisée en première intention pour la recherche des anticorps anti-VIH : ELISA [23].

b.2. Elisa VIH-2

Il existe des trousse spécifiques ELISA VIH-2 pour la détection des anticorps anti-VIH-2 par réaction croisée entre VIH-1 et VIH-2 basée sur le principe « sandwich » [43].

b.3. Western-blot = immuno-transfert

C'est aujourd'hui, la technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité VIH [23].

b.4. Autres méthodes de diagnostic indirect [23]

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

4.3. Diagnostic d'infection et de non infection avant 18 mois [44]

4.3.1. Tests virologiques disponibles

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

- Enfants nourris au lait artificiel

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

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

- Enfants nourris au lait maternel

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

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

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

4.3.2. Tests Virologiques non disponibles

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

- Candidose orale ;
- Pneumonie sévère ;
- Cachexie ou malnutrition sévère ;
- Infection septique sévère.

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

- Décès récent de la mère lié au VIH ;
- Stade VIH avancé chez la mère ;
- Taux de lymphocytes CD4 < 25% chez l'enfant.

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

NB :

- Lorsque la mère et le nourrisson ont reçu des ARV : ce traitement n'affecte pas les résultats lorsque l'examen utilisé est la PCR à ADN. L'ADN reste détectable dans le sang périphérique des enfants infectés qui ont reçu des

ARV et ont une charge virale indétectable. Cependant il n'est pas encore bien établi si la sensibilité de l'ARN viral ou l'antigénémie p24 n'est pas affectée par les ARV maternels et infantiles de la PTME.

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

5. SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EXPOSE AU VIH

5.1. Suivi Clinique et Biologique : Recommandations Maliennes [45]

Le calendrier de suivi **varie** selon la structure de santé.

❖ Centre de santé communautaire et Centre de santé de référence

- *Naissance* : Prophylaxie antirétrovirale ;
- Évaluation clinique + Polio 0 + BCG + counseling pour l'alimentation ;
- *Jour 7* : Évaluation clinique + counseling pour l'alimentation ;
- *Jour 45* : Évaluation clinique + vaccin DTCP 1 + Hépatite 1 + counseling sur l'alimentation Mise sous cotrimoxazole ;
- *M2 et 1/2* : Évaluation clinique +

Il existe deux situations possibles :

- Sérologie VIH positive :

- *Enfant symptomatique* : Bilan clinique et classification selon les critères de Bangui, puis le malade est référé pour prise en charge selon l'IMAARV.
- *Enfant asymptomatique* : Pas d'alarme
- *M12 et M15* : Evaluation clinique + conseling sur l'alimentation.

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

- Sérologie VIH négative :

- **M12 et M15** : Evaluation clinique + conseling sur l'alimentation.
- **M18** : Evaluation clinique + sérologie de confirmation qui lorsqu'elle revient négative rassure les parents.

❖ Hôpital National

- **Naissance** : Névirapine 2mg/kg avant 72H et AZT 2mg/kg 4 fois/jour pendant 6 semaines ;
- **J 2** : Évaluation clinique ;
- **J7** : Évaluation clinique + counseling pour alimentation ;
- **M 1** : Évaluation clinique+ virologique : PCR 1+ biologie : NFS ;
- **M 2** : Évaluation clinique ;
- **M 3** : Évaluation clinique = +virologique :
PCR2,NFS+TGO+TGP+CREAT+CD4

Il y a deux situations possibles :

- *Enfant non infecté* : Nourri au lait artificiel

- Evaluation clinique tous les 3 mois;
- Sérologie à 18 mois;
- *Positive* : Mettre l'enfant sous ARV;
- *Négative* : Rassurer les parents.

- *Nourri au lait maternel* :

- Evaluation clinique tous les 3 mois

- PCR à 6 mois et 2 mois après arrêt de l'allaitement maternel
- Sérologie à 18 mois.
- *Enfant infecté* : Suivi clinique mensuel + bilan inclusion et la mise sous ARV de l'enfant.

5.2. Prophylaxie au Cotrimoxazole [46]

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

- Qui devrait bénéficier du cotrimoxazole ?

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

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

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

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

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

- Chez l'enfant exposé au VIH, le cotrimoxazole peut être arrêté seulement quand l'infection VIH a été définitivement écartée.
- Chez l'enfant de moins de 18 mois non allaité au sein : test virologique (ADN ou ARN) négatif.
- Chez l'enfant de moins de 18 mois allaité au sein : test virologique négatif réalisé au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement.

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

- *Quelle dose faut-il administrer ?*

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

Si les comprimés peuvent être ingérés, 1/2 comprimé adulte standard (400mg/80mg) écrasé peut être utilisé chez les enfants jusqu'à 10 kg, 1 comprimé entier chez les enfants entre 10 et 25 kg. En cas d'allergie au cotrimoxazole, la dapsonne est l'alternative préférée.

5.3. Vaccination

Le calendrier vaccinal mérite d'être légèrement modifié chez l'enfant né de mère séropositive. Cette restriction ne concerne toutefois pas les pays en voie de développement où le programme élargi de vaccination doit être maintenu, quel que soit le statut sérologique de l'enfant [22].

Les vaccins inactivés et les anatoxines (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio injectable, pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, grippe, hépatite B) ne posent aucun problème, même en cas de déficit immunitaire. La seule question concerne leur réelle efficacité lorsque l'enfant souffre déjà de perturbations immunitaires [13].

Les vaccins vivants (polio oral, rougeole, oreillons, rubéole, fièvre jaune, BCG) posent d'autres problèmes. La persistance du BCG plusieurs années après l'inoculation, même chez un enfant immunocompétent, représente un réel problème. Si la tolérance à court terme est toujours bonne, la diffusion généralisée du BCG dans l'organisme est possible en cas d'effondrement de

l'immunité cellulaire, même s'il intervient plusieurs années après la vaccination [22]. Il n'est donc pas logique de se baser sur le statut immunitaire de l'enfant le jour de la vaccination pour décider ou non de le réaliser.

6. MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI (Rapport PTME) 47

Au Mali, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une priorité de la politique du Gouvernement et est l'un des objectifs du Plan Stratégique de la Lutte contre le VIH/Sida 2001-2005 (2007 ?).

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

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

Ceci avait permis de faire :

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

Les activités ont pu alors commencer dans 5 centres à savoir les Centres de Santé des Communes 1, 5 et 6, l'ASACOBABA, l'ASACOBAN II et l'Hôpital

Gabriel Touré, également site IMAARV et référence pour le suivi des enfants nés de mères séropositives. Les critères de sélection de ces centres étaient:

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

6.1. Stratégies adoptées :

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

6.2. Organisation des activités :

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

- des séances de causerie en groupe ;
- le counseling pré dépistage au niveau des unités CPN/Salle d'accouchement ;
- le test de dépistage dans les unités CPN, salle d'accouchement et laboratoire selon le besoin ;
- le counseling post dépistage au niveau des unités CPN /Salle d'accouchement ;

- le Conseil / Accompagnement prénatal des femmes séropositives
- l'accompagnement et prise en charge post-partum des Femmes VIH+ et leurs enfants ;
- le suivi du couple mère-enfant dans les centres jusqu'à 18 mois ;
- la référence du couple mère-enfant vers les centres de prise en charge.

6.3. Mécanisme de suivi des activités :

Pour pouvoir apprécier cette activité plusieurs actions ont été menées :

6.3.1. Développement des outils :

Certains supports ont été élaborés et mis en place :

- Registre PTME ;
- Fiche de collecte des données ;
- Dossiers de suivi du couple mère-enfant ;
- Guide de supervision ;
- Guide de monitoring.

6.3.2. Supervisions :

Elles se composent des activités suivantes :

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

6.3.3. Revues : des revues ont été organisées :

- Deux revues régionales de Bamako en Mai 2003 et janvier 2005 ;
- Un atelier national en juin 2003 ;
- Une revue nationale en Novembre 2005.
- Trois revues régionales en 2007 à Kayes, Koulikoro et Mopti

LISTE ACTUELLE DES SITES PTME FONCTIONNELS AU MALI

REGIONS	CERCLES/COMMUNES	SITES PTME
Kayes (8)	Kayes : 5	CSRéf, hôpital, Cscm Lafiabougou , Kayes n'di et Khasso
	Yelimané : 1	CSRéf
	Diema : 1	CSRéf
	Kéniéba : 1	CSRéf
Koulikoro (35)	Koulikoro: 5	CSRéf, CSCom Koulikoro Ba , CSCom de Kolébougou, , Cscm de Gouni, CMIE,
	Banamba : 5	CSRéf, CSCom central, Kiban, Touba et Banamba Ouest
	Ouélessébougou :2	CSRéf et Cscm Central de Ouélessébougou
	Dioila : 1	Csref Dioila
	Fana : 1	Csref Fana,
	Kolokani : 2	Csref Kolokani et Cscm Central de Kolokani,
	Kangaba : 2	Csref Kangaba, Cscm Central de Kangaba,
Sikasso (18)	Sikasso : 7	Hôpital ; Centre de Santé de Mancourani, Cscm Médine, Hamdallaye, Wayerma, Sanoubougou II et le Camp Tiéba
	Bougouni : 4	CSRéf, Cscm Bougouni Est, Bougouni Ouest et Bougouni Sud
	Koutiala : 5	CSRéf, Cscm Hamdallaye, Sogomougou, Médina Coura et Centre Confessionnel de la mission
	Kadiolo : 1	CSRef
Ségou (23)	Kolondiéba : 1	CSRef
	Ségou : 8	CSRéf, Hôpita, Cscm Dar Salam, Médine, Pélingana, Ségoucoura, Infirmerie Garnison et Clinique Maya BOLLY
	Bla : 3	CSRef, CSCom central Bla et CSCom central Kountienso
	Niono : 4	CSRef, CSCom Central, Molodo et C3
	San : 3	CSRef, CSCom Central, CSCom de San

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

		Lafiabougou,
	Tominian : 2	CSRef, CSCOM Central
	Macina : 2	CSRef et CSCOM Central
	Baouéli ; 1	CSCOM Konobougou
Mopti (12)	Mopti : 3	CSRéf , CSCOM Sévaré et Centre de l'INPS
	Djenné : 2	CSRéf de Djenné et CSCOM de Djenné Central
	Koro: 2	Csref et Cscm Central de Koro,
	Badiangara: 2	Csref et Cscm Central de Badiangara
	Douenza: 2	Csref et Cscm Central de Douenza
	Téninkou: 1	Cscm Central de Téninkou
Tombouctou (6)	Tombouctou : 4	Hôpital, CSRef, Cscm de Kabara et Belafandi
	Diré	Csref et Cscm de Bourem Sidi Arma
Gao (11)	Gao : 7	CSRéf , Hôpital, Cscm de Gadèye, Château, Aldianabadja, Boulgoundjé et INPS
	Ansongo : 4	CSRéf , Cscm de Bara, Bazi Haoussa et Tassiga
Kidal (3)	Kidal : 3	CSRéf , Cscm de Aliou et Etambar
Bamako (31)	Commune I : 6	CSRéf, CSCOM Asacoboul II, Asacoba, Asacodou, Asacodjé et Ascomsi
	Commune II : 4	CSRéf, CSCOM Abosac, Boniaba et Médine
	Commune III : 6	CSRéf, CSCOM Asacodrab, Asacobakon, Asacokoulpoint, Ascom et HGTouré
	Commune IV : 6	CSRéf, l'Hôpital Mère Enfant (Luxembourg), Maternité de Hamdallaye, CSCOM Asacosek, Asacosekassi et Asacodjénéka
	Commune V : 5	CSRéf, CSCOM Asacobakodji, Asacosab I, Asacoga et Adasco
	Commune VI : 4	CSRéf, CSCOM de Asacobafa, Asacoyir et CSCOM de Aniasco
TOTAL =		147 SITES

