

**Ministère des Enseignements
du Mali**

République

Secondaire, Supérieur et de la  **Un Peuple- Un But- Une Foi**

Recherche Scientifique



Université de Bamak

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

**Dépistage du VIH en salle d'accouchement
à la maternité du centre de santé de
référence de la commune VDE FEVRIER 2009 A
JANVIER 2010**

Présentée et Soutenue le .../.../ 2010

Par

Mr Badian DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur DIAKITE Salif

Membre : Docteur TRAORE Soumana Oumar

Co Directeur : Docteur DIALLO Fodiè

Directeur de thèse : Professeur TRAORE Mamadou

I- DEDICACES

II- De tout cœur je dédie ce travail :

III- A Allah le tout puissant

IV- Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux

V- Louange et gloire à toi, Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour important dans ma vie.

VI- Que ta volonté soit faite.

VII- Amen

VIII-Au prophète Mohamed

IX- Salut et paix sur lui, à toute sa famille et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

X- A mon défunt PAPA Baffa DEMBELE

XI- Tu as, très tôt, été arraché de notre affection.

XII- Nous aurions vraiment voulu te voir nous ce jour-ci.

XIII- La réussite de tes enfants a toujours été pour toi la priorité, ton sens de devoir, ta rigueur et ton humilité ont été pour nous les meilleures leçons. Saches cependant que nous n'oublierons jamais tes sages conseils et nous ne manquerons pas de les transmettre.

XIV- Dors en paix PAPA.

XV- A ma défunte MAMAN Fanta COULIBALY

XVI- Toi qui souffert pour nous,

XVII- Toi qui nous as légué les 1^{er} pas

XVIII- Toi qui nous as appris la bonne conduite.

XIX- Maman j'aurais tellement voulu que soit là aujourd'hui mais le destin en a décidé autrement, je pleurs de nouveau votre disparition.

XX- Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de détermination au cours de ma formation.

XXI- Maman tu ne jouiras pas du fruit de tes efforts.

XXII- Que ton âme repose en paix

XXIII- Amen!

XXIV-

**XXV- A mon tonton et tante Lassine COULIBALY et
Salimata KAMATE**

XXVI- Merci pour tout ce que vous avez fait et continu de faire pour moi.
Puisse Dieu vous gardez encore longtemps auprès de nous.

XXVII- Amen.

XXVIII- A mes frères et sœurs

XXIX- La vie est un combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la rigueur dans laquelle nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

XXX- A toutes les femmes

XXXI- En témoignage de notre modeste contribution à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

XXXII-REMERCIEMENTS

XXXIII- A l'Afrique toute entière

XXXIV- Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

XXXV- Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population

XXXVI- A mon pays natal le MALI

XXXVII- Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

XXXVIII- A mon beau frère Boubacar DIARRA,

XXXIX- A mon tonton Bamoussa DEMBELE,

XL- A tous mes oncles,

XLI- A toutes mes tantes : Kadiatou TEMBE, Nana TRAORE, Habibatou TRAORE,

XLII- Aucune expression orale et écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance pour tout ce que vous avez fait et continu de faire pour moi.

XLIII- A Dr KEITA Mamadou et à sa famille.

XLIV- A tous mes cousins et à toutes mes cousines,

XLV- A tous mes amis et à toutes mes amies,

XLVI- Vous êtes si nombreux dans mon cœur.

XLVII- A tout le personnel de la FMPOS, du CSRéf CV du district de Bamako.

XLVIII- A tous ceux qui, de loin ou de près, m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

XLIX- Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

A notre Maître et Président du jury, Professeur Salif DIAKITE

- ✓ **Professeur honoraire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali,**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le présent jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

Amen !

A notre Maître et juge, Docteur Soumana Oumar TRAORE,

- ✓ **Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,**
- ✓ **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V,**
- ✓ **Point focal de la césarienne au Centre de Santé de Référence de la Commune V.**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gyneco-obstetrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous **donne** plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Amen !

**A notre Maître et Co-Directeur de thèse, Docteur Fodiè
DIALLO,**

**✓ Coordinateur de l'unité de soins d'accompagnement
et de conseil au centre de santé de référence de la
commune V du District de Bamako**

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre,

Les mots nous manquent pour exprimer notre profonde admiration.

Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait et surtout votre dévouement, font de vous un maître apprécié.

Vous nous avez Guidés tout au long de l'élaboration de ce travail.

Soyez rassurer cher maître de notre profond attachement
et de notre sincère reconnaissance.

Amen !

**A notre Maître et Directeur de Thèse, Professeur Agrégé
Mamadou TRAORE,**

- ✓ **Professeur Agrégé de Gynéco-Obstétrique à la FMPOS,**
- ✓ **Secrétaire Général de la SAGO,**
- ✓ **Coordinateur national de GESTA International,**
- ✓ **Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle,**
- ✓ **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.**

Cher Maître,

En nous acceptant dans votre service et en acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre.
.Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble de ses grâces.

Amen !

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN:	Acide Désoxyribonucléique
AIDS:	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
Ag:	Antigène
ARN:	Acide Ribonucléique
ARV:	AntiRetroViraux
AZT:	Zidovudine
CD4:	Cluster of Differentiation 4
CDC:	Center of Disease Control
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CPN:	Consultation Périnatale
CSRéf:	Centre de Santé de Référence
CV :	Charge Virale
DES :	Diplôme d'Etude Spécialisée
DNS :	Direction Nationale de la Santé
EDS :	Enquête Démographique de Santé
gp :	GlycoProteine
Ig :	Immunoglobuline
IMAARV :	Initiative Malienne d'Accès aux AntiRetroViraux
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA:	Organisation des Nations Unies de lute contre le SIDA
PCR :	Polymerase Chain Reaction
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH :	Personne Vivant avec le VIH
SIDA :	Syndrome d'ImmunoDeficiencie Acquise

- TMP :** **T**ransmission **M**ère **E**nfant
- VIH :** **V**irus de l'**I**mmuno**D**eficienc**e** **H**umaine
- SA :** **S**emaine d'**A**ménorrhée
- SIS :** **S**ystème d'**I**nformation **S**anitaire

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	1
II - OBJECTIFS	4
III - GENERALITES	5
IV - METHODOLOGIE	31
V - RESULTATS	42
VI - COMMENTAIRES	96
.....	105
VII - CONCLUSION.	106
.....	108
VIII - RECOMMANDATIONS	116
.....	
IX - REFERENCES	
.....	
X-	ANNEXE
.....	
.....	

L- INTRODUCTION

Le VIH est une infection pandémique touchant durement l'Afrique subsaharienne [73]. De 1981 à la fin 2003 l'OMS estimait à environ 40 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dont 37 millions d'adultes et 2.5 millions d'enfants de moins de 15 ans [70]. Environ 50% des adultes vivant avec le VIH sont des femmes en âge procréer [70]. De part son mode d'expansion mondiale lié le plus souvent au sexe, sa mortalité élevée et l'absence de thérapeutique radicale, l'infection VIH constitue un problème de santé publique croissant dans les pays en voie de développement.

La transmission mère-enfant du VIH-SIDA se fait le plus souvent par voie verticale. Bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale c'est là que naissent 90% des «bébés» infectés par le VIH, sous l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection, d'un fort taux de natalité, d'une absence de dépistage et de prise en charge adéquate des mères [72].

Au Mali : Selon l'enquête démographique et de santé Mali III 2001(EDSM-III) [33], la prévalence globale du VIH était estimée à 1.7% [32]. Les femmes sont les plus touchées avec un taux de 2% contre 1.3% pour les hommes [36]. La prévalence du VIH en milieu urbain est de 2.2% contre 1.5% en milieu rural [36].

Les deux sexes sont durement touchés dans la tranche d'âge de 30-34 ans avec une prévalence de 3.5% pour les femmes et 4% pour les hommes [2].

L'analyse de la situation et la nécessité d'action ont conduit les autorités Maliennes à s'engager résolument dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA à travers l'initiative Malienne d'accès aux ARV(IMARRV) en 2001.

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

- Améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- Proposer des traitements prophylactiques (prévention de la transmission mère-enfant du VIH et des accidents d'exposition au sang en rendant accessibles les ARV) [30].

Cette politique a permis une réduction significative de la prévalence du VIH/SIDA au Mali.

Ainsi selon l'enquête démographique et de santé Mali IV 2006(EDSM-IV) la prévalence globale du VIH a été de 1,3% dans la population de 15-49 ans d'hommes et de femmes [34]. Les femmes sont plus touchées que les hommes avec respectivement 1,5% et 1% [34]. Cette prévalence varie selon les 8 régions du Mali dont les plus touchées sont : district de Bamako (1,9%), Mopti (1,4%), Ségou (1,3%), Koulikoro (1,2%), Kayes (0,7%), Sikasso (0,6%), Kidal (0,6%), Tombouctou (0,5%). Les femmes restent les plus touchées avec un taux de 1,4% contre 0,9% pour les hommes. La prévalence en milieu urbain est supérieure avec un taux de 1,6% contre 0,9% en milieu rural [34].

La transmission mère-enfant du VIH/SIDA est de l'ordre de 30-50% [73].

Cette transmission mère-enfant peut se faire:

- Pendant la grossesse ;
- Au cours de l'accouchement ;
- Au cours de l'allaitement maternel.

Au Mali, le dépistage du VIH fait partie intégrante de la consultation prénatale. Ainsi toutes les gestantes reçues en CPN doivent bénéficier d'un counseling sur le VIH/SIDA ; mais le dépistage lui se fait après consentement éclairé.

Cette politique a été adoptée par le gouvernement du Mali pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA à travers la PTME.

C'est ainsi que différents sites de PTME ont été créés dans plusieurs localités du pays dont celui du centre de santé de référence de la commune V créé en Aout 2002. En 2003, 1779 gestantes avaient déjà bénéficié du counseling au VIH dont 950 avaient accepté de faire le test de dépistage au VIH. Le 25 juillet 2006 a été inaugurée au Centre de Santé de Référence de la Commune V une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dénommée «Unité de Soins, d'accompagnement et de Conseil (USAC) » et depuis les activités n'ont fait que croître.

Courant 2009, 5347 gestantes ont bénéficié d'un counseling au VIH contre 5000 gestantes qui ont accepté le dépistage au VIH.

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

Nous avons alors décidé de mener ce travail afin d'en savoir plus sur les raisons de ces besoins non couverts.

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

II- OBJECTIFS

1- Objectif général

Etudier le dépistage du VIH dans la salle d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

2- Objectifs spécifiques

a-Déterminer la prévalence du VIH chez les parturientes non dépistées lors des CPN,

b-Déterminer le profil sociodémographique de ces parturientes,

c-Relever les insuffisances dans la problématique de la PTME,

d-Déterminer la prévalence du VIH chez les femmes dépistées en salle d'accouchement,

e-Rapporter le schéma de prise en charge de la parturiente dépistée VIH positif en salle d'accouchement,

f-Déterminer le pronostic maternel et périnatal.

III- GENERALITES :

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

Depuis sa première description au Etats unis d'Amérique en 1981, le sida ou syndrome d'immunodéficience acquise, a rapidement été considéré comme une maladie virale, transmissible par voie sexuelle et par voie sanguine [76].

En fin 1982 le CDC (Center of Disease Control) décide de donner un nom à cette nouvelle maladie : AIDS ou SIDA en français [76]. Dès lors les événements se sont succédés:

De 1983 à 1984

- Apparition des premières publications sur l'infection à VIH de l'enfant [76].
- En novembre 1984 l'activité antivirale de la zidovudine (AZT ou Retrovir) est mise en évidence [45].

De 1985 à 1992

- En février 1985 l'activité de l'AZT vis-à-vis du VIH se confirme in vitro [76].
- En 1985 identification du premier cas de SIDA(VIH1) au Mali chez un immigré présentant une tuberculose pulmonaire, une cytomégalose, une cryptococcose et une diarrhée profuse fatale.
- En 1986 conférence internationale à Paris ou l'accent a été mis sur les implications du SIDA pour la mère et l'enfant [45].
- En 1988 à la conférence internationale sur le SIDA à Stockholm la transmission materno-foetale est estimée entre 30 et 40% [68].

De 1993 à 1997

-En 1993 neuvième conférence sur le SIDA qui s'est tenue à Berlin où l'accent a été mis sur la prévention [45].

-Une étude franco-américaine (ACTGO76) a montré que l'administration de l'AZT pendant la grossesse (après le premier trimestre, lors du travail d'accouchement et chez le nouveau-né durant les six premières semaines de vie) réduit de 2/3 le taux de TME de l'infection [11].

-En janvier 1996 s'est tenue la troisième conférence internationale sur les rétrovirus et les infections opportunistes à Washington, et la mise en route d'une trithérapie incluant un anti protéase : AZT-DDI-Indinavir ou AZT-DDI-Ritonavir [68].

-En juillet 1999, les résultats de l'essai HIV NETO12 montrent qu'une simple dose de Nevirapine donnée aux femmes au début de travail et à leurs enfants Durant les 72 premières heures de vie entrainerait à 3 mois une réduction de 47% du taux de transmission par rapport à groupe traité par l'AZT durant la dernière semaine de grossesse [26].

Au Mali :

-A la date du 26 juin 1997, la prévalence du SIDA pour les en âge de procréer est estimée à 3%, le nombre de séropositif à 40000 personnes et le nombre de sidéens à 4000 [64].

-L'analyse de la situation effectuée dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2001-2005 a permis d'estimer à au moins 130000 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Mali; la même analyse a permis également d'estimer à environ 33000 le nombre d'orphelins du SIDA ;

-Le 31 mars 1999, le Mali a notifié 5069 cas de SIDA dont 53% sont des hommes et 47% des femmes [64].

-En juin 2000 le département de la santé en collaboration avec l'ONUSIDA a organisé un atelier à Bamako sur la problématique de la prise en charge des PVVIH au Mali [45].

-En 2001 le Mali s'est engagé résolument dans la lutte contre le SIDA à travers une initiative d'accès aux ARV dénommée Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux (IMAARV) [64].

Selon l'enquête démographique et santé IV Mali la prévalence globale du VIH est estimée à 1,2% [34].

2- Epidémiologie du VIH :

2-1- Situation du VIH dans le monde :

Du début de la pandémie (1981) à la fin 2003 l'OMS estimait à environ 40 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH ou le SIDA dont 37 millions d'adultes et 2,5% millions d'enfants de moins de 15 ans [71]. Environ plus de 50% des 40 millions d'adultes vivant avec le VIH sont des femmes en âge de procréer [71]. On constate ainsi une féminisation de la population touchée par le virus notamment en Afrique [71].

Près de deux tiers des contaminations féminines et neuf cas sur dix de contaminations pédiatriques ont lieu en Afrique [45]. Ainsi la part des femmes en âge de procréer parmi les nouveaux cas d'infection à VIH (incidence) et parmi les PVVIH (prévalence) apparaît chaque jour importante.

En 2003 l'épidémie a causé plus de 3 millions de décès et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le virus du VIH cette année ; ce qui porte à 1,1% la prévalence du VIH dans le monde [71].

2-2- Situation du VIH au Mali :

Depuis l'identification du premier cas de SIDA en 1985 chez un immigré, le nombre de cas de SIDA et de séropositifs a régulièrement augmenté [45].

En 1991: 16 cas de SIDA pédiatriques furent diagnostiqués par CHAIBOUM [17]. La transmission verticale était prédominante [16 ; 19].

La quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV) en 2006, faisait état d'une séroprévalence de 1,3% au sein de la population générale avec plus de 100.000 personnes infectées. Cette enquête a montré que les femmes sont les plus touchées que les hommes avec une prévalence de 1,5% contre 1% [34].

Selon les écarts régionaux, la ville de Bamako (1,9%), suivie de Mopti (1,4%), Ségou (1,3%) et Koulikoro (1,2%), possèdent les niveaux de prévalence les plus élevés. Les régions de Tombouctou (0,5%), Kidal (0,6%), Sikasso (0,6%) et Kayes (0,7%) possèdent les niveaux de prévalence les plus faibles [34].

Cette disparité est aussi remarquable entre les groupes d'âge. Les femmes et les hommes âgés de 30 à 34 ans sont les plus infectés avec un taux de 1,9% contre 0,5% chez les jeunes de 15 à 19 ans [34].

Le nombre d'orphelins du SIDA est estimé à 45.000 [71]. On estime à 7.000 le nombre de nouveau-nés infectés par an (environ 20 cas par jour) à travers la transmission mère-enfant, soit 1,5% des naissances [66].

2-3- Epidémiologie de la TME :

La prévalence de l'infection à VIH chez les enfants est étroitement liée actuellement à la séropositivité du VIH chez les femmes enceintes. Depuis le dépistage systématique des donneurs de sang, la transmission materno-fœtale du VIH constitue le mode de transmission quasi exclusif des enfants infectés.

Environ 600.000 nouveau-nés sont infectés chaque année par le VIH via la transmission materno-infantile. Le nombre cumulatif d'enfants infectés est de l'ordre de 10.000 en Europe, 20.000 aux Etats-Unis et plus de 500.000 en Afrique Subsaharienne [35].

En 2003, on estime à 630.000 le nombre d'enfants qui ont été infectés par le VIH dans le monde. La grande majorité se produit soit au cours de la grossesse, de l'accouchement ou pendant l'allaitement [70].

Ces chiffres illustrent toute l'ampleur de la TME du VIH et imposent le renforcement des moyens de réduction de ce risque. Selon les estimations obtenues pour 70 pays qui ont répondu à une enquête de couverture en 2003 [70], la proportion des femmes enceintes qui bénéficient des services destinés à prévenir la TME du VIH varie de 2% dans le pacifique occidental à 5% en Afrique Subsaharienne et à 34% dans le continent Américain.

3- Rappels sur le virus :

3-1- Caractères généraux et classification des rétrovirus :

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus. Actuellement, la famille des rétrovirus est divisée en trois sous groupes selon des critères de pathogénie, mais aussi selon des paramètres phylogénétiques [6 ; 45]:

-Les oncovirus à ARN : sont les plus répandus

-Les lentivirus : les HIV (Human Immunodeficiency Virus), ou VIH en français, agents responsables du SIDA appartiennent à ce sous groupe. Deux types de virus ont été identifiés à ce jour : le VIH1 répandu en Europe, aux Etats-Unis, en Afrique centrale, orientale, occidentale et en Asie ; le VIH2 présent surtout en Afrique de l'ouest.

-Les spumavirus : sont des virus identifiés chez de nombreux mammifères, mis ils sont associés à une autre pathologie connue chez l'Homme et l'animal.

3-2- Structure du virus :

3-2-1- Morphologie :

Les rétrovirus se présentent sous forme de particules sphériques ayant un diamètre de 80 à 100 nanomètres [6]. Ces particules sont constituées d'une enveloppe externe lipidique de 100 nanomètres surmontée de spicules qui entourent un noyau central ou excentré contenant la nucléocapside.

3-2-2- Organisation génétique [6 ; 45]:

Les gènes des rétrovirus sont formés d'ARN qui ne s'expriment qu'après être transformés en ADN << pro-viral >>. Les principaux gènes sont :

- Le gène gag qui code pour les protéines de structure interne ;
- Le gène Pol qui code pour la transcriptase inverse ;
- Le gène env qui code pour les protéines qui après glycosylation secondaire donneront une partie de l'enveloppe du virus ;
- Le gène tat qui est indispensable à la retro-transcription, capable d'agir à distance d'où le terme de trans ;
- Le gène rev qui exerce une fonction de régulation différentielle. Il permet le transport de l'ARN non épissé vers le cytoplasme ;
- Le gène nef qui est responsable de la régulation négative de l'expression du virus donc de latence. Sa destruction augmente la pathogénicité du virus ;
- Le gène vif qui intervient dans la réplication virale. Il est responsable du pouvoir infectieux du virus.

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

3-3- Variabilité génétique du virus :

La diversité génétique est l'une des caractéristiques majeures de cette famille de virus. Le VIH1 et le VIH2 présentent d'importante différence entre eux tant au niveau génomique (42% seulement d'homologie nucléotidique) qu'au niveau des protéines virales [6].