**7 Chronogramme de mise en place des sites PTME de
2002 - Décembre 2007**

Années	Régions	Nombre de sites	Noms des sites	Date de démarrage
2002	Bamako	6	Csref commune V Csref commune VI Csref commune I CSCOM de Banconi Cscm de Boukassoumbougou II Hôpital Gabriel Touré	Septembre 2002
	Total 2002	6		
2003	Bamako	3	Cscm de Faladié Banankabougou Cscm de Daoudabougou Cscm de Bacodjikoroni	Novembre - Décembre 2003
	Koulikoro	1	Csref de Koulikoro	Novembre 2003
	Ségou	2	Csref de Ségou Hopital Regional de Ségou	Novembre- Décembre 2003
	Total 2003	6		
2004	Bamako	5	Csref commune II Cscm de Bozola Csref commune IV Cscm de Sébénikoro Hôpital Mère-enfant Luxembourg	Octobre Novembre 2004
	Koulikoro	4	Csref de Banamba Cscm de Koulikoroba Cscm de Kalebougou Cscm de Banamba Central	Juillet 2004 Janvier 2004
	Mopti	2	Csref de Mopti Cscm de Sévaré	Octobre 2004
	Kayes	4	Hopital regional kayes Csref de Kayes Cscm de Lafiabougou Cscm de Kayes Ndi Cscm de khasso (fermé)	Septembre octobre 2004
	Total 2004	15		

2005	Ségou	12	Cscom de Médine Ségou Clinique maternité Privée Ségou Dispensaire Camp militaire Ségou Cscom de Darsalam Ségou Cscom de Segou Coura Ségou Cscom de Pelingana Ségou Csref de Bla Cscom de Bla Central Csref de Niono Cscom Central de Niono Cscom de Molodo Cscom C3 de Niono	2005
	Sikasso	14	Hôpital Régional Centre de Santé de Mancourani Sikasso Cscom de Medine Sikasso Cscom de Hamdallaye Sikasso Cscom de Wayerma Sikasso Csref de Bougouni Cscom de Bougouni Est Cscom de Bougouni Ouest Cscom de Bougouni Sud Csref de Koutiala Cscom de Hamdallaye Koutiala Cscom de Médina Coura Koutiala Cscom de Sgomougou Koutiala Centre Professionnel de Koutiala	Mai 2005
	Bamako	5	CSRef CIII Cscom de Dravéla Cscom du Badialan Cscom de Sikoroni La maternité d'Hamdallaye	Juin 2005
	Total 2005	31		
2006	Kayes	2	CSRef de Yélimané CSRef de Diéma	Octobre 2006
	Sikasso	2	Cscom de Sanoubougou II Le Camp Tiéba	Mars 2006
	Ségou	5	CSRef, CSCOM Central et CSCOM Lafiabougou de San CSRef et CSCOM Central de Tominian	Octobre 2006
	Mopti	3	Csref et CSCOM Central de Djenné Centre INPS de Mopti	Mai 2006
	Tombouctou	4	Hôpital Régional Csref, Cscom de Kabara, Cscom de Belafarendi	Mai 2006

	Gao	7	Hôpital Régional Csref Cscm de Gadèye Cscm du Château Cscm de Boulgoundjé Cscm de Aldjanabadia Centre de l'INPS	Mai 2006
	Kidal	3	Csref Cscm de Aliou Cscm de Etambar	Mai 2006
	Bamako	4	Cscm de Bozola/Niaréla/Bagadadji Cscm de Médine Cscm de Koulouba/Point-G Cscm de Bamako Coura	Février 2006 Novembre 2006
	Total 2006	30		
2007	Kayes	2	Csref de Kéniéba Cscm du Khasso Kayes	juillet
	Koulikoro	30	Cscm de Gouni CMIE Csref de Dioïla Csref de Fana Csref de Kolokani Cscm Central de Kolokani Csref de Kangaba Cscm Central de Kangaba Csref de Ouéléssébougou Cscm Central de Ouéléssébougou Cscm de Kiban Banamba Cscm de Touba Banamba Cscm de Banamba Ouest CSRef de Kati Cscm de Kati Koko Cscm de Kati Farada Cscm de Kati Malibougou Cscm de Kati Sananfara PMI de Kati maternié de la Garnison de Kati Cscm de CSCOM de Dialakorodj Cscm de Dio Gare Cscm de Kabalabougou Cscm de Moribabougou Cscm de Sangarebougou Cscm de Dogodouma Cscm de Sanankoroba Cscm de Sirakoro Méguetana Cscm de Bancoumana	Janvier 3 ème trimestre

			Cscom de Kalaban Coro	
Sikasso	2		Csref Kadiolo Csref Kolondiéba	3 ^{ème} trimestre
Ségou	4		Cscom Central de Kountienso Csref Macina Cscom Central de Macina Cscom Konobougou	Janvier 2007 3 ^{ème} trimestre
Mopti	7		Csref de Koro Cscom Central de Koro Csref de Badiangara Cscom Central de Badiangara Csref de Douenza Cscom Central de Douenza Cscom Central de Téninkou	3 ^{ème} trimestre
Tombouctou	2		Csref et Cscom de Bourem Sidi Arma	octobre
Gao	4		Csref d'Ansongo, Cscom de Bara, Bazi-Haoussa et Tassiga	mai
Kidal				
Bamako	8		Cscom de Djikoronidjénékabougou et de Niamakoro II Aniasco Cscom de Djélibougou, Doumazana, Sibiribougou, Sabalibougou I, Garantiguibougou et Yirimadio	Janvier juin
Total 2007	59			
Total Général	147 sites PTME			

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

III. LA METHODOLOGIE

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE

SERVICE DE PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURÉ :

L'hôpital Gabriel Touré est situé dans la commune III du District de Bamako, capitale du Mali. Le service de pédiatrie est au nord-est à l'intérieur de l'Hôpital. Constitué de deux bâtiments principaux contigus à un niveau et comprend :

- **Le service de pédiatrie A** : il est logé à l'étage des deux bâtiments et comprend :
 - **Pédiatrie III** : qui comprend 5 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits d'hospitalisation et 2 petites salles climatisées disposant chacune d'un lit d'hospitalisation.
 - **Pédiatrie IV** : comprend 4 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits d'hospitalisation.

Ces deux unités sont réservées à l'hospitalisation des enfants à partir de 2 mois d'âge.

- *La réanimation pédiatrique et la néonatalogie* divisée en 4 salles d'hospitalisation : 1 salle comportant 6 lits réservés aux grands enfants dont l'état impose une surveillance régulière, 2 salles pour les nouveau-nés, et nourrissons comportant 8 grands berceaux, 8 petits berceaux, 1 salle pour les prématurés comportant 7 petits berceaux, 7 couveuses.

- **Le service de pédiatrie B** : occupe le rez-de-chaussée des 2 bâtiments et comprend :

- **Pédiatrie I** : avec 4 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits ; 6 salles individuelles climatisées.
- **Pédiatrie II** : comporte 6 grandes salles dont chacune dispose de 4 lits d'hospitalisation. Ces deux unités sont réservées à l'hospitalisation des enfants à partir de 2 mois d'âge.
- **La consultation externe** avec :
 - Un service d'accueil ;
 - Une salle d'attente ;
 - 4 boxes de consultation ;
 - 2 salles d'observations de 3 lits pour des malades vus en urgence ;
 - 1 salle servant le personnel du Centre de Développement des Vaccins (C.V.D) ;
 - 1 mini laboratoire de recherche parasitologie équipé par le Département d'Epidémiologie des Affection Parasitaires (D.E.A.P) ;
 - 1 salle pour l'unité de prise en charge de la drépanocytose

- **Le personnel de la pédiatrie** :

Il est constitué de :

- 1 professeur de pédiatrie chef de service de la pédiatrie A ;
- 1 maître de conférence Agrégé de pédiatrie chef de service de la pédiatrie B ;
- 1 Maître assistant ;
- 1 Assistant chef de clinique ;
- 3 médecins pédiatres ;
- 1 médecin généraliste ;
- 27 médecins en cours de spécialisation ;
- 9 techniciens supérieurs de santé ;

18 techniciens de santé ;

12 aides soignantes ;

4 manœuvres.

A ceux ci, s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et les étudiants en médecine et en pharmacie de différentes années faisant leur stage.

- **Les activités du service :**

Elles sont constituées par :

- **La formation théorique et pratique** des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine et des élèves des écoles socio sanitaires.
- **La consultation externe** : elle est payante et la majorité des malades viennent d'eux-mêmes en consultation. D'autres par contre sont référés par les centres de santé périphériques, les cliniques médicales du District et de l'intérieur du pays
- **L'hospitalisation** : elle est gratuite en salle commune et payante en salle individuelle et en réanimation- néonatalogie.
- **La visite des malades** hospitalisés est quotidienne et est effectuée par les médecins pédiatres, les médecins en cours de spécialisation et les étudiants en fin de cycle
- **Les gardes** : elles sont assurées par le personnel paramédical, les étudiants en fin de cycle, les médecins en cours de spécialisation et supervisées par un médecin senior. Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde et un grand staff tous les vendredi.

Suivi des enfants nés de mères infectées par le VIH dans le service de pédiatrie.

Le suivi des enfants se fait deux fois par semaine dans un bureau aménagé à cet effet. Cette activité est faite parallèlement aux autres activités du service.

- Lundi (visites simples)
- Mercredi (visite et prélèvement pour la PCR et ou la charge virale).
- **Le personnel:** Il est constitué par :
 - deux médecins pédiatres
 - les étudiants faisant fonction d'interne
- **Le suivi :** Il est clinique et biologique.

Suivi clinique : Au premier contact un interrogatoire est effectué recherchant :

- L'identité,
- Les antécédents de la mère,
- L'histoire de la grossesse,
- Le traitement prophylactique de la mère et de l'enfant,
- Les circonstances de l'accouchement,
- La première alimentation à la naissance.

Ensuite un examen clinique est fait et un dossier est ouvert et mis à jour à chaque consultation.

Le calendrier de suivi est le suivant : à la naissance, à 1 mois puis tous les mois jusqu'à 6 mois puis tous les 2 mois jusqu'à 12 mois, ensuite tous les 3 mois jusqu'à 18 mois.

Pendant la consultation, les éléments suivants sont recensés et notifiés dans le dossier :

- les plaintes ;
- les événements pathologiques intercurrents depuis la dernière visite ;
- les difficultés liées à l'alimentation ;
 - préparation du biberon,
 - approvisionnement en eau potable,
 - stigmatisation (par rapport à l'utilisation du lait artificiel),
 - diversification alimentaire,
- calendrier vaccinal ;
- le développement psychomoteur ;

L'examen physique apprécie :

- les constantes anthropométriques ;
- les différents appareils.

Ensuite sont délivrés les ordonnances pour le lait, le cotrimoxazole. La dispensation du lait artificiel et du cotrimoxazole qui sont offerts gratuitement sont assurés par la pharmacie de l'Hôpital Gabriel Touré. Le pharmacien participe également à l'aide et l'observance de la prophylaxie antirétrovirale et au cotrimoxazole et à l'identification des problèmes en rapport avec l'alimentation de l'enfant.