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

3-4- Réplication du virus :

Deux étapes se distinguent dans la réplication du VIH au cours desquelles des mutations peuvent se produire [6] :

-Etape1 : correspond à l'intégration génomique dans le cytoplasme : une fois le virus introduit dans la cellule, l'ARN double brin du virus est décapsulé puis libéré dans le cytoplasme. Cet ARN est copié en ADN simple brin par l'ADN polymérase donnant ainsi l'hybride ARN-AND.

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

-Etape2 : correspond à la production des particules virales : le VIH contient un seul promoteur qui contrôle l'intensité de l'expression des gènes où le gène tat transactivateur aurait un rôle essentiel. D'autres facteurs déclenchant existeraient.

Après différentes maturations, l'ARN du provirus donne des ARN messagers qui synthétisent des protéines virales. L'ARN messager produit également des protéines codées par les gènes gag et pol.

Une maturation particulière produit des protéines de l'enveloppe et l'ARN messagers à partir du quel les protéines tat et rev sont synthétisées.

Les cellules cibles sensibles à l'infection sont: celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs. Il s'agit de la sous population de lymphocytes TCD4+ helper (ou auxiliaires), mais aussi des monocytes macrophages ou d'autre cellules telles que les cellules dendritiques, les cellules de Langhérans, ainsi que les cellules microgliales du cerveau. Ces cellules présentatrices d'antigène jouent probablement un rôle important de réservoir de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme.

Récemment il a été mis en évidence une molécule de surface (DC-SIGN) exprimée sur les cellules dendritiques capables de lier le VIH et de le transmettre à des lymphocytes TCD4+. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans qu'ils puissent se répliquer. C'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

3-5- Propriétés biologiques du VIH :

Elles sont nombreuses dont [45]:

- La présence d'une transcriptase inverse,
- La capacité de l'ADN viral à s'intégrer dans le génome de la cellule hôte,
- L'infection préférentielle des lymphocytes T du phénotype «auxiliaire»: helper (CD4/OKT4/Leu3a+, désigné donc sous le nom de CD4+).

3-6- Propriétés physico-chimiques du virus :

C'est un virus fragile qui meurt quelques minutes seulement en dehors du sang de l'organisme [45].

Il est tué par :

- La chaleur (55°C) en 30 minutes.
- L'alcool éthylique à 70° en 20 minutes.

- L'eau de javel 1/10 en 20 minutes.
- La glutaldehyde à 0,10% en 10 minutes.
- Le chlorure benzalkonique.
- Le cytéal dilué au 1/10 en 30 secondes in vitro.

4- Rappel physiopathologique : les 8 étapes de la réplication

- a-** Fixation du virus sur les récepteurs spécifiques de la membrane des CD4
- b-** Fusion entre le virus et la cellule hôte : le matériel génétique viral est <<injecté>> sous forme d'ARN (d'où le nom de rétrovirus) donc encore illisible par les enzymes de la cellule infectée.
- c-** La transcriptase inverse transforme l'ARN en ADN monobrin, donc toujours pas lisible.
- d-** L'ADN monobrin est doublé afin d'être intégré au matériel génétique de la cellule.
- d-** Intégration de l'ADN dans le noyau de la cellule grâce à une enzyme: l'INTEGRASE.
- f-** Activation de la synthèse des protéines virales à l'aide des nutriments et des enzymes cellulaires.
- g-** Assemblage des protéines virales en enveloppe par les PROTEASES et maturation en vue de l'intégration de l'ARN nouvellement formé.
- h-** Bourgeonnement de la membrane cellulaire qui se lyse en laissant échapper les nouveaux virus.

5- Mode de transmission du VIH :

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés [18 ; 19 ; 51 ; 52]:

- transmission par voie sexuelle
- transmission par voie sanguine
- transmission verticale de la mère à l'enfant

5-1- Transmission par voie sexuelle :

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensé était des homosexuelles en Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représentait le mode de contamination dominant. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation incessante de la prostitution.

La transmission sexuelle de l'infection VIH se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

La muqueuse présente une certaine perméabilité vis à vis du VIH et on peut retrouver des cellules infectées (cellules dendritiques) dans la sous muqueuse après une exposition non traumatique de l'épithélium vaginal au VIH. La muqueuse rectale par son épithélium monocellulaire est la plus susceptible à l'infection VIH.

Le risque de transmission d'un homme séropositif à une femme séronégatif est plus élevé que celui d'une femme séropositive à un homme séronégatif surtout lorsque la femme est en règles.

La pénétration anale multiplie le risque par dix.

5-2- Transmission par voie sanguine :

La transmission par voie sanguine concerne principalement trois groupes de populations : les usagers de drogues par voie intraveineuse, les hémophiles et les transfusés, plus rarement les professionnels de santé en milieu de soins et laboratoire victimes d'exposition au sang.

Quelques transmissions nosocomiales entre patients ont été décrites et quelques cas anecdotiques ont été publiés suite à des contacts cutanéomuqueux avec le sang des personnes séropositives, suite à l'utilisation d'aiguilles souillées (tatouages, acupuncture) ou suite à des morsures profondes avec saignement.

L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit le risque de transmission.

Néanmoins, il subsiste une <<fenêtre>> chez les donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti VIH détectable.

5-3- Transmission mère-enfant :

La TME du VIH peut survenir à différentes étapes de la grossesse: in utero, intra-partum, au moment de l'accouchement [45], lors de l'allaitement maternel [37].

5-3-1- La transmission in utero :

La possibilité d'infection in utero (dans les semaines précédant l'accouchement dans 1/3 des cas) est connue depuis de longue date par la mise en évidence d'une virémie voire même des signes cliniques chez l'enfant [8]. Il semble aujourd'hui que cette transmission in utero ait lieu essentiellement dans les dernières semaines de la grossesse [8].

Il est important de noter que la part relative de la transmission in utero est augmentée lorsque la mère présente une charge virale élevée ou un déficit immunitaire avancé.

- La transmission in utero précoce [8]:

La transmission dès le premier ou le deuxième trimestre a été évoquée dans des anciennes études sur des fœtus issus d'interruption de grossesse.

Il a même été décrit des anomalies du thymus fœtal superposables à celle des enfants atteints par le SIDA. Certaines études Africaines ont signalés un taux d'avortement supérieur à la norme chez les femmes séropositives au VIH.

- **Transmission in utero tardive :**

Les études post natales chez les enfants qui se révéleront infectés sont en faveur d'une transmission tardive [8]. Dans le travail de Rouvieux et Col, la contamination a eu lieu in utero chez 1/3 de ces enfants.

En analysant dans un modèle mathématique de Markov la cinétique de la virémie, de l'antigénémie et des anticorps, les auteurs ont estimés que toutes ces contaminations in utero remonteraient à moins de 2 mois avant leur naissance [74].

5-3-2- Transmission intra partum :

La recherche du VIH par PCR (Polymérase Chain Réaction) ou culture est négative à la naissance chez les 2/3 environ des enfants infectés. Il pourrait s'agir d'enfants infectés in utero mais dont la charge virale est trop faible pour être détectée et qui s'élèverait secondairement du fait de la stimulation antigénique de la vie extra utérine.

Il semble maintenant acquis qu'il s'agit véritablement d'enfants contaminés au cours de l'accouchement. Cela est confirmé par l'étude de Rousioux et Col où la date estimée de la contamination était le jour de la naissance chez les 2/3 des enfants [8]. Il est ainsi proposé une définition distinguant les infections in utero où la PCR dans les deux premiers jours, des infections intra partum où ne devient positive que secondairement [16].

Plusieurs travaux ont isolé le VIH dans les sécrétions cervico-vaginales en dehors des règles. On peut citer celui de VOGT qui isola le VIH par culture des sécrétions génitales chez 4 femmes sur 14 [45]. PROMERNTH montra l'infection par le VIH de certaines cellules de la sous muqueuse cervicale [45].

5-3-3- Transmission par le lait maternel :

Le VIH peut être excrété dans le colostrum et dans le lait sous forme de particules et de cellules infectées. La transmission par l'allaitement est certaine et très probablement responsable du taux de contamination plus élevé des enfants en Afrique même ce n'est pas la seule explication. La transmission post natale à partir d'une mère qui était déjà séropositive lors de la grossesse peut être affirmée lorsque le VIH est absent chez enfant et apparaît ensuite. Cette transmission post natale tardive peut survenir tout long de l'allaitement et sa fréquence dans des études africaines est de l'ordre de 3% par année d'allaitement maternelle. Le taux de transmission post natale précoce est plus difficile à apprécier, car la PCR peut être négative à la naissance mais positive 2 à 3 mois après. Ainsi dans ces situations il est impossible de déterminer si l'enfant a été infecté au moment de la naissance ou pendant les premières semaines de la vie.

Le risque de transmission durant l'allaitement est en relation avec l'état maternel, clinique, immunologique et virologique.

Par ailleurs Van et Al [8] ont montré la présence constante d'IgG anti VIH, inconstante d'IgA anti VIH et relativement fréquente d'IgM anti VIH dans le lait des femmes infectées.

Une étude a montré une augmentation du risque en cas de déficit maternel en vitamine A [8]. Enfin le risque de contamination augmente particulièrement en cas d'abcès mammaire.

6- Facteurs influençant la TME du VIH [8 ; 45] :

Les déterminants de la transmission du VIH de la mère à l'enfant incluent des caractéristiques cliniques, virologiques et immunologiques. Il demeure difficile d'évaluer avec certitude le poids réel de ces facteurs de risque tant qu'on ne saura pas avec précision les moments où survient la transmission.

Ainsi, plusieurs caractéristiques d'une mère infectée et qui peuvent être reliées à la transmission du VIH à l'enfant ont été examinées sans parvenir à un consensus. Les facteurs influençant la TME du VIH ont les suivants :

6-1- Les facteurs maternels :

Le principal élément pronostic connu est l'état immunologique de la mère.

L'état clinique est un élément important en l'absence de traitement car une mère au stade de SIDA avéré à plus de 50% de risque d'avoir un enfant contaminé.

Toute fois un antécédent de maladie opportuniste chez une femme dont l'infection est actuellement stabilisée sous traitement ARV n'a pas la même signification péjorative [5].

- **Charge virale plasmatique :**

Le taux d'ARN VIH est le déterminant le plus important en pratique. De nombreuses études ont montré que le taux de transmission augmente proportionnellement à cette charge virale maternelle.