NB : les visites d'urgences (diarrhées, pneumopathies...) sont fréquentes et ne tiennent pas compte des jours de consultation.

- **Suivi biologique**

⇒ **Diagnostic précoce**

Deux PCR sont faites à partir d'un mois de vie. Une troisième PCR est effectuée si la mère a opté pour l'allaitement, (deux mois après l'arrêt de l'allaitement) ou en cas de discordance entre les deux premières. Elles sont réalisées dans le laboratoire de virologie de l'INRSP.

La technique est celle du service de virologie de la Pitié Salpêtrière (FRANCE) installée dans le cadre de la collaboration avec ESTHER. Cette technique repose sur une extraction d'ADN suivie d'une amplification d'une zone du génome correspondant à des séquences localisées dans les LTR (long terminal repeat). La détection des produits amplifiés se fait après hybridation des produits amplifiés dans une plaque de type ELISA et avec l'utilisation d'anticorps anti-DNA double brin.

⇒ **Diagnostic tardif :**

Les recommandations nationales sont respectées : la sérologie est faite à 9 mois puis à 18 mois.

⇒ **Autres examens biologiques :**

- Un dosage du taux des lymphocytes CD4 est effectué chez les enfants ayant eu deux PCR positives.
- Les autres examens sont faits au besoin.

Les enfants infectés ou ayant une suspicion clinique sont référés pour traitement ARV à l'équipe de prise en charge retenue pour cette activité.

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive.

3. PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} juin 2006 au 30 novembre 2006 soit une période de 6 mois.

4. POPULATION D'ETUDE :

Il s'agissait de toutes les femmes VIH positives ayant au moins un enfant suivi au niveau du site PTME du service de pédiatrie de l'HGT.

5. CRITERE D'INCLUSION :

Etre mère VIH positive et avoir au moins un enfant suivi au niveau du site PTME du service de pédiatrie du CHU GT et être consentante à participer à l'étude.

6. CRITERE DE NON INCLUSION :

- Toute mère VIH positive ayant au moins un enfant inclus au site PTME du service de pédiatrie du CHU HGT non consentante à participer à l'étude.
- Toute mère VIH positive n'ayant pas d'enfant inclus au site PTME du service de pédiatrie du CHU HGT.

7. ECHANTILLON :

L'étude a porté sur 121 femmes répondant à nos critères d'inclusion durant la période d'étude.

8. ASPECTS ETHIQUES :

L'enquête s'est déroulée dans la plus grande confidentialité après consentement éclairé sans aucune influence. Le bambara a été notre principal moyen de communication. Ce qui a fait l'objet d'une traduction du questionnaire en langue nationale bambara.

9. RECUEIL DES DONNEES :

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire élaboré à cet effet (Cf annexes).

10. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS version 11.0.

IV. RESULTATS

Tableau I : Répartition des femmes selon l'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
15 à 25 ans	33	27,3
26 à 35 ans	70	57,9
36 à 45 ans	17	14,0
Total	121	100 %

Les femmes dans 57,9 % avaient un âge compris entre 26 et 35 ans.

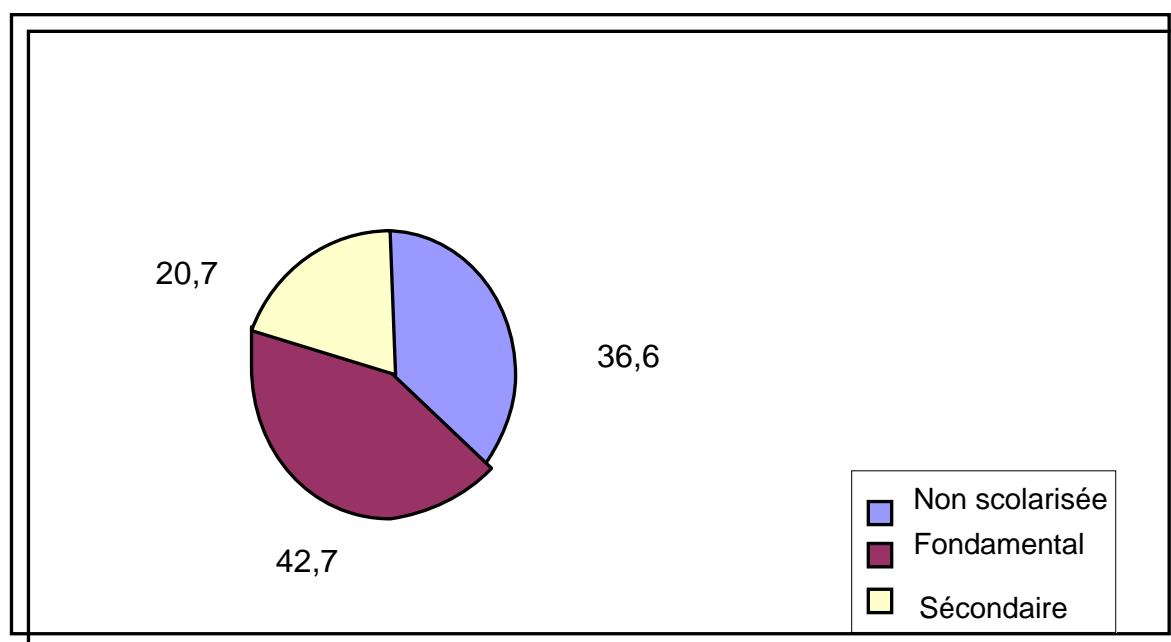
Pour une femme l'âge n'était pas connu.

Tableau II : Répartition des femmes selon leur statut matrimonial

Statut Matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariées	98	81
Célibataire	14	11,6
Veuve	6	5,0
Divorcée	3	2,4
Total	121	100 %

Dans 81% des cas les femmes étaient mariées parmi celles-ci 49,6 % vivaient dans un régime monogame et 31,4 % en polygamie.

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



Le niveau fondamental était le plus représenté avec 42,7 % et le niveau maximal d'instruction était secondaire.

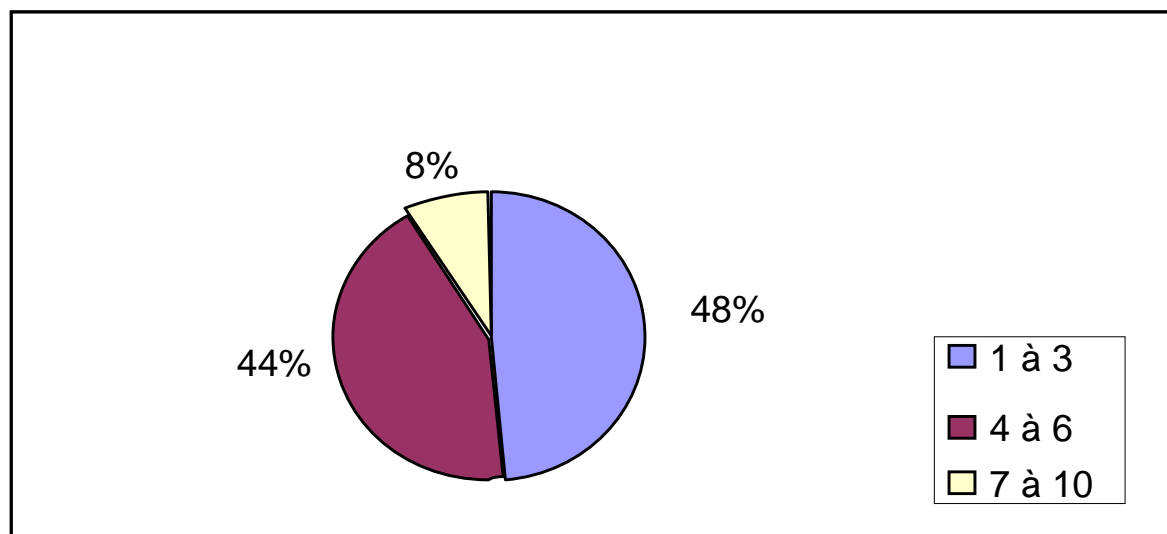
Tableau IV : Répartition des femmes selon la profession

Professions	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	78	64,4
Commerce	13	10,7
Autres professions	11	9,1
Emploi de bureau	7	5,8
Elèves	7	5,8
Sans emploi	5	4,1
Total	121	100%

Les femmes au foyer représentaient 64,4 % suivies des commerçantes 10,7%.

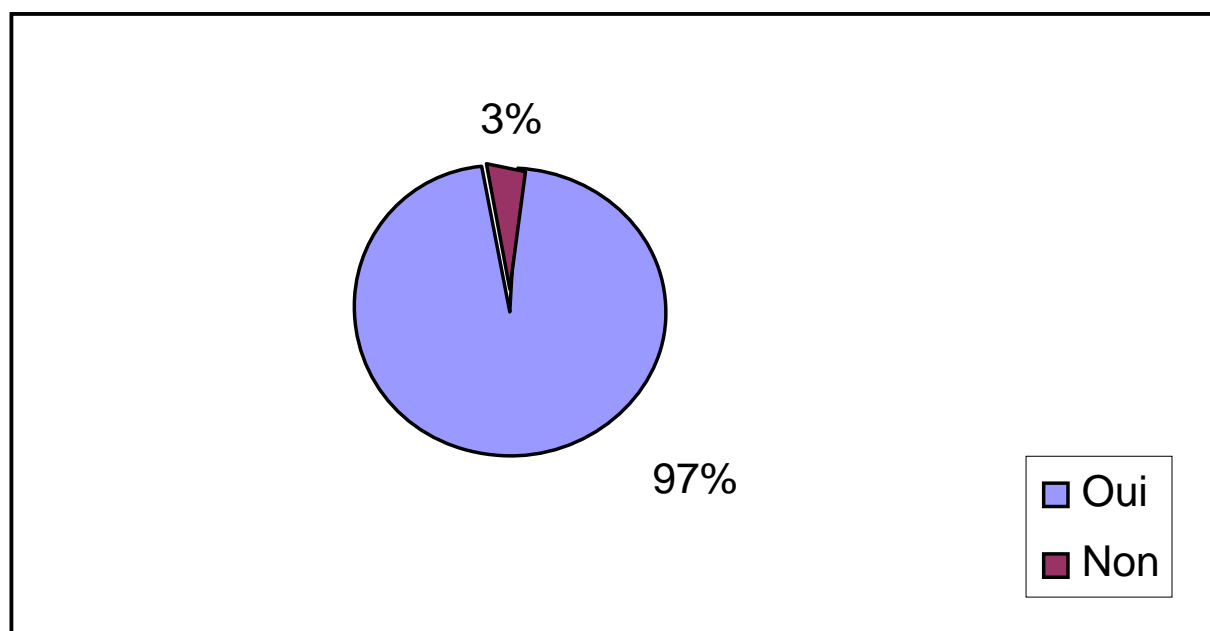
- ❖ **Autres** : Il s'agit des professions différentes de celles suscitées.

Tableau V : Répartition des femmes selon la gestité



Dans 48% les femmes avaient une gestité comprise entre 4 et 6.

Tableau VI : Répartition des femmes selon leur suivi dans une unité de prise en charge ARV



Les femmes dans 96,7 % étaient suivies dans une unité de prise en charge ARV parmi celles-ci 103 (soit 88 %) étaient sous ARV.

Tableau VII : Répartition des femmes selon le titre de la personne ayant conseillé la consultation

Titre du conseiller	Fréquence N=121	Pourcentage
Médecin	115	95,0
Animateur	2	1,7
Techniciens de santé	1	0,8

Les médecins étaient les premiers conseillers des femmes 95,0 % des cas.