Cependant, il n'existe pas de seuil au dessus duquel il y a toujours transmission, ni de seuil en dessous duquel le risque de transmission est nul [8].

Certains auteurs ont suggéré qu'aucun cas de transmission n'aurait lieu lorsque la charge virale maternelle à l'accouchement est inférieure à 500 copies/ml.

Pourtant plusieurs cas d'infection ont été rapportés [59]. Dans l'étude française sur la bithérapie AZT-3TC, parmi 6 enfants contaminés, 3 enfants sont nés de mères ayant une charge virale inférieure à 500 copies/ml.

On ne sait pas encore quel est le risque résiduel de transmission chez la femme enceinte qui présente une charge virale inférieure à 20 copies/ml sous traitement [8].

La plupart des études tiennent compte de la charge virale à l'accouchement.

Qu'en est-il lorsque la charge virale est faible à l'accouchement, mais était élevée en de grossesse?

C'est ce qui arrive dans le cas exceptionnel de la primo-infection par le VIH ou dans celui bien plus fréquent de la fenêtre thérapeutique [82]. Les données actuelles ne permettent pas de conclure, mais suggèrent que le risque de transmission est faible si le pic de charge virale a lieu en début de grossesse et élevé s'il a lieu proche de l'accouchement.

Cependant, lorsqu'un traitement a débuté trop tardivement, une transmission in utero peut être favorisée par une charge virale élevée avant le traitement [8].

Dans le cas d'échec thérapeutique plus ou moins net, où la charge virale maternelle demeure élevée sous traitement, on ne sait pas encore le risque de transmission. Il semble que pour une charge virale équivalente, le risque de transmission soit faible si la mère est sous traitement qu'elle ne l'est pas [8].

- **Marqueurs lymphocytaires :**

Le risque de transmission augmente de façon proportionnelle au déficit immunitaire, dont témoigne la diminution du taux de lymphocyte CD4 [58]. Lorsque le taux de CD4 est inférieur 200/mm³, l'élément déterminant est la charge virale plasmatique [8].

- **Les anticorps neutralisants :**

Le rôle des anticorps maternels demeure obscur. Un effet protecteur des anticorps dirigés contre la boucle V3 de la gp120 (glycoprotéine dans la structure du VIH), contre la région C-terminale de la gp41 (idem à gp120) a été avancé puis contesté. Des anticorps neutralisants ont ensuite été décrits comme protecteur, mais comme ces études ont été contredites par d'autres.

L'état immunitaire local au Niveau des voies génitales pourrait avoir une importance, mais la seule étude menée à ce sujet en Thaïlande ne met en évidence aucune relation entre la sécrétion d'Ig anti VIH et la transmission [46].

6-2- 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 [58].

Une étude avait suggère que lorsque la mère avait donné naissance à un enfant infecté, les enfants suivants avaient un risque accru, mais cela n'a pas été confirmé par la suite. Quant au statut du père, il ne semble pas jouer sur le risque de transmission ce d'autant que par ailleurs aucun cas de transmission père enfant n'a été constaté dans les couples séro-différents [8].

6-3- Les facteurs viraux :

Il existe une différence majeure entre le VIH1 et le VIH2, dont le taux de transmission est faible, entre 1 et 4% [8]. Une étude récente en Gambie a suggéré que le faible taux de transmission est en rapport avec des CV faibles, mais la détermination de l'ARN VIH2 n'est pas encore disponible en routine. Plusieurs sous types du VIH1 ont été décrits, avec des distributions géographiques différentes, mais il n'a été établi de différence de transmission mère enfant entre les sous types du groupe M (A, B, C, G, E) ou le groupe O [8]. Chaque sous type possède une grande variabilité génotypique et le nombre de variants présents chez un individu vari dans le temps en fonction de l'avancement de la maladie. La transmission peut concerner plusieurs variants, le plus souvent un seul variant est transmis. Il peut s'agir d'un variant minoritaire chez la mère, ce qui fait évoquer un processus de sélection dans le placenta ou chez le fœtus lui-même.

En ce qui concerne les caractéristiques phénotypiques, plusieurs études ont que les n'induisant pas de formation de syncytia (NSI) et dont le tropisme est macrophagique (CCR-5) sont préférentiellement transmises par rapport aux souches capables d'induire des syncytia (SI) et dont le tropisme est lymphocytaire (CXCR-4) [8].

6-4- Les facteurs d'environnement :

Les facteurs nutritionnels ont été particulièrement étudiés en Afrique suite à une publication [8] qui mettait en évidence un taux accru de transmission en cas de déficit en vitamine A chez la mère. Seule une sur deux faites aux Etats Unis, a retrouvé cette relation [8].

Dans une étude réalisée en Côte d'Ivoire, la carence en vitamine A n'était liée au taux de transmission lorsque l'analyse tenait compte du taux de lymphocytes CD4 de la mère [39].

Les carences nutritionnelles ou vitaminiques pourraient intervenir en favorisant des lésions placentaires ou en augmentant la réceptivité du fœtus aux infections [8].

D'autres micronutriments pourraient jouer un rôle comme le zinc et le sélénium. L'effet d'une supplémentation en vitamine A d'une part, et en multivitamines d'autre part, a été étudié dans plusieurs pays Africains. Malheureusement aucun effet protecteur contre la transmission mère-enfant du VIH n'a été obtenu [23 ; 36].

6-5- Les facteurs fœtaux :

Le degré de maturation du système immunitaire au moment de l'exposition au virus pourrait jouer un rôle. Cela pourrait dans la relation épidémiologique entre la prématurité et la contamination de l'enfant [8].

Des prédispositions génétiques jouent certainement un rôle dans la vulnérabilité à la contamination, comme cela a été étudié dans la transmission sexuelle où a été évoqué l'haplotype HLA, la concordance entre la mère et l'enfant étant un facteur de risque [8 ; 39].

Par ailleurs plusieurs études ont observé une relation entre fœtale et le risque de transmission [8]. Il apparaît que le poids de naissance des enfants infectés est significativement inférieur à celui des enfants non infectés. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées.

L'infection in utero pourrait entrainer un retard de croissance mais cela ne concerne qu'une minorité des enfants contaminés. A l'inverse les fœtus hypotrophiques pourraient être plus vulnérables à la contamination.

En fin, il pourrait y avoir des facteurs communs au retard de croissance intra-utérin et à la transmission, tels que les lésions placentaires [8 ; 39].

6-6- Les facteurs obstétricaux :

Les autres facteurs obstétricaux qui sont clairement liés au risque de transmission dans les grandes séries sont l'accouchement prématuré et surtout la rupture prématurée des membranes.

Le taux d'accouchement prématuré est plus élevé chez les femmes infectées par le VIH que dans la population générale [39]. Outre le VIH, d'autres facteurs peuvent être évoqués tels que la toxicomanie, le tabagisme, les difficultés psychologiques, et les conditions socio-économiques [8].

On observe d'autre part que le taux de transmission est plus élevé en cas de fièvre pendant le travail ou de chorio-amnionite. Une infection génitale ou une infection sexuellement transmissible (IST) associée pendant la grossesse, les invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie) augmentent le risque [8 ; 39].

7- Diagnostic biologique :

Il repose sur la mise en évidence :

- De façon indirecte dans le sérum d'anticorps anti VIH (test ELISA, Immunofluorescence indirecte, Western blot) ;
- De façon directe du virus ou d'un de ces antigènes.

7-1- Diagnostic indirect :

Il comporte des tests de dépistage et des tests de confirmation.

- **Les tests de dépistage** : permettent la détection des anticorps anti VIH. Celle-ci repose sur la réalisation et la visualisation d'une réaction antigène-anticorps (Ac sériques du sujet infecté et des Ag viraux produits en laboratoire). La méthode de référence est le test ELISA.
- **ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay)** : ce test est utilisé pour le dépistage des anticorps. Il est en première intention, rapide et simple à mettre en œuvre et permet l'analyse des grandes séries d'échantillon. Il est sensible mais peut manquer de spécificité (risqué de fausse positivité). Ainsi tout résultat positif à l'ELISA doit être confirmé par le Western blot. Selon les Ag utilisés et les praticabilités techniques, on distingue des tests ELISA de première, de deuxième, de troisième et de quatrième génération. Les tests de première et de deuxième génération ne mettent en évidence que des anticorps de la classe IgG. Ceux de la troisième génération qui constituent la majorité des tests utilisés actuellement en routine ; détectent les IgM et les IgG. Les tests dits de quatrième génération apparus en 1998 permet la détection combinée de la protéine P24 du VIH1 et des anticorps anti VIH1 et VIH2 [83]. Ceux-ci raccourcissent la fenêtre de séronégativité de 5 jours. Les tests dits rapides : font appel à une agglutination ou une absorption du complexe sur une membrane puis une coloration visible à l'œil nu. Ils sont facilement réalisables sans appareillage sophistiqué mais sont moins sensibles notamment lors de la séroconversion, en comparaison avec les tests standards de troisième génération.

- **Les tests de confirmation :**

- **Le Western blot :** est la technique de référence.

C'est un test de confirmation très spécifique permettant d'identifier les différentes protéines structurales ou non du VIH par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose.

Ce test est considéré comme positif s'il y a présence d'anticorps dirigés contre une protéine interne du virus. Cependant son interprétation demande une bonne expérience et les réactifs coûtent chers.

- **Les autres techniques :** sont peu utilisées en pratique courante, ce sont : RIPA (Radio Immuno Précipitation Assay) ; immuno-marquage fluorescent de surface ; immuno-captatage cellulaire en plaque de microtitration ; le dosage de l'antigénémie P24 entre autre [83].

7-2- Diagnostic direct :

- Détection de l'Ag P24 est essentiellement indiquée aujourd'hui chez le nouveau-né de mère séropositive pour le VIH1 et lors d'une suspicion de primo-infection;
- Isolement du VIH en culture de cellule qui se fait sur une des cellules mononuclées ou du plasma du sujet infecté grâce à l'adjonction de cellules mononuclées de donneurs sains qui servent de support pour la multiplication virale;
- Détections des nucléiques virales ;
- Technique d'hybridation amplifiée sans amplification génique

8- Prévention :

La prévention est fondamentale pour limiter la propagation du VIH/SIDA. Les voies et moyens pour y parvenir sont multiples.

8-1- Prévention de la transmission sexuelle :

Les recommandations essentielles sont :

- abstinence
- Fidélité
- Réduction du nombre de partenaires sexuelles
- Usage des préservatifs

8-2- Prévention de la transmission sanguine :

Il est essentiel que les personnes consommant des drogues actives par voie intraveineuse renoncent à échanger entre elles du matériel d'injection et utilisent des seringues et aiguilles stériles.

Les centres de transfusion doivent éviter de prélever du sang chez les personnes à risqué (les prisonniers, collectes de rues...).

Pour éviter de se contaminer en tant que personnel de santé il suffit de :

- Se désinfecter les mains après tout examen clinique,
- Porter des gants pour manipuler le sang, les sécrétions et excréments du malade,
- Désinfecter les récipients ayant contenu les selles, les crachats, les urines d'un patient HIV positive avec de l'eau de javel par exemple ; préférer l'utilisation du matériel à usage unique; déposer tout instrument et objet à usage multiple utilisé pour manipuler du sang dans l'eau de javel, éthanol puis le nettoyer et le stériliser [78].

8-3- Prévention de la TME :

Pendant de nombreuses années, les connaissances sur la TME du VIH étaient insuffisantes pour permettre de prendre les mesures susceptibles d'aider les mères séropositives à donner naissance à des bébés non infectés [45].

La connaissance des mécanismes de transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant ont guidé les stratégies thérapeutiques: proposition de dépistage, utilisation des antiviraux en fin de grossesse, modification des pratiques obstétricales et d'allaitement [26]. Une réduction importante du taux de la TME du VIH a été obtenue dans les pays industrialisés du Nord (TME<5%, voire 2%) [24] alors que le problème demeure majeur dans les pays en développement du Sud [26].

Il existe désormais plusieurs stratégies possibles agissant à des niveaux différents:

- L'information de la mère sur les risques encourus par elle pendant la grossesse et les risques encourus par l'enfant ;
- Le dépistage sérologique des femmes à risqué si elles souhaitent une grossesse ou si elles sont enceintes;
- Réduction de la charge virale maternelle plasmatique (ARV chez la mère) ;
- Diminution de l'exposition en fin de grossesse et pendant le travail (césarienne programmée...);
- Prophylaxie post exposition (passage transplacentaire du traitement maternel et traitement chez le nouveau né);
- Suppression de l'exposition post-natale (allaitement artificiel).

8-3-1- Efficacité des ARV :

La Zidovudine ou AZT en monothérapie est la première prévention validée par des essais thérapeutiques, c'est le traitement prophylactique pour la prévention de la TME au Mali initié par l'UNICEF, en plus de la Nevirapine dont les schémas sont les suivants [60] :

ZIDOVUDINE (AZT) :

600mg/jour soit 1gelule de 300mg matin et soir à débiter à partir de la 34-36^{ème} semaine de grossesse et à poursuivre jusqu'au début du travail.

Pendant l'accouchement, placer une perfusion d'AZT en raison de 2mg/kg pendant 1 heure en bolus puis 1mg/kg jusqu'au clampage et à la section du cordon ombilical (à partir de la 28^{ème} semaine en cas d'accouchement prématuré) [77].

NEVIRAPINE (NVP) :

Prise de 200mg par voie orale au moment de l'accouchement ; le proposer systématiquement aux femmes enceintes infectées par le VIH vue tardivement. Après l'accouchement, le traitement ARV se fera par voie orale en fonction du statut clinique, immunologique et virologique de la patiente et la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole envisagée selon les recommandations nationales [77].

Des traitements courts plus adaptés aux pays en développement ont fait la preuve d'une efficacité, diminuant de moitié le taux de transmission en absence d'allaitement au sein et d'un tiers en présence d'un allaitement maternel [3].

Le schéma de référence est celui de l'essai **ACTG076**, comportant trois volets : Chez la mère pendant la grossesse, en perfusion à l'accouchement puis chez le nouveau-né.

L'association AZT-3TC est la combinaison la mieux étudiée, notamment par l'essai **PETRA** en Afrique australe et par l'essai **ARNSO75**. Dans cet essai français ou la 3TC était ajoutée à partir de la 32^{ème} semaine d'aménorrhée en plus du schéma usuel d'AZT, le taux de transmission était réduit à 1,6% [60].

L'efficacité préventive de la névirapine en monothérapie, en une seule prise chez le nouveau-né, a été démontrée en Ouganda. Le taux de PTM dans cet

essai était de 13% soit une réduction de moitié par rapport au groupe témoin recevant un traitement ultra court par AZT.

Dans un essai Sud-Africain, le même traitement par névirapine a été comparé à la bithérapie AZT-3TC selon le schéma <<long>> de l'essai **PETRA**.

L'efficacité des deux traitements était similaire [40].

En revanche, un essai thérapeutique international randomisé de grande ampleur (**PACTG 316/ARNS**) n'a mis en évidence aucune réduction du taux de transmission avec la névirapine comparé à un placebo chez les mères recevant une prise en charge optimale par des traitements ARV : les taux étaient de 1,5% dans les deux groupes [31].

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

L'existence de cohortes prospectives observationnelles permet néanmoins d'étudier l'effet des différents types de prise en charge. Les données actuelles issues des cohortes Françaises et Américaine suggèrent que le risque de transmission soit plus faible lorsque la mère reçoit un traitement ARV virologiquement efficace [35].

Une étude longitudinale Américaine en place depuis 1990 rapporte des taux de TME de l'ordre de 4% en traitement ARV combiné sans IP, et de 1% avec IP. Par ailleurs quel que soit le traitement, plus la charge virale maternelle est basse, moins il y a de transmission [13].

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

8-3-2- Césarienne programmée :

L'effet d'une césarienne programmée à membranes intactes et avant le début du travail est désormais établi par plusieurs études de cohortes, et par essai thérapeutique randomisé Européen. Le taux de transmission était de 0,8% en cas de césarienne programmée chez les femmes enceintes traitées par AZT.

En revanche le taux de transmission n'est pas diminué en cas de césarienne en cours de travail ou membranes rompues [41].

Le risque pour la mère de complications liées à la césarienne est une préoccupation importante hors du contexte de VIH, la morbidité et la mortalité maternelles sont 3 à 5 fois plus élevées en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse [41].

Les complications sont surtout le faite de césarienne faite en urgence plutôt que des interventions programmées. Parmi les femmes ayant prévu un accouchement par voie basse, certaines auront une césarienne au cours du travail.

8-3-3- Allaitement artificiel :

Le risque de transmission paraît particulièrement important dans les deux premiers mois, mais pendant toute la durée de l'allaitement maternel.

Dans plusieurs études Africaines, dont un essai randomisé au Kenya, le taux de transmission est doublé chez des enfants allaités au sein, mais il semblerait que le risque soit particulièrement élevé en cas d'allaitement mixte [24].

En plus le taux de contamination materno-fœtale du VIH1 est de 18 à 25% quel que le mode de transmission en absence de tout traitement, en ce qui concerne le VIH2 ce taux est de 1%.

L'allaitement artificiel est bien accepté par les mères séropositives dans les pays industrialisés, mais des problèmes médicaux, économiques et sociaux le rendent difficile dans certains pays en développement [1].

9- Prise en charge du nouveau-né :

- Aspiration respiratoire ou digestive uniquement en cas de nécessité:
 - Absence de cri spontané;
 - Présence de mucosité épaisse gênant la respiration;
 - Nécessité de réanimer L'Enfant.

L'aspiration doit être douce non traumatique non répétée.

- Nettoyer le cordon avec la chlorexidine avant de le sectionner.
- Eviter de retarder la section du cordon, de traire le cordon.
- Donner un bain à l'enfant avec un produit contenant de la chlorexidine ou à défaut à l'eau et au savon.
- Eviter de nettoyer le nouveau-né avec du matériel pouvant être traumatique (éponge végétal)
- Bien désinfecter la peau avant toute injection (vitamine K1)
- ARV au nouveau-né (bithérapie ou trithérapie)
- Allaitement artificiel
- Donner les conseils hygiéno-diététiques habituels
- Référer la mère et le nouveau-né au centre de suivi

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Notre étude a été menée à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

1-1-Historique

Le centre de sante de référence de la commune V a été créé en 1982 sous le nom de service socio-sanitaire de la commune V avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Dans le cadre de la politique sectorielle de sante et de population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (PDSC), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour dix aires de sante (10 CSCOM), sur les dix aires, 8 CSCOM sont fonctionnels et le centre de sante de référence de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle, en 1993, le centre de sante de référence de la commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisée et qui a été couronnée de succès et c'est ainsi que le centre a été nommé **centre de pilote du district de Bamako** en 1993.

1-2- Configuration du centre :

Il comporte :

1-2-1- Un service de gynécologie-obstétrique :

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement
- une unité de suites de couche et grossesses pathologiques

- une unité pour le PEV
- une unité de néonatalogie
- une unité de planification familiale
- une unité pour les consultations prénatales
- une unité post opératoire
- un bloc opératoire
- Une unité de néonatalogie
- une salle de consultation externe accolée au bureau du chef de service

➤ **Les activités du service gynécologie-obstétrique :**

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef du service. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures passées.

Le service assure quatre(4) jours de consultation externe et quatre(4) journées opératoires programmées durant la semaine, assurés par des médecins en dehors des urgences.

Les séances de dépistage du cancer du col de l'utérus se font chaque vendredi.

Le chef du service fait la consultation prénatale des femmes enceintes séropositives suivies au service les mardis après midi.

Une visite est faite tous les jours dans les unités de suites de couche, de grossesses pathologiques et du post opératoire du lundi au vendredi après le staff et la visite générale chaque jeudi. Elle est dirigée par le médecin chef du service ou par des DES en gynécologie-obstétrique

La PTME du VIH a démarré au CSRéf de la commune V du district de Bamako en septembre 2002. C'est un centre de référence où s'effectuent à la fois les CPN et les accouchements; les activités de PTME sont intégrées aux CPN.

Cette intégration a pour objectif d'éviter une stigmatisation du centre de PTME d'une part et d'autre part d'intégrer le conseil test volontaire des femmes enceintes aux soins de santé maternelle.