Pour 3 femmes le titre des conseillers n'était pas connu.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon l'argument avancé par les conseillers

Arguments	Fréquence	Pourcentage
Pour que l'enfant soit VIH négatif	62	51,66
Bénéficiaire du lait artificiel	21	17,5
Connaissance du statut VIH de l'enfant	15	12,5
Parce que je suis VIH positive	14	11,66
Autres	6	5,0
Traiter le VIH/SIDA de l'enfant	2	1,66
Total	120	100 %

❖ **Autres** : Il s'agit des arguments différents de ceux cités dans le tableau.

Dans 51,66 % l'argument avancé était que l'enfant soit VIH négatif suivi du bénéfice du lait artificiel dans 17,5 %.

Pour une femme l'argument avancé par le conseiller n'était pas connu.

Tableau IX : Répartition des femmes selon les sources d'information sur le VIH/SIDA

Sources d'information	Fréquence N=121	Pourcentage
Médias (audiovisuels)	81	66,9
Parents ou proches	24	19,8
Enseignants	5	4,1
Agents de santé	2	1,7

Les médias étaient la première source d'information des femmes sur le VIH/SIDA soit 66,9 %.

Les sources d'information n'étaient pas connues chez neuf (09) femmes.

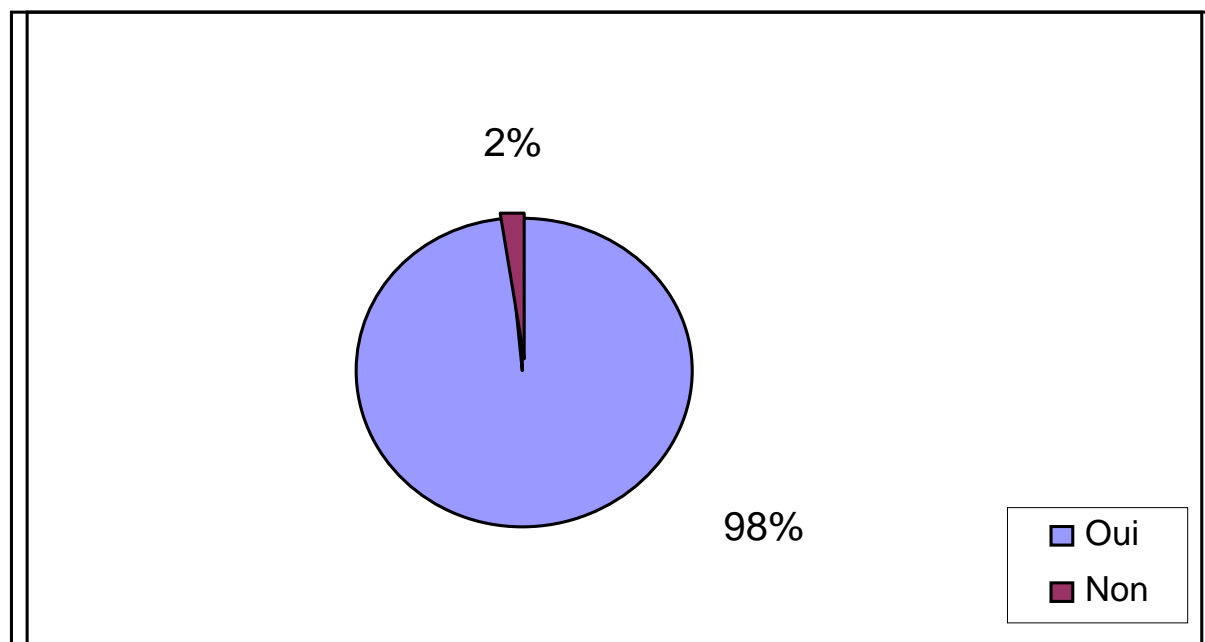
Tableau X : Répartition des femmes selon les circonstances d'informations sur le VIH/SIDA

Circonstances d'information	Fréquence N=121	Pourcentage
Campagne de sensibilisation	84	69,4
Causerie	15	12,4
Cours de classe	6	5,0
Lors du décès d'un parent ou proche	5	4,1
Lors d'une CPN	3	2,5

Les campagnes de sensibilisation étaient la première circonstance d'information soit 69,4 %.

Pour huit (08) femmes les circonstances d'information n'étaient pas connues.

Tableau XI : Répartition des femmes selon leur croyance à l'existence du VIH/SIDA



1,7 % des femmes ne croyaient pas en l'existence du VIH Sida.

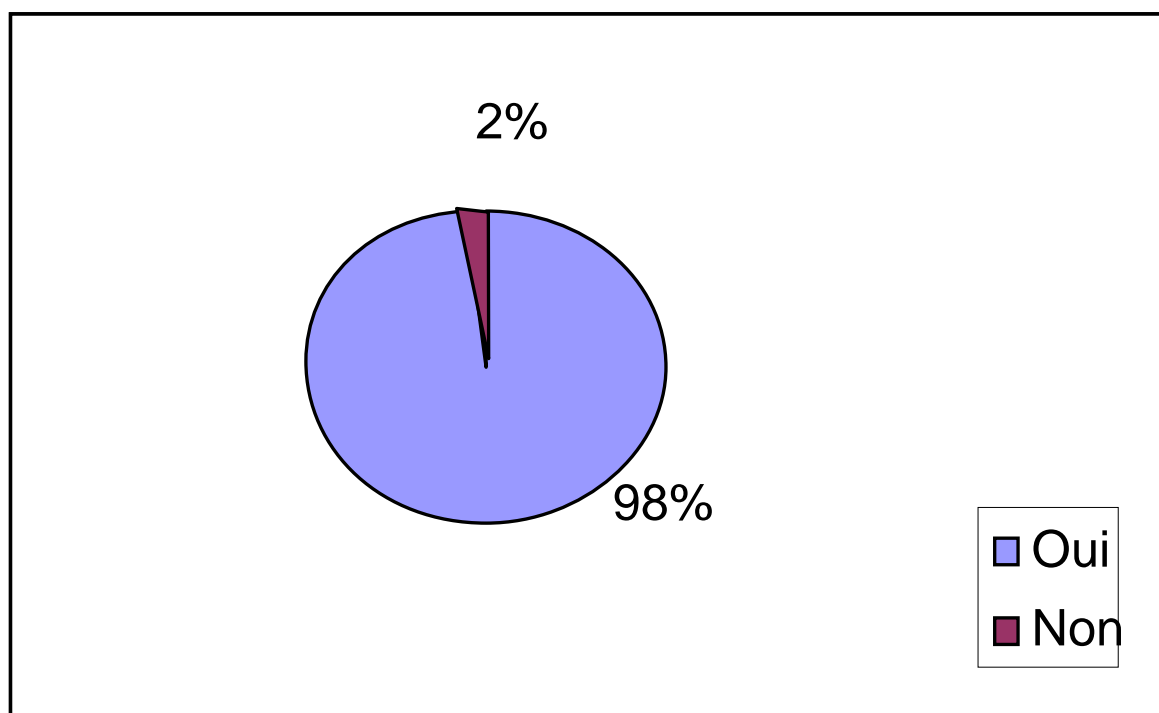
Tableau XII : Perception des femmes sur le VIH/SIDA

Perception	Fréquence N=121	Pourcentage
Maladie grave et transmissible	101	83,5
Le VIH/SIDA est une réalité	12	9,9

Les femmes 83,5 % percevaient le VIH/SIDA comme étant une maladie grave et transmissible.

Huit (08) femmes n'avaient aucune perception sur le VIH/SIDA.

Tableau XIII : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence d'un traitement ARV



1,7 % des femmes ne savaient pas l'existence de traitement ARV. Parmi celles qui le avaient 3,3 % pensaient que ce traitement était radical.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le mode de transmission du VIH/SIDA évoqué

Mode de transmission	Fréquence N=121	Pourcentage
Sexualité	118	97.5
Sanguin	116	96
Vertical	32	26.4

Le mode sexuel restait le plus cité soit 97.5 %.

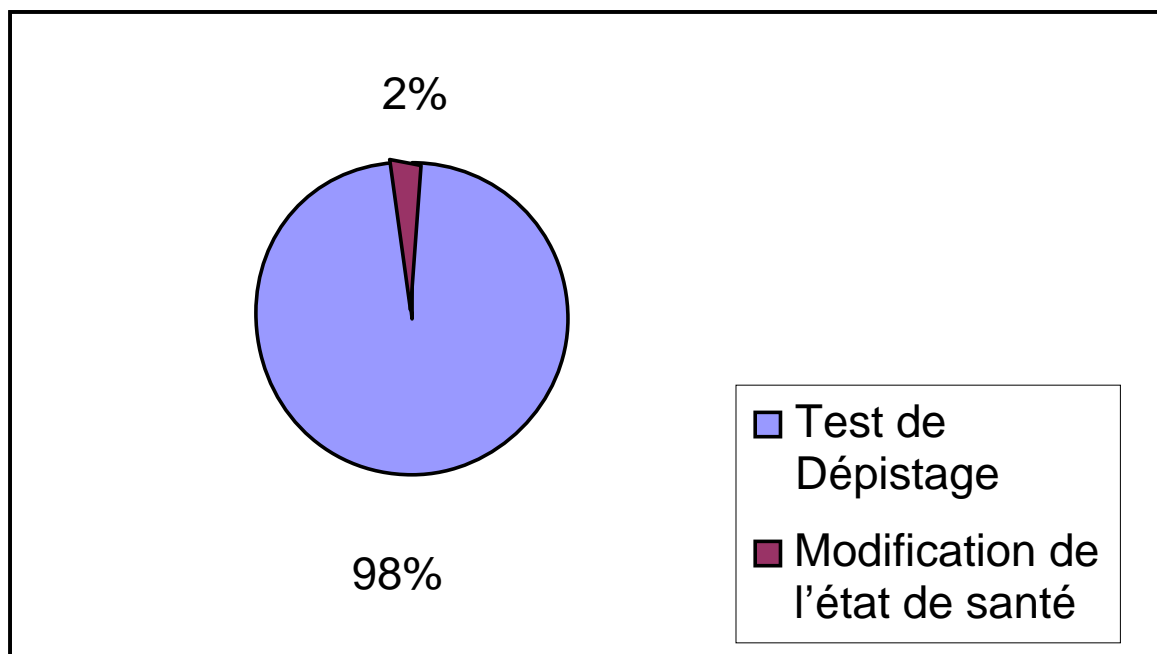
Tableau XV : Répartition des femmes selon le moyen de prévention du VIH/SIDA évoqué

Mode de prévention	Fréquence N=121	Pourcentage
Préservatif	102	84
Abstinence	98	81
Fidélité	23	19

Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité soit 84%.

Une femme n'avait évoqué aucun moyen de prévention du VIH/SIDA.

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



Les femmes dans 98,3 % savaient que la confirmation de la séropositivité passait par test de dépistage VIH (Parmi celles ci, 5,8 % pensaient qu'une séro-négativité éliminait une infection ultérieure à VIH)

Tableau XVII : Répartition des femmes selon leur estimation des personnes devant se faire dépister

Sujet	Fréquence N=121	Pourcentage
Tout le monde	118	97,5
Les femmes	1	0,8
Les hommes	1	0,8
Agent de santé	1	0,8

Dans 97,5 % des femmes estimaient que tout le monde doit faire le test de dépistage.