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

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

Les personnes impliquées sont les médecins, les laborantins, les sages femmes. Le dépistage volontaire et le counseling pré-test et post-test sont effectués dans le service de consultation prénatale par les sages femmes. Dans la salle d'accouchement, la sage femme de garde a à sa disposition le test de dépistage et de counseling, la Névirapine et Zidovudine(AZT) pour les femmes séropositives qui accouchent ainsi que les nouveaux nés de mères séropositives. Les femmes venant au centre pour les CPN participent à une séance d'IEC en groupe de 10 à 20 femmes sous un hangar aménagé pour la circonstance. Cette séance peut porter sur le thème VIH/SIDA ou tout autre problème de santé maternelle.

Après la CPN la femme est reçue dans la salle de counseling afin d'effectuer le test de dépistage volontaire. Au cours de ce counseling sa connaissance en matière de VIH/SIDA est explorée afin de corriger les idées fausses. En cas d'acceptation du test, il est effectué sur place et les résultats sont communiqués immédiatement 5 minutes après, ainsi toutes les femmes dépistées séropositives doivent être prises en charge.

Elles doivent être conseillées et orientées à l'USAC au sein du centre afin qu'elles puissent bénéficier d'un soutien et d'un traitement.

Le test est effectué en CPN et dans la salle d'accouchement et la confirmation se fait au laboratoire du centre. Le test de dépistage et les ARV sont gratuits. Les nouveau-nés de mères séropositives, après avoir bénéficié d'une prise de Névirapine en post partum immédiat sont transférés en néonatalogie pour leur suivi nutritionnel.

Structures et sites de PTME de la commune V

Structures sanitaires	Sites de PTME	
	OUI	NON
CSRéfCV	×	
ASCODA		×
ASACODA	×	
ASACOTOQUA	×	
ADASCO	×	
ASACOKAL	×	
ASACOSABI	×	
ASACOSABII	×	
ASACOSABIII		×
ASCOMBADJI	×	
PMI BADALA		×
ASACOGA	×	

1-2-2- Un service de médecine dont une partie Unité de Soins, d'accompagnement et de Conseil (USAC) :

✓ Historique de l'USAC:

L'USAC a été inaugurée le 25 juillet 2006. Cette unité est le fruit d'un partenariat entre ARCAD/SIDA et la direction régionale de la santé de Bamako grâce à un appui financier du fond mondial.

✓ Les locaux et personnels :

Personnels :

10 agents sociosanitaires repartis comme suit :

- Deux Médecins
- Une secrétaire et son assistante
- Deux infirmiers
- Deux conseillers
- Un pharmacien
- Un chauffeur

Locaux

- Un secrétariat
- Deux salles de consultation
- Une salle pour les prélèvements sanguins
- Une salle pour le counseling
- Un dépôt des médicaments
- Deux salles d'attente

L'unité dispose d'un véhicule de service avec un chauffeur.

✓ **L'organisation du travail et la gestion des malades :**

L'unité est ouverte de 8 heures à 16 heures même pendant les jours fériés. Les malades sont soit référés, soit venus d'eux mêmes.

Les activités suivantes sont menées chronologiquement dans la structure pour la prise en charge des patients :

- Accueil
- Conseil/dépistage
- Annonce du résultat avec remise de carte portant le numéro du dossier aux patients séropositifs
- Consultation
- Club thérapeutique pour les patients devant commencer le traitement
- Prise en charge médicamenteuse après bilan pré-thérapeutique
- Surveillance et suivi du traitement.

L'unité mène aussi des activités de groupes à savoir:

- Animation de groupe de parole
- Activités culinaires
- Visites à domicile
- Petites activités lucratives: tricoterie, tatouages, confection d'habits «Bogolan» etc.

Toutes les femmes HIV positives avant, pendant la grossesse et ou l'accouchement bénéficient d'un suivi collégial entre obstétricien et conseillers de l'USAC.

2- Méthodes d'étude

2-1- Type d'étude

Nous avons mené une étude prospective descriptive et transversale.

2-2- Période d'étude

Elle a porté sur la période allant du 1^{er} Février 2009 au 31 Janvier 2010, soit une durée de douze (12) mois.

2-3- Population d'étude

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

2-4- Echantillonnage

2-4-1- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes non dépistées au VIH lors des CPN et qui ont accepté le counseling/dépistage VIH en salle de travail au CSRéfCV du district de Bamako.

2-4-2- Critères de non inclusion

- N'ont pas été incluses les patientes ayant bénéficié du dépistage du VIH/SIDA avant l'entrée en salle d'accouchement.
- Celles qui ont refusé le dépistage après counseling en salle de travail.

2-5- Supports de données et technique collecte

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

référence évacuation, les fiches de transfert des nouveau-nés, les carnets de CPN et les dossiers obstétricaux.

2-6- Variables

Plusieurs variables ont été étudiées:

2-6-1- variables liées à la parturiente

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

2-6-2- Variables liées à la grossesse

- Terme de la grossesse;
- CPN (nombre, auteur, lieu);
- Etat de la poche des eaux ;
- Notion de counseling dépistage du VIH proposé lors des CPN ;
- Notion de counseling dépistage du VIH en salle de travail ;
- ARV administers.

2-6-3- Variables liées au nouveau-né

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

2-7- Saisie et analyse des données

Les données recueillies sur la fiche d'enquête ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI-INFO version 6 FR.

2-8- Définitions opératoires:

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté quelques définitions opératoires:

- **La gestité:** nombre de grossesse

Primigeste : une grossesse

Paucigeste : 2 à 3 grossesses

Multigeste : 4 à 5 grossesses

Grande multigeste : ≥ 6 grossesses.

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

Primipare : un accouché,

Paucipare : 2 à 3 accouchements,

Multipare : 4 à 5 accouchements,

Grande multipare : ≥ 6 accouchements,

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

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

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

- **Souffrance néonatale:** score d'Apgar $< 8/10$

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

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

2-9- Déroulement pratique de l'étude

2-9-1- Matériels de dépistage

- Gants ;
- Aiguilles ;
- Tests rapides : determines ;
- Alcool 90° ;
- Coton ;
- Solvant.

2-9-2- Déroulement pratique de l'étude proprement dite

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

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

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

La confirmation et le typage étaient demandés au laboratoire et fait ultérieurement dans un délai maximum d'une semaine.

La prise en charge thérapeutique était individuelle chez toutes les patientes et était immédiate sans délais. Le protocole utilisé était celui de la bithérapie et les molécules utilisées étaient la névirapine et la zidovudine ;

Névirapine : 1 comprimé de 200 mg en prise unique

Zidovudine ; 2 comprimés de 300mg (600mg) puis 300mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon.

Tous les nouveau-nés de mères VIH positif ont bénéficié d'un traitement antirétroviral (bithérapie) à base de :

- Névirapine sirop : 2mg/kg dans les 72 premières heures de vie en prise unique,
- Zidovudine : 4mg/kg 3x/jour durant 1 mois.

Les nouveau-nés ont été adressés à l'unité pédiatrique du service après leur prise en charge en salle d'accouchement.

V- RESULTATS

1- Difficultés

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

2- Prévalences

- Pendant notre période d'étude nous avons effectué 8765 accouchements dont 92 patientes séropositives (y compris celles dépistées VIH positive avant l'entrée en salle de travail) soit une fréquence de 1,05%.
- Parmi ces 8765 accouchements, 380 patientes n'avaient pas bénéficié d'un counseling/dépistage au VIH avant l'entrée en salle d'accouchement soit une fréquence de 4,34%.
- Toutes ces 380 patientes ont bénéficié du counseling dépistage en salle d'accouchement dont 11 ont refusé le test (soit de 3%) ; et 369 ont accepté (97%).
- Parmi les 369 qui ont accepté de faire le test, 37 patientes sont dépistées séropositives au VIH soit une prévalence de 10%.

3- Etude

3-1 Description de la population étudiée

3-1-1- Caractéristiques socio-démographiques

AGES

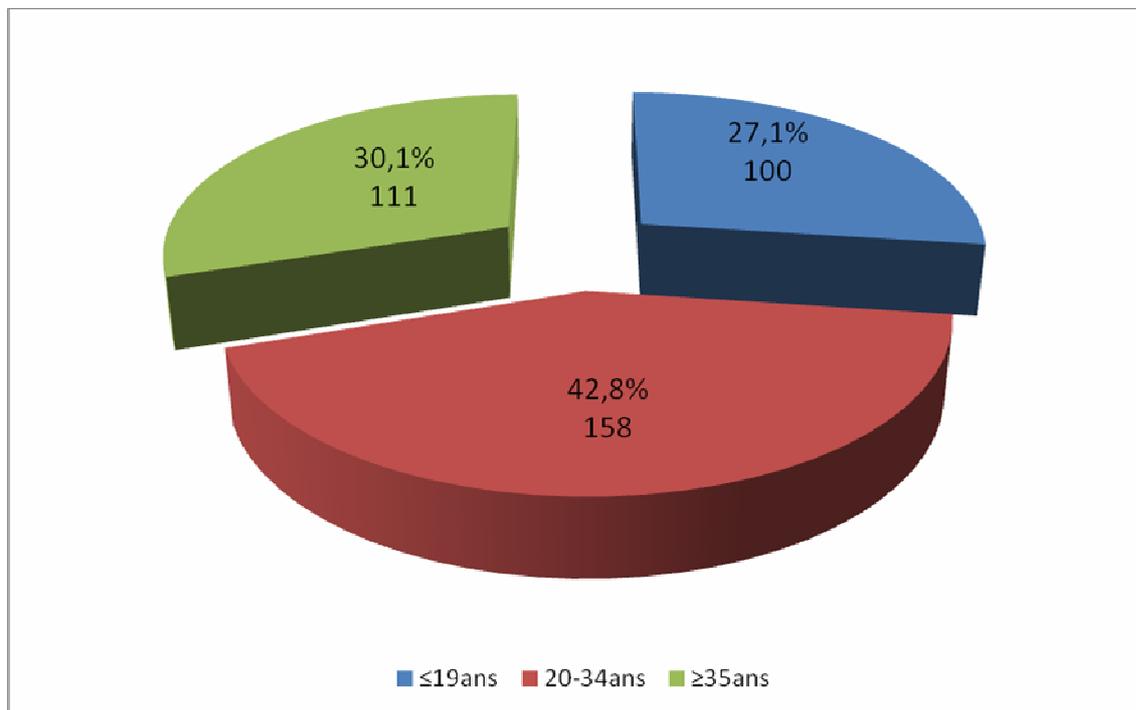


FIGURE1: Répartition des patientes selon l'âge.

Ages extrêmes =14ans et 40ans ;

Age moyen =27ans \pm 0,7 ;

Ecart type=0,7 ;

Médiane=2.

Tableau I: Répartition des patientes selon le Niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruites	217	58,8
Primaire	46	12,5
Secondaire	48	13
Supérieur	50	13,5
Médorsa	8	2,2
Total	369	100

Nationalité

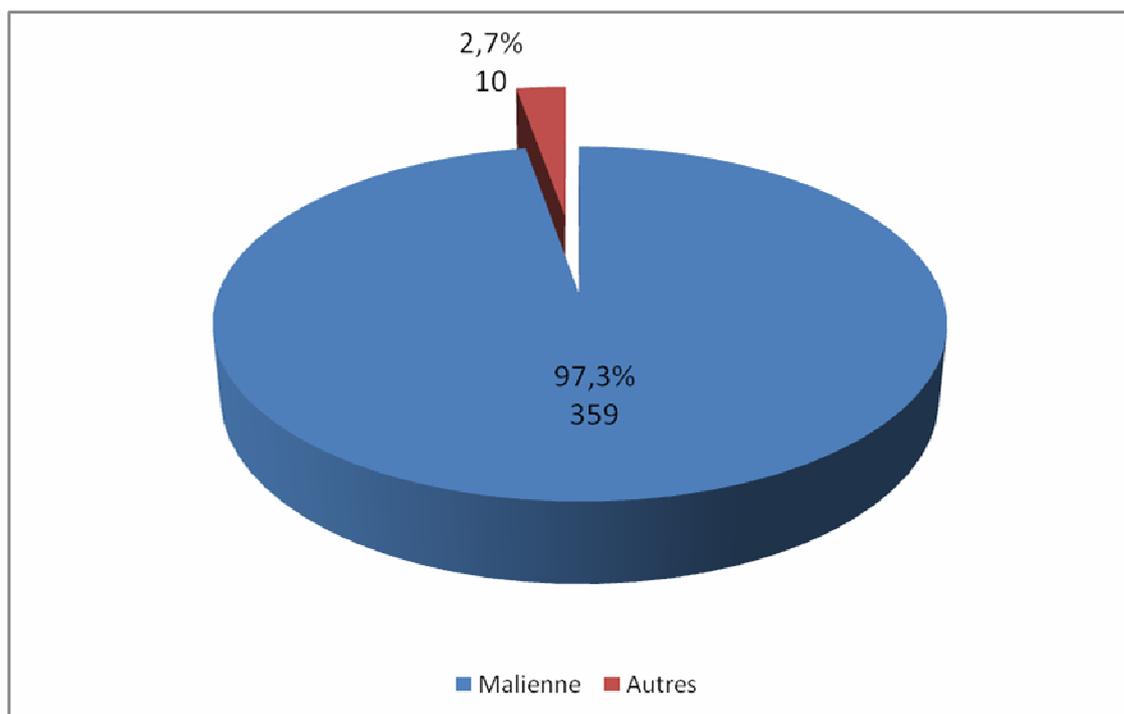


FIGURE2: Répartition des patientes selon la nationalité.

NB: Autres= Non Malienne (10)

-cinq (5) Gabonaises ;

-une (1) Ivoirienne ;

-quatre (4) Togolaises.

Notion de séjour à l'étranger de la patiente

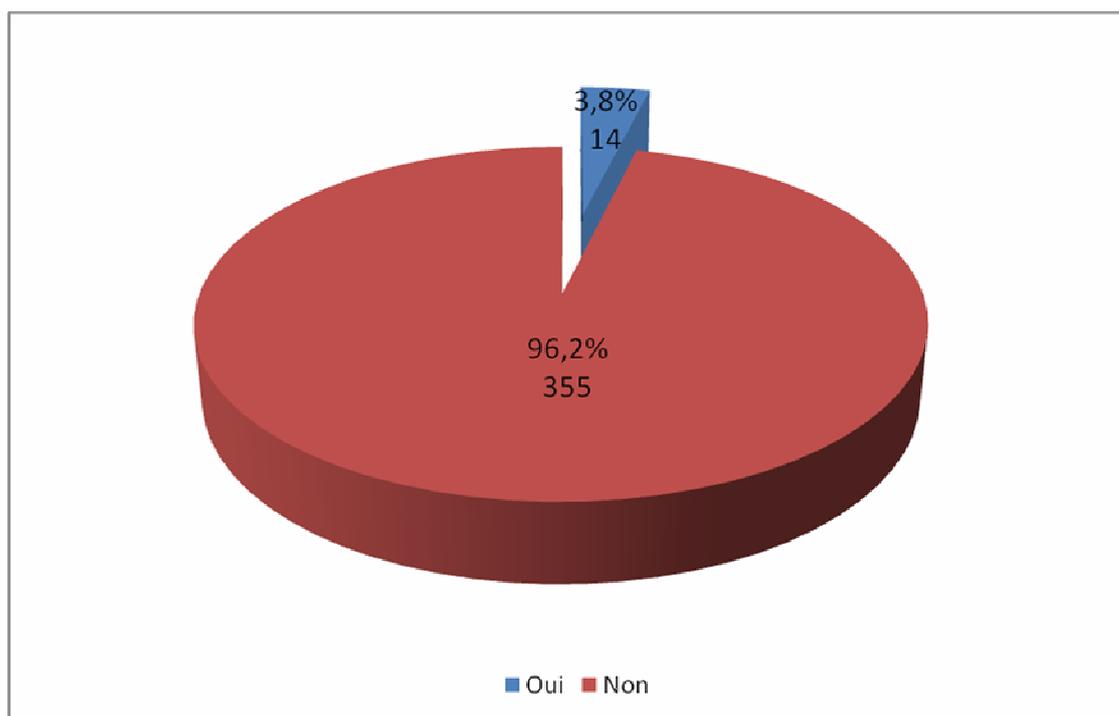


FIGURE3: Répartition des patientes selon le séjour à l'étranger.

- Deux (2) en Côte d'Ivoire;
- Deux (2) au Sénégal ;
- Quatre (4) au Togo;
- Cinq (5) au Gabon;

- UN (1) au Burkina Faso.