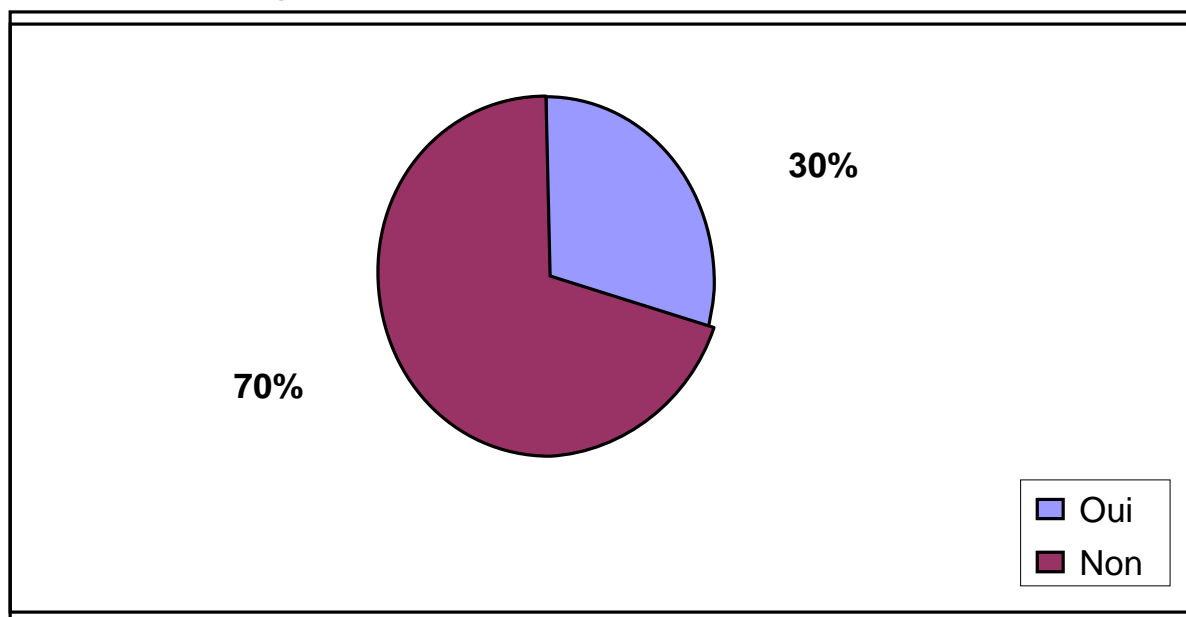
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon les signes de l'infection à VIH/SIDA évoqués

Signes	Fréquence N=121	Pourcentage
Dermatose	68	56,19
Diarrhée et vomissement	48	39,66
Amaigrissement	42	34,71
Fièvre au long cours	25	20,66
Toux chronique	13	10,74
Leucorrhée	1	0,82

Les dermatoses étaient les plus connues par 56,19% des femmes suivi des diarrhées et vomissements 39,66% des femmes.

Dix sept (17) femmes n'avaient évoqué aucun signe de l'infection du VIH/SIDA.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence du Programme national de PTME



70,2 % des femmes n'étaient pas au courant de l'existence d'un programme national de PTME. Parmi, celles le sachant 78 % venaient de le savoir il y a moins d'un an.

Tableau XX : Répartition des femmes selon l'objectif de la PTME évoqué

Objectifs	Fréquence	Pourcentage
Prévenir l'infection à VIH de la mère à son enfant	98	81
Dépister les Nné de mère séropositive	11	9,1
Aider les mères VIH positive	4	3,3
Traiter l'infection à VIH chez les enfants	3	2,5
Total	121	100 %

La prévention de l'infection VIH de la mère à son enfant était l'objectif le plus cité soit 81 %.

Trois (03) femmes n'avaient aucune connaissance sur l'objectif de la PTME.

Tableau XXI: Répartition des femmes selon les populations cibles de la PTME évoquées

Population	Fréquence N=121	Pourcentage
Mères VIH positives et leurs enfants	110	90,9
Enfants Nné de mère VIH positive	7	5,8
Enfant VIH positif	4	3,3

Les mères VIH positives et leurs enfants ont été la population la plus citée soit 90.9 %.

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

Moyens	Fréquence N= 121	Pourcentage
Allaitement artificiel du Nné	100	82,64
ARV prophylactique pendant la grossesse	37	30,57
ARV chez le Nné	12	9,91
Accouchement par césarienne	8	6,63
ARV au début du travail	2	1,65

L'allaitement artificiel était connu par 82,64 % des femmes suivies de la prophylaxie ARV pendant la grossesse 30,57 % des femmes.

Tableau XXIII : Répartition des femmes selon les périodes de transmission du VIH de la mère à l'enfant évoquées

Périodes	Fréquence N=121	Pourcentage
Après la naissance	101	83,47
Au cours de l'accouchement	61	50,41
Pendant la grossesse	60	49,58

Le post partum était le plus connu des femmes 83,47 %, suivi du per partum 51,40 % des femmes.

Douze (12) femmes n'avaient aucune connaissance sur les périodes de TME du VIH.

Tableau XXIV : Répartition des femmes selon l'option idéale d'alimentation du nouveau-né évoquée

Options	Fréquence	Pourcentage
Allaitement artificiel	120	98,2
Allaitement maternel	1	0,8
Total	121	100 %

L'allaitement artificiel était la première option connue soit 98,2 %. Aucune n'a cité l'alimentation mixte

Tableau XXV : Répartition des femmes selon l'avantage évoqué de l'alimentation artificielle

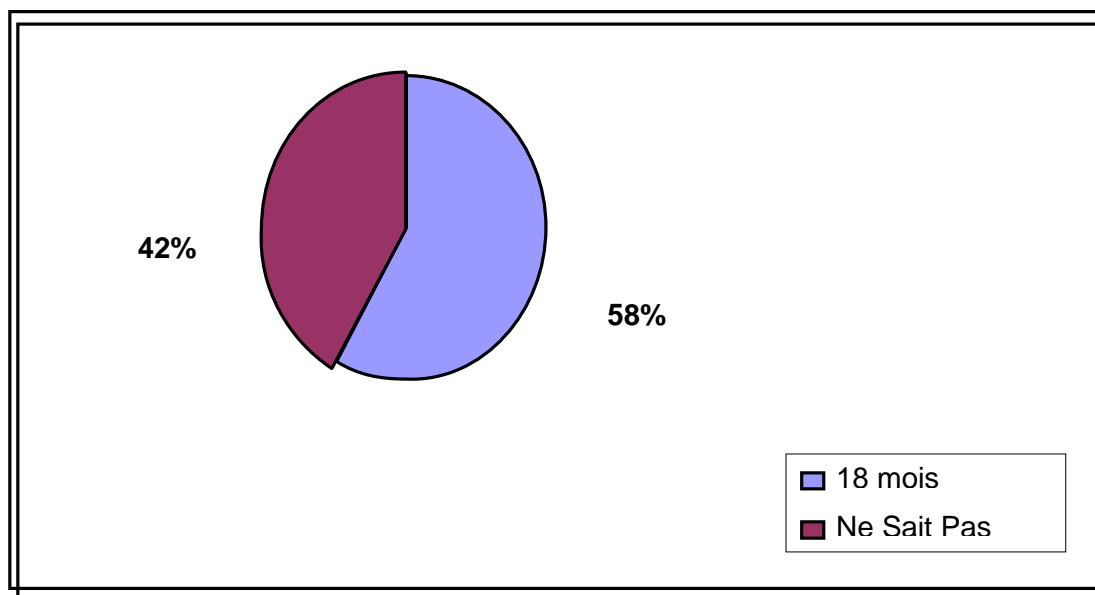
Avantages	Fréquence	Pourcentage
Bonne alimentation	60	51
Réduire la TME du VIH	54	46
Bonne santé	3	3
Total	117	100 %

Les femmes dans 51 % des cas trouvaient que l'allaitement artificiel permettait une bonne alimentation du nouveau-né.

Quatre (04) d'entre elles n'avaient aucune connaissance de l'avantage du lait artificiel dans la PTME.

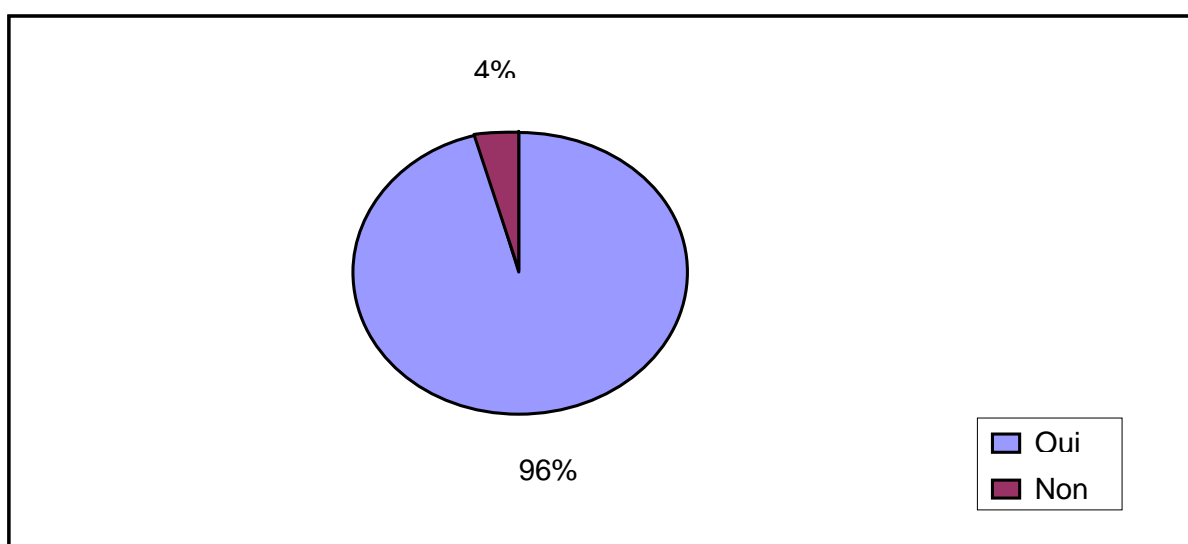
- Les diarrhées et vomissements restaient respectivement les premiers inconvénients cités
- Toutes les femmes ont évoqué le risque de transmission du VIH comme inconvénient de l'allaitement maternel.

Tableau XXVII : Répartition des femmes selon leur connaissance de la durée de suivi d'un enfant en PTME



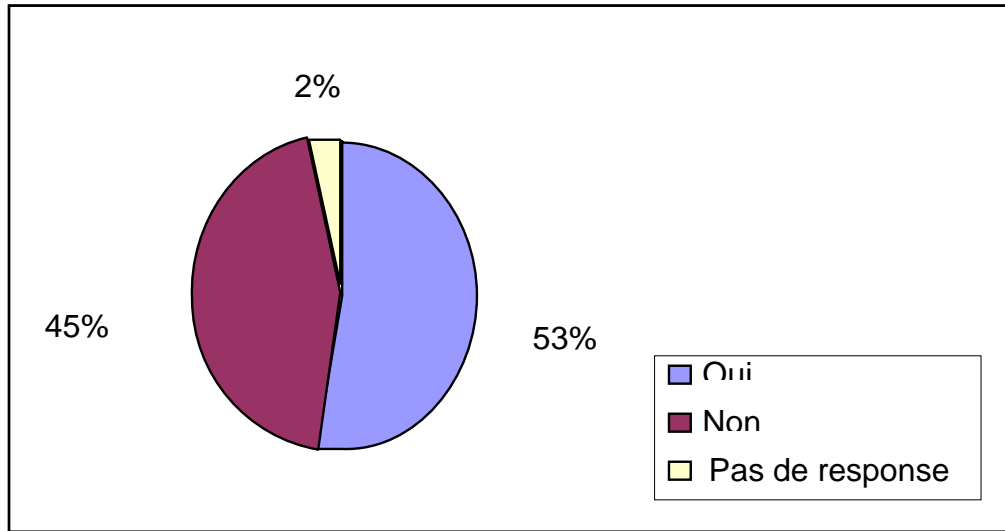
58 % des femmes connaissaient la durée de suivi d'un enfant en PTME.

Tableau XXVIII : Répartition des femmes selon leur croyance en l'efficacité des mesures de PTME



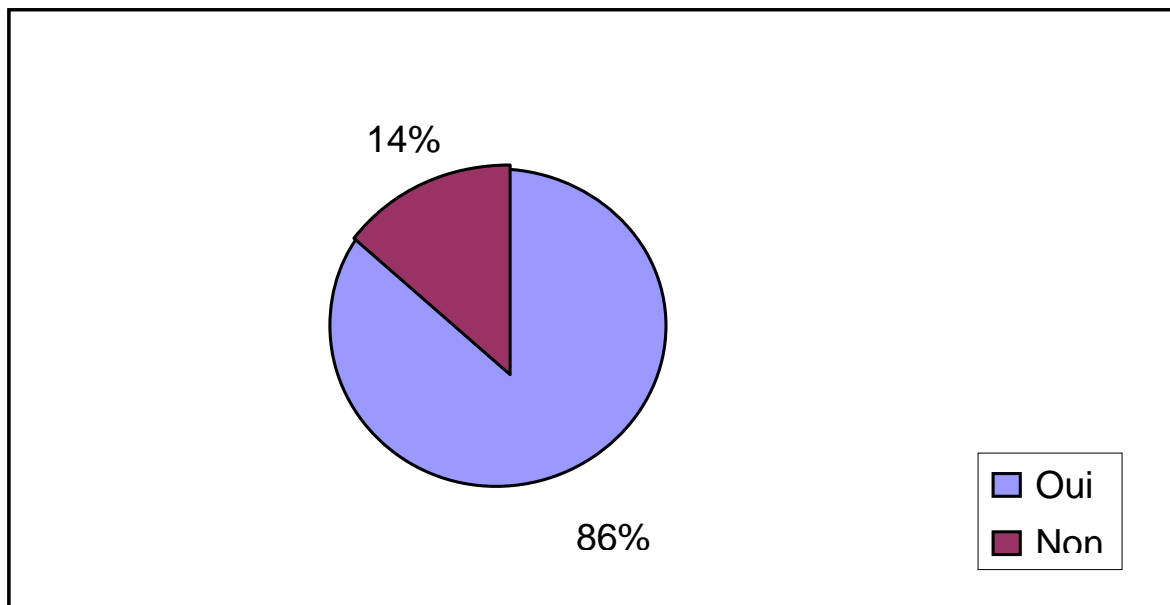
96% des femmes croyaient à l'efficacité de la PTME.

Tableau XXIX : Répartition des femmes selon le désir d'avoir un futur enfant et son suivi en PTME



44,7 % des femmes ne désiraient pas avoir un futur enfant. Parmi celles le désirant, 98 % déclaraient vouloir le faire suivre dans le service

Tableau XXX : Partage de l'information du suivi de l'enfant avec une tierce personne



14 % des femmes n'avaient pas informé quelqu'un du suivi de l'enfant dans le cadre de la PTME.

Tableau XXXI : Répartition des femmes selon la personne informée du suivi de l'enfant

Sujet informé	Fréquence N=121	Pourcentage
Père de l'enfant	84	64
Parents	34	27
Beaux-parents	12	9
Coépouse	1	1

Les géniteurs étaient mis au courant seulement dans 64 %.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Difficultés au cours de l'enquête et taille de l'échantillon

Nous n'avons pu enquêter que 121 femmes sur 220 sur la période allant de juin à novembre 2006 pour diverses raisons :

- Indisponibilité de certaines femmes le jour de l'enquête ;
- Non prêtes à participer à l'enquête en dehors des jours de consultation ;
- Préférence de la consultation à l'enquête ;
- Problème de communication : certaines ne comprenaient ni bambara ni français.

Aspects sociodémographiques des femmes

- Les extrêmes d'âge étaient 15 et 45 ans avec une grande représentativité de la tranche 26 - 35 ans soit 59,9 %
- MBu RE et coll avaient trouvé un âge minimum de 15 ans chez les femmes venant à la CPN au Cameroun [48].

Les différents statuts matrimoniaux étaient concernés ; les femmes mariées étaient plus représentées avec 81 % contrairement aux célibataires 11,6 %. La monogamie avait une grande représentativité 49,6 % contre 31,4 % de polygamie chez les femmes mariées.

Ceci montre qu'il n'y a pas d'âge, de statut matrimonial, ni de régime de mariage épargné par l'infection à VIH.

Les femmes instruites étaient aussi plus représentées (63,6 %) par rapport à celles non instruites (36,4 %) ; cependant le niveau maximal d'instruction était secondaire.

Selon L' EDS 2006 le pourcentage de VIH est élevé chez les femmes instruites (2,7%) que chez les femmes non instruites (1,4%) [2].

- Les femmes au foyer (ménagères) présentaient 64,4 % suivies des commerçantes 10,7 %.

Cette grande représentativité des femmes au foyer est ici liée aux statuts matrimoniaux des femmes (81 % étaient mariées).

Sources et circonstances d'information sur le VIH/SIDA

Les médias (audio visuels) étaient les premières sources d'information (66,9%) des femmes ; 19,8 % s'informaient auprès de leurs parents.

Ceci ne pourrait être que le reflet des données de l'EDS III [50] qui rapporte que respectivement 83,6 % et 83 % des femmes à Bamako regardent et écoutent au moins une fois par semaine la télé et la radio et que seulement 20 % lisent le journal.

Ces données pourraient s'expliquer par le fait qu'au Mali on constate que les campagnes de sensibilisation collective à travers les médias sont faites en langue officielle française ainsi qu'en d'autres langues nationales comme le Bambara.

Elles montrent aussi le partage familial de l'information sur le VIH/SIDA (19,8% des femmes s'informaient auprès de leur parent).

Mode de transmission du VIH :

Chaque femme connaissait au moins un mode de transmission et tous les modes de transmission étaient évoqués.

Malgré le fait que toutes les femmes avaient leurs enfants suivis dans le cadre la PMTE, la transmission verticale n'était connue que par 26.4% des femmes.

L'étude faite au Togo en 2006 par ED.SALLAH et coll [49] montre que la transmission sexuelle était connue par 99 % des femmes enceintes.

Moyens de prévention du VIH :

Globalement 99,6 % des femmes connaissaient au moins un moyen de prévention du VIH, et les différents moyens étaient connus par l'ensemble des femmes. Une femme sous ARV, sans instruction, avec comme source d'information les médias (audio visuel) n'avait évoqué aucun mode de prévention.

Le port de préservatif et l'abstinence représentaient respectivement 84% et 81 % des différents moyens de prévention évoqués.

La connaissance respective de la transmission sexuelle (97.5% des modes de transmission) et du port du préservatif (84% des moyens de prévention) montre une cohésion des connaissances sur la transmission et prévention du VIH.

Les moyens de confirmation de la séropositivité au VIH :

- Malgré le fait que toutes les femmes étaient déjà dépistées, 1,7 % déclaraient ne pas croire à l'existence du VIH/SIDA et ne connaissaient pas aussi le test de dépistage. Leur niveau d'instruction était respectivement

primaire et secondaire et elles s'informaient à travers les médias et leurs proches sur le VIH.

Les femmes dans 98,3 % savaient que la confirmation de la séropositivité au VIH passait par un test de dépistage.

- L'étude faite au Togo en 2006 par ED.SALLAH et coll [49] a montré que 78% des femmes venant en CPN connaissaient le test de dépistage.

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que nos femmes étaient déjà dépistées et séropositives connues :

- 97,5 % déclaraient que tout le monde doit se faire dépister.
- Les trois femmes qui avaient estimé un groupe particulier de personne au dépistage étaient sans instruction, leur source d'information sur le VIH/sida était les médias et leurs proches, ce pendant une d'entre elles ne connaissait pas le moyen de dépistage VIH.
- 5,8 % pensaient qu'une séronégativité éliminait la possibilité d'une infection ultérieure à VIH ce qui témoigne d'une part d'une insuffisance de sensibilisation sur le test de dépistage et d'autre part sur les moyens de prévention du VIH.

Connaissance sur les ARV :

- 1,7 % des femmes enquêtées ne croyaient pas en l'existence du VIH SIDA et ce sont elles aussi qui ne connaissaient pas l'existence du traitement ARV. Elles étaient sans instruction et n'étaient pas sous ARV.
- 96,7 % des femmes étaient suivies dans une unité de prise en charge ARV parmi les quelles 88 % étaient déjà sous ARV.
- 3,3 % des femmes suivies pensaient que le traitement ARV était curatif, cependant 75 % des femmes non suivies savaient que ce traitement n'était pas curatif.

Nous pouvons dire que la connaissance sur les ARV n'est pas forcément liée au suivi dans un site de prise en charge. Certes, il faut reconnaître que suivi et prise en charge élargissent davantage les connaissances sur les ARV.

Connaissance sur les signes ou symptômes du VIH/SIDA :

- Globalement 86% des femmes connaissaient au moins une manifestation du VIH/SIDA.
- Les dermatoses, les diarrhées et vomissements étaient respectivement les plus évoqués par les femmes 56,19 % et 39,66 %.
- La majorité de nos femmes au cours de l'enquête présentaient ou avaient présenté une manifestation cutanée du VIH/SIDA. Le caractère visible des dermatoses pourrait expliquer leur connaissance par les femmes.

Perception sur le VIH/SIDA :

- 83,5 % des femmes percevaient le VIH/SIDA comme une maladie grave et transmissible, ceci n'est pas étonnant car les données de l'EDS III [50]. montrent que 26,9 % des femmes âgées de 15 ans à 49 ans à Bamako pensaient qu'un(e) enseignant (e) qui a le VIH/SIDA mais qui ne paraît pas malade ne devait pas être autorisé à continuer d'enseigner. Réf page 254 et que 12,3 % ne seraient pas prêtes à prendre soin chez elles d'un proche qui a contracté le VIH/SIDA.
- Celles qui n'avaient aucune perception sur le VIH/sida étaient sans instruction.

Connaissance du programme National de PTME :

- 96,7 % des femmes enquêtées étaient suivies dans une unité de prise en charge ARV; seulement 30,8 % d'entre elles savaient l'existence du

programme national de PTME ; parmi celles ci 78% l'avaient appris il y avait moins d'un an.

- Chaque femme avait au moins un enfant pris en charge dans le cadre de la PTME et seulement 26,4% avaient cité la transmission mère enfant comme voie de transmission du VIH.

Tout ceci témoigne d'une insuffisance de sensibilisation sur la PTME depuis son application au Mali en 2001 même si des progrès ont été faits.

- Meilleure organisation des structures impliquées
- Formation du personnel
- Sensibilisation offerte par les animatrices de l'AFAS AMAS mais centrées sur les femmes déjà concernées.