Statut matrimonial

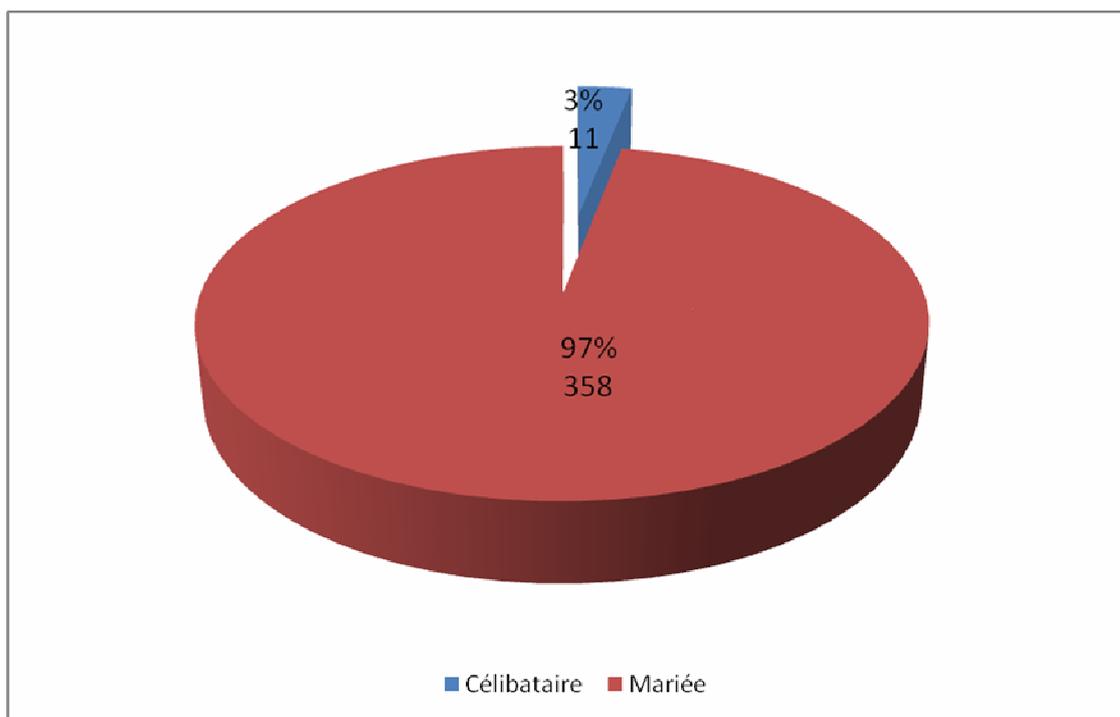


FIGURE4: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Régime matrimonial

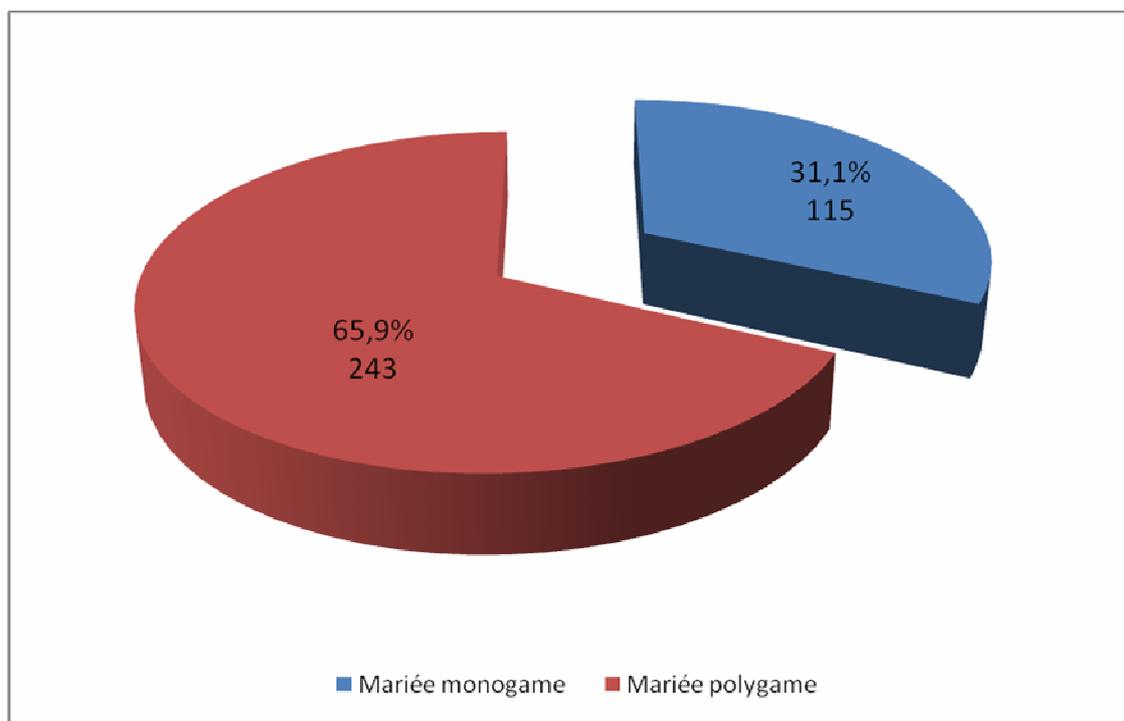


FIGURE5: Répartition des patientes selon le régime matrimonial.

Durée de vie commune

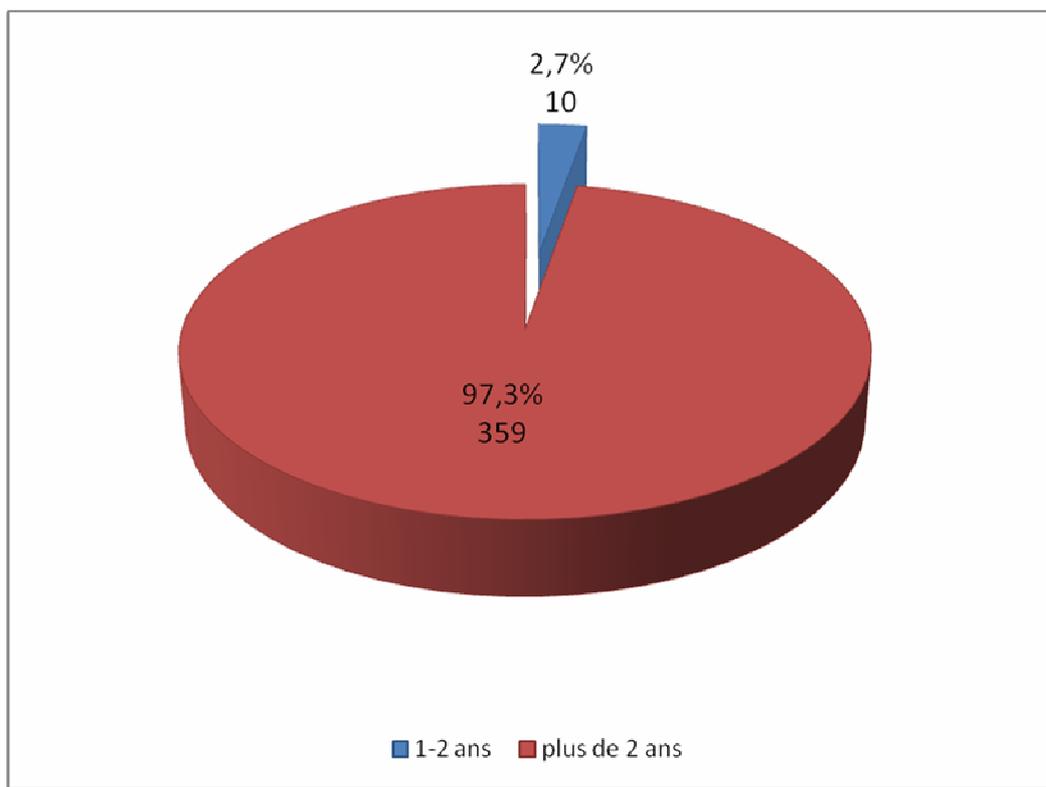


FIGURE6: Répartition des patientes selon la durée de vie commune.

Notion de séjour du conjoint à l'étranger

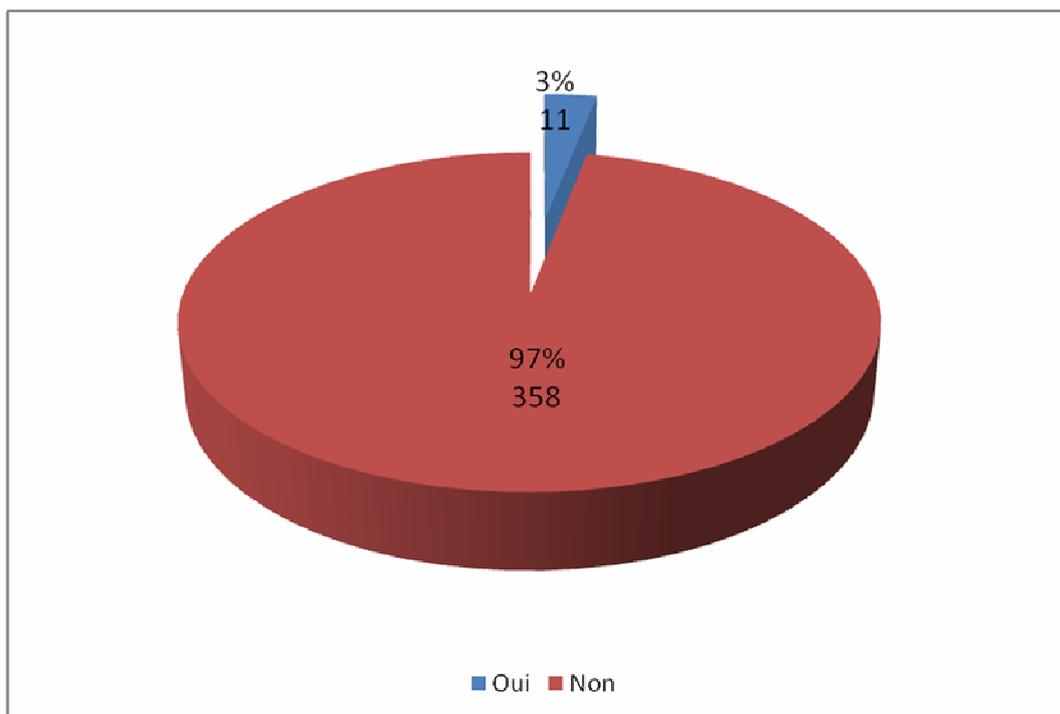


FIGURE7: Répartition des patientes selon le séjour du conjoint à

l'étranger.

- Côte d'Ivoire=05 ;
- Cameroun =03 ;
- Chine=02;
- France=01.

3-1-2- Les antécédents obstétricaux

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	60	16,3
Paucigeste	123	33,3
Multigeste	186	50,4
Total	369	100

Tableau III: Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	66	17,9

Paucipare	135	36,6
Multipare	168	45,5
Total	369	100

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfant vivant.

Enfant vivant	Effectif	Pourcentage
0	2	0,5
1	67	18,2
2-3	134	36,3
4-5	153	41,5
≥6	13	3,5
Total	369	100

Nombre d'enfants décédés

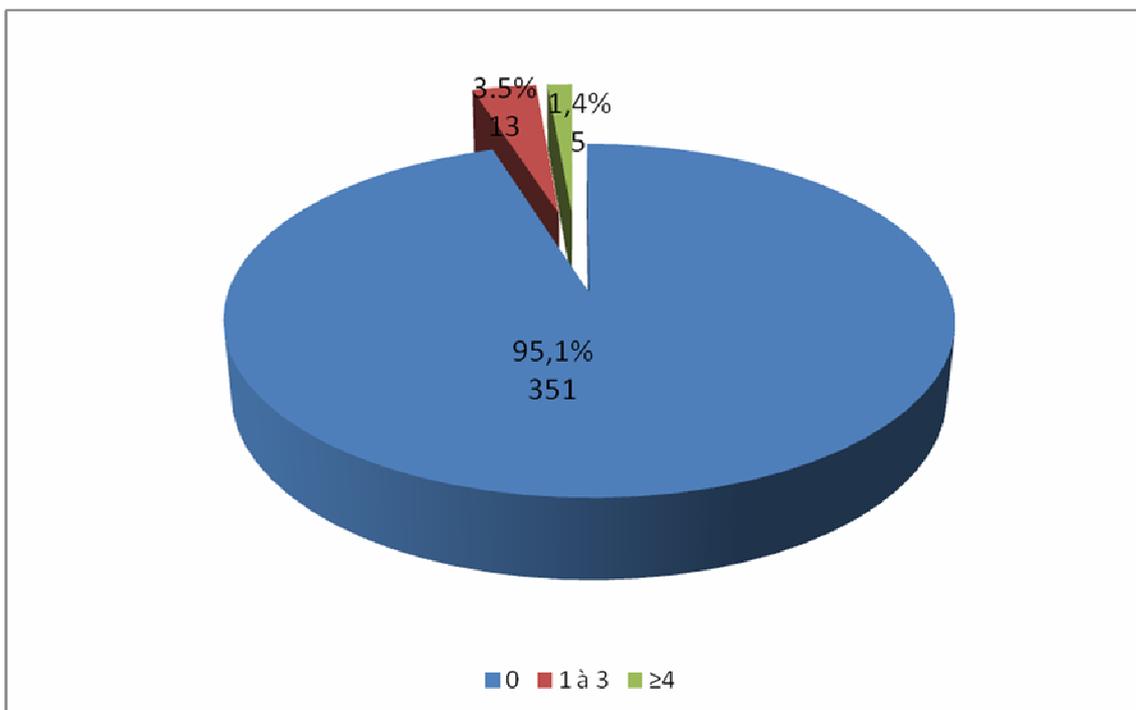


FIGURE8: Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants décédés.

Notion d'avortement