Objectif de la PTME

Les femmes dans 81 % des cas savaient que la PTME visait à prévenir la transmission du VIH de la mère séropositive à son enfant. Ce pourcentage malgré tout reste faible car toutes les femmes bénéficiaires d'information sur la PTME lors de l'inclusion des enfants, et témoigne un manque d'engagement chez les femmes.

Une femme sous ARV ayant un niveau d'instruction secondaire connaissant au moins une période de transmission verticale et une mesure de PTME n'avait aucune idée de l'objectif de la PTME.

Les arguments avancés par les conseillers afin d'amener les femmes à faire suivre leurs enfants en PTME, 17,5 % concernaient les avantages du lait artificielle et 12,5 % la connaissance du statut sérologique de l'enfant né de mère VIH positive témoignant ainsi d'une faiblesse de connaissance sur la PTME chez les conseillers.

Populations cibles de la PTME :

Les mères VIH positives et leur enfant étaient connus par 90,9 % des femmes comme population cible de la PTME et 3,3 % pensaient que la PTME vise seulement les enfants VIH positifs. Ce qui dénote d'une méconnaissance de la PTME. Les mesures de PTME sont fonction des périodes de PTME ce qui témoigne que se sont les femmes VIH positives en âge de procréer et leur progéniture qui sont concernées.

Période de transmission mère-enfant du VIH :

Les différentes périodes de transmission mère-enfant du VIH (anté, per et post natale) étaient connues par le maximum des femmes. Cependant 10 % d'entre elles n'en avaient aucune connaissance. Ceci confirme d'avantage la faiblesse de sensibilisation sur la PTME.

Le post partum et per partum respectivement étaient connus par 83,41 % et 50,41 % des femmes.

- Mbu et coll avait trouvé le per partum connu par 38,1 % des femmes venant en CPN.

Moyens de PTME :

Les différentes mesures de PTME du VIH étaient toutes connues par l'ensemble des femmes, cependant aucune femme ne les connaissait dans leur totalité.

L'allaitement artificiel du nouveau-né de mère VIH positive ; la prise d'ARV pendant la grossesse étaient respectivement connus par 82,64 % et 30,57 % des femmes.

Cette connaissance élevée de l'allaitement artificiel pourrait être le reflet de connaissances sur les périodes de transmission mère enfant du VIH post partum connu par 83,4 % des femmes, et par le fait que le bénéfice du lait artificiel était le deuxième argument avancé par les conseillers (17,4 %).

- La prophylaxie A RV chez le nouveau-né n'était connue que par 10% des femmes ; cependant nous n'avons pas tenu compte des cas où si leur enfant avait bénéficié d'ARV prophylactique car selon Niaboulo de 2001 à 2006 58% des enfants inclus avaient bénéficié d'ARV prophylactique, en fonction de l'âge d'inclusion de l'enfant.

Le per partum connu en 2^{ème} position par 50,43 % des femmes n'est pas corrélé à la connaissance des ARV prophylactique au début du travail et la césarienne prophylactique respectivement connue par 1,65 % et 6,62 % des femmes.

Option d'alimentation du nouveau-né prise en charge dans le cadre de la PTME :

- l'allaitement artificiel et maternel du nouveau-né respectivement 98,2 % et 0,8 % étaient connu comme option d'alimentation idéale chez le nouveau-né de mère séropositive.
- Si 50 % des femmes ont cité le bénéfice nutritionnel du lait artificiel seulement 45 % ont évoqué son utilité dans la diminution du risque de la TME du VIH.

Ceci montre l'intérêt nutritionnel qu'accordent les femmes au lait artificiel dans la prise en charge de leur enfant dans le cadre de la PTME, et une insuffisance de sensibilisation sur la PTME car 3 % des femmes ne savaient aucun avantage du lait artificiel dans le cadre de la PTME.

- Les diarrhées et vomissements étaient les premiers effets néfastes signalés par les femmes.

L'augmentation du risque de TME du VIH du lait maternel était connue par une femme.

A travers leurs opinions on observe qu'elles perçoivent la corrélation entre période de transmission et l'option d'alimentation. En effet, 83,47 % connaissaient le post partum en même tant que 82,64 % connaissaient l'allaitement.

Durée moyenne de suivi d'un enfant en PTME :

Malgré que les femmes aient bénéficié d'une sensibilisation sur la PTME lors de l'inclusion et continuent à bénéficier lors du suivi des enfants au niveau du site PTME pédiatrie HGT seulement 58 % avaient une connaissance sur la durée de suivi d'un enfant en PTME.

Ceci permettait de penser aussi que leur faible connaissance est due d'une part à une insuffisance de sensibilisation mais aussi à leur manque d'engagement.

Efficacité de la PTME et désir d'enfants :

95,9 % des femmes pensaient que la PTME était efficace.

Celles qui trouvaient la PTME inefficace croyaient toutes à l'existence du VIH/SIDA et une seule avait évoqué la transmission verticale comme mode de transmission du VIH, quatre d'entre elles étaient sous ARV et une sans instruction.

Cependant 52,9 % des femmes désiraient avoir un futur enfant parmi celles ci 98 % désiraient le faire suivre dans une unité de PTME. Ceci confirme leur confiance en l'efficacité de la PTME.

Partage de l'information sur le suivi de l'enfant en PTME :

Les femmes avaient partagé l'information sur le suivi de l'enfant dans 86 % des cas.

Les géniteurs des enfants restaient les premiers informés 64 %.

Selon Koné n 57,8 % des conjoints n'étaient pas informés du statut VIH de leur conjointe.

Ces différences pourraient s'expliquer par la différence de taille des échantillons.

Selon l'EDS III [50] 23 % des femmes à Bamako estiment que la séropositivité d'une personne doit être gardée secrète.

VI. CONCLUSION

Le service de pédiatrie et la maternité de l'HGT constituent le site pilote de PTME depuis son application en 2001 au Mali.

La réussite d'une telle mesure de lutte contre le VIH dépend aussi du niveau de sensibilisation et d'engagement des femmes VIH positives en âge de procréer.

De juin à décembre 2006, nous avons évalué le niveau de connaissance de 121 femmes ayant leur enfant pris en charge dans le cadre de la PTME au service de pédiatrie de l' HGT. Au terme de cette étude, il ressort que :

- Dans 57,9% des cas l'âge des femmes était compris entre 26 et 35 ans, 79,3% d'elles étaient mariées avec une union monogame dans 49,6%.
- Le niveau d'instruction élevée était secondaire et 36,4% étaient sans instruction.
- Parmi elles 64,4 % étaient des femmes au foyer.
- Les médias (audio visuels) étaient leur principale source d'information sur le VIH /sida 64,4% et cela lors des campagnes de sensibilisation collective. Seuls 3,3 % d'elles n'étaient pas suivis dans une unité de prise en charge ARV et 88% de celles qui étaient suivies étaient sous traitement ARV.

- Tous les modes de transmission et tous les moyens de prévention ont été évoqués par elles. La transmission sexuelle et le port de préservatif étaient respectivement connus par 97.5 % et 84 % des femmes.
- Le test de dépistage était connu par 98,3 % d'elles et 5,8 % pensaient qu'un test négatif éliminerait la possibilité d'une infection ultérieure à VIH pendant que 97,5 savaient que tout le monde doit se faire dépister.
- Dans 1,7 % des cas, les femmes ne croyaient pas à l'existence du VIH/SIDA et 83,5% percevaient l'infection à VIH comme une maladie grave et transmissible.
- Parmi les symptômes de l'infection VIH /SIDA les dermatoses étaient les plus connues soit 56,19 %.
- Les médecins étaient les premiers conseillers (95 %) et le principal argument avancé était la possibilité de séro-négativité chez l'enfant pour que les femmes fassent suivre leur enfant en PTME. 70,2% ne connaissaient pas l'existence du programme national de PTME.
- La prévention de la transmission mère enfant du VIH était connue par 81% des femmes comme objectif de la PTME.
- Toutes les périodes de transmission verticale et toutes les mesures de PTME ont été évoquées avec connaissance du post partum par 82,64% et de l'allaitement artificiel par 83,47 % des femmes. La disponibilité du lait artificiel, son augmentation du risque de TME étaient connues par une seule femme.
- Le bénéfice de réduction de TME du lait artificiel n'était connu que par 45%des femmes. 42% des femmes ne connaissaient pas la durée de prise en charge d'un enfant en PTME et 96% croyaient à l'efficacité de la PTME. Parmi les 52,6 % qui désiraient un futur enfant, 98% déclaraient vouloir le faire dans le service de pédiatrie. 98 ,3% des femmes avaient partagé

l'information sur le suivi de l'enfant et les géniteurs des enfants étaient le plus souvent informés de ce suivi.

Ces données témoignent une d'insuffisance de sensibilisation sur la PTME et d'un manque d'intérêt des femmes aux campagnes de sensibilisation.

VII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et économiques :

- Encourager la formation et le recyclage du personnel impliqué dans la prise en charge des PV VIH en particulier sur la PTME
- Multiplier et encourager les associations ou regroupements d'animateurs sur le VIH /sida
- Multiplier et encourager les campagnes de sensibilisation sur le VIH/sida en particulier sur la PTME
- Multiplier davantage les unités de PTME.

Au personnel médical :

- Proposer un test de dépistage chaque fois que cela est possible aux femmes en âge de procréer après un counseling
- Adresser le plutôt que possible les femmes VIH positives aux unités de prise en charge des PV VIH
- S'informer d'avantage sur la PTME.

Au personnel de prise en charge des PV VIH

- Informer les PV VIH sur la PTME
- Evaluer leur connaissance en matière de VIH /sida et surtout sur la PTME.

Aux femmes en âge de procréer :

- Accepter le test de dépistage et le retrait des résultats
- S'informer davantage sur le VIH/sida en particulier sur la PTME
- Avoir confiance en efficacité de la PTME.
- Application stricte des mesures de la PTME par celles VIH positives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ONUSIDA/OMS**. Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA. Le point sur l'épidémie de SIDA.
Rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2006.
2. **MINISTERE DE LA SANTE/DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE** :
Enquête démographique de santé Mali IV (EDS IV/MALI), Juin 2006
3. **Koné n** : « Bilan de cinq ans de prise en charge des enfants nés de mères séro-positives dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.
Th D Med Bamako 2006.
4. **ONUSIDA / OMS** : Conseils et dépistages volontaires du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence : données et problèmes, mars 2000.
5. **Faye A , Blance S** : Infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine de type I. EMC (Elsevier SAS, Paris), pédiatrie/maladies infectieuses,4-310-A-40,2006.
6. **Gillet J Y, Bongain A, Abrar D, Bourier T, Mariani R** : Les modes de contamination de l'enfant par le VIH. Revue du praticien 1990 Jan 11 ; 40(2) : 117-9.
7. **Piot P, CollL-Seck A** : Bulletin de l'OMS, recueil d'articles, 2; 2000.

8. **Menu E, Mbopi-Keou Fx** : Selection of maternal human immunodeficiency virus type 1 variants in human placenta. European Network for In Utero Transmission of HIV-1. *J Infect Dis* 1999;179:44-51.

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

10. **Ait Khaled M, Lyal I Egstainsby C.**: Intrapartum mucosal exposure to human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) of infant born to HIV-1 infected mothers correlates with maternal plasma virus burden. *J Infect Dis* 1998; 177:1097-100.

11. **Gillard P, Verhofstede C, Mwanyumba F** Exposure to HIV-1 during delivery and mother-to-child transmission. *AIDS*2000; 14:2341-8.

12. **Newell ML.**: Mechanism and timing of mother-to-child transmission of HIV-1. *AIDS* 1999; 13:2143-9.

13. **Mand elbrot L, Burgard M, Teglas JP, Benifla JL, Khan C, Blot P et al** : Frequency detection of HIV-1 in the gastric aspirates of neonates born to HIV- infected mothers. *AIDS* 1999; 13:2143-9.

14. **Philippe M** : Le choix du protocole de prophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH: mono, bi ou trithérapie ? Développement et Santé, N° 173 Réédition 2006.

- 15. UNICEF/STATISTIQUES/VIH SIDA :** Statistiques par pays : MALL, décembre 2001.
- 16. Mock PA, Shaffer N, Bhadrakom C.** Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV transmission, Bangkok, Thailand. *AIDS* 1999; 13:407-14.
- 17. Moffenson LM, Lambert JS, Stiehm ER :** Risk factors for perinatal transmission of HIV 1 in women treated with zidovudine. *N Engl J Med* 1999; 341:394-402.
- 18. Garcia P, Kalish LA, Pitt J. :** Maternal levels of plasma human deficiency type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *N Engl J Med* 199; 341:394-402.
- 19. Girardch P- M, Katlama CH, Pialoux G.:** VIH: Edition 2004: DOIN, 2003; p635
- 20. Mayaux MJ, Blanche S, Rouzioux C. :** Maternal factors associated with perinatal HIV 1 transmission, the french prospective cohorts study: 7 years of follow up observation. *Am J.* 1995; 8: 188-94.
- 21. Berebi A. :** Le SIDA au féminin. Edition 2001, Paris : DOIN ; 2001. 204-205. p.308.
- 22. Mandelbrot L. :** Grossesse et infection par le VIH: moyens de prévention de la transmission mère- enfant. - In :. Girard P.-M , Katlama CH, Pialoux G., VIH . EDITION 2001 - Doin, 2001 p635.

- 23. Rouafi O.** : Suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré : Bilan de deux années d'activités. Th D Med, Bamako, 2005, p109.
- 24. Scalati G, Hadara V, Rassi** : Transmission of HIV-1 from mother to child correlates with viral phenotype.
Virology 1993; 197:624-29.
- 25. Ometto L, Zanotta C, Maccabruni A** Viral phenotype and host-cell susceptibility to HIV-1 infection as risk factors for mother to child HIV-1 transmission. AIDS 1995; 9: 427
- 26. Van De Perr.**: Mother to child transmission of HIV-1: the all mucosal hypothesis as a predominant mechanism of transmission. AIDS 1999; 13:1133-8.
- 27. Lasfargues G, Courpoptin C.**: Prise en charge des nouveau-nés séropositifs vis-à-vis de l'immunodéficience humaine. Expérience personnelle à propos de 179 cas. Pub Med ID 8393176, 3^e journées pédiatriques d'Evian, France, Novembre 1992.
- 28. Mayaux M J, Teglas J P, Mandelbot L** :Acceptability and impact of zidovudine prevention on MTCT of HIV type 1: the french perinatal cohort studies. - J. infect Dis 1997; 17; 131:857-62.

- 29. Mandelbrot L, Mayaux MJ, Bongain A . :** Obstetric factors and mother to child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohorts. *Am J Obset Gynecol* 1996; 175:661 - 7.
- 30. Delfraissy JF. :** Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Paris : Médecine Sciences Flammarion, , 2004; p.264.
- 31. WORLD HEALTH ORGANISATION .:** Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infant. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained setting, 2004, 50p.
- 32. MINISTERE DE LA SANTE/CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA :** Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA, janvier 2006
- 33. INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP :** The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1-A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Eng J Med* 1999; 340:977-87.
- 34. Yacine A M. :** Evaluation de la mise en oeuvre de la PTME du VIH à l'Hôpital de la mère et de l'enfant, Lagune de Cotonou, Th D Med , 2005.
- 35. (35) EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLABORATION. :** Elective cesarian section versus delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized trial. *Lancet* 1999; 353:1035- 39

- 36. Kreiss J . :** Breastfeeding and vertical transmission of HIV type 1. Acta Paediatr suppl 1997; 1114.18.
- 37. Semba RD. Kumwenda N. Hoover RD. :** HIV load in breast milk, mastitis and mother to child transmission of HIV-1., J infect Dis 1999; 180:93-98.
- 38. Blanche S; Mayaux M J. :** L'infection à VIH de la mère et de l'enfant. Médecine thérapeutique, 1996 ; 1 :1114 -18.
- 39. Amadou H A. :** Préparation d'une évaluation de la séroprévalence du VIH en population générale au Niger : quels prélèvements ? pour quels tests ? Th D Pharm., Bamako, 2002, p.118
- 40. Burgard M, Rouzioux C. :** Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant. In : S. Blanche L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant. Paris : Médecine Sciences Flammarion, , 1998 ; p.237-239.
- 41. Van Tine BA, Show GM, Aldrovandi G.** Transmission mère enfant du VIH pendant la primo-infection, N Engl J Med 1999 ; 341 : 1548.
- 42. Sangare Ch P O. :** Infection VIH de l'enfant: aspects cliniques et bilan de six mois de prise en charge des cas par les ARV à la pédiatrie du CHU-GT.Th D Med, Bamako, 2003; p.91
- 43. Belemou B.** Les manifestations respiratoires du SIDA pédiatrique au CHU Gabriel Touré à propos de 141 cas, Th D Med, Bamako, 2002 ; p.112
- 44. Tindyebwa D, Kayita J, Musoke P.:** Handbook on paediatric AIDS in Africa .2004 ANECCA (African Network for the Care of Children Affected by AIDS). RCQBC, FHI, USAID

- 45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DIRECTION NATIONALE DE LA SANTÉ :** Directives en PTME : Prise en charge des femmes enceintes et des enfants infectés par le VIH septembre 2003, p 59-62
- 46. Chintu C. :** Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): A double blind randomized placebo-controlled trial, Lancet 2004; 364:1865-71
- 47. Direction Nationale de la Santé, Division Santé de la Reproduction :** Rapport National PTME 2007
- 48. Mbu RE, Ihoua I, Mbopi Keou FX, Nana PN, Ako SN, Tonye RN, Eleki N, Leke RJI :** Connaissance du risque de transmission mère-enfant du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale à Yaoundé (Cameroun). Sidanet. 2006, 3 (12) : 965.
www.sidanet.asso.fr/webapps/komplete/index.php. KTURL : Med-article.htm/&page : 965
- 49. ED.SALLAH, YE.APPALOO, wonegou, A.AMOUZOU :** ETUDE COMPARATIVE SUR LES CONNAISSANCES , LES ATTITUDES ET LES PRATIQUES EN RAPPORT AVEC LE VIH/SIDA auprès des femmes enceintes dans les districts sanitaires urbain de Bè et rural de Kloto (Togo). Médecine d'Afrique Noire 2006-53 (12).
www.santetropicale.com/kosque/man/sommaire.asp?id-article : 830&achou.

50. MINISTERE DE LA SANTE/DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE : Enquête démographique de santé Mali III (EDS III/MALI), Juin 2001.

EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA DES MERES DES ENFANTS SUIVIS DANS LE CADRE DE LA PTME AU SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE

1. IDENTITE DE LA FEMME :

1.1. NUMERO :

1.2. AGE :

1.3. QUARTIER :

1.4. STATUT MATRIMONIAL :

- Célibataire
- Mariée
- Si oui polygame Monogame
- Veuve
- Divorcée
- Remariée

1.5. NIVEAU D'INSTRUCTION :

- Non scolarisée
- Supérieur
- Primaire
- Secondaire
- Ecole coranique

1.6. PROFESSION DE LA FEMME :

- Ménagère
- Employée de bureau
- Elève/étudiante
- Commerçante
- Autres (à préciser)

1.7. PROFESSION DU GENITEUR DE L'ENFANT :

- Sans
- Etudiant/Elève
- Ouvrier
- Employé de bureau
- Commerçant
- Autres à préciser

1.8. ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

- Nombre de grossesse (s) :
- Nombre d'enfants (s) vivant (s) :
- Nombre d'enfants (s) décédé (s) :
- Causes du décès :

- Nombre de fausses couches/avortement :
- Femme suivie :
- Sous traitement :

2. SUIVI PTME DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE

2.1. Qui vous a conseillé de venir en pédiatrie ?

- a. Référé d'un centre de santé.....
- b. Le géniteur
- c. un proche (à préciser)
- d. vous-même
- e. un médecin.

2.2. Pourquoi a-t-on conseillé de venir en pédiatrie ?

.....

.....

3. CONNAISSANCE/CROYANCE VIS A VIS DU VIH/SIDA

Qui vous a parlé du VIH pour la première fois ?

- a. Oui
- b. Non

3.1.1. A quelle occasion ?

- a. Lors de campagnes de sensibilisation (radio, télé, débat,....)
- b. Lors d'une consultation médicale
- c. Maladie d'un enfant
- d. Décès d'un enfant
- e. Lors de la maladie ou du décès d'un proche d'un enfant, d'un mari,
- f. Autre (à préciser)

3.2. Croyez-vous en l'existence du VIH/SIDA ?

- 1. Oui
- 2. Non

3.3. Que savez vous du VIH/SIDA ?

.....

.....

3.4. Existe-t-il des médicaments pour soigner cette maladie ?

- 1. Oui
- 2. Non
- Si oui, est ce un traitement radical ?
 - Oui
 - Non

3.5. Pouvez vous citer 3 modes de transmission du VIH/SIDA ?

.....

.....

3.6. Comment peut on prévenir le VIH/SIDA ?

.....

.....

3.7. Selon vous comment peut on confirmer qu'une personne est infectée par le VIH ?

.....

.....

3.8. Pouvez vous nous citer des signes de l'infection à VIH ?

.....

.....

3.9. Votre conjoint a-t-il déjà fait son test de dépistage du VIH ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

3.10. Avoir un test de dépistage du VIH négatif, protège-t-il définitivement d'une éventuelle infection par le virus ?

- Oui
- Non

3.11. Quels sont les moyens de prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant

3.12. Savez vous qu'il existe un programme national PTME pour aider les futures mères à diminuer le risque de transmission du VIH à leur enfant ?

- Oui
- Non

Si ou depuis quand aviez vous connaissance de l'existence d'un programme PTME au Mali ?

3.13. Pouvez vous citer trois objectifs de la PTME ?

3.14. Quels sont les populations cibles de la PTME ?

3.15. Quelles sont les périodes de transmission du VIH de la mère à l'enfant ?

3.16. Selon vous quelles sont les options d'alimentation de l'enfant pour une femme VIH positive ?

Option 1 :

- Avantages :
- Inconvénients :

Option 2 :

- Avantages :
- Inconvénients :

Option 3 :

- Avantages :
- Inconvénients :

3.17. Jusqu'à quel âge doit-on suivre un enfant dans le cadre de la PTM ?

Pourquoi ?.....

3.18. Pensez vous que les actions de la PTME donnent à l'enfant la chance de ne pas être infecté ?

- 1. Oui
- 2. Non

3.19. Pourquoi avez-vous accepté de faire suivre votre enfant en pédiatre

3.20. Avez-vous informé quelqu'un du suivi de l'enfant ?

1. Oui
2. Non

3.21. Envisagez vous avoir un autre enfant ?

1. Oui
2. Non

Si oui, le ferez vous suivre dans un service de PTME ?

3.22. Qui doit faire le test de dépistage ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !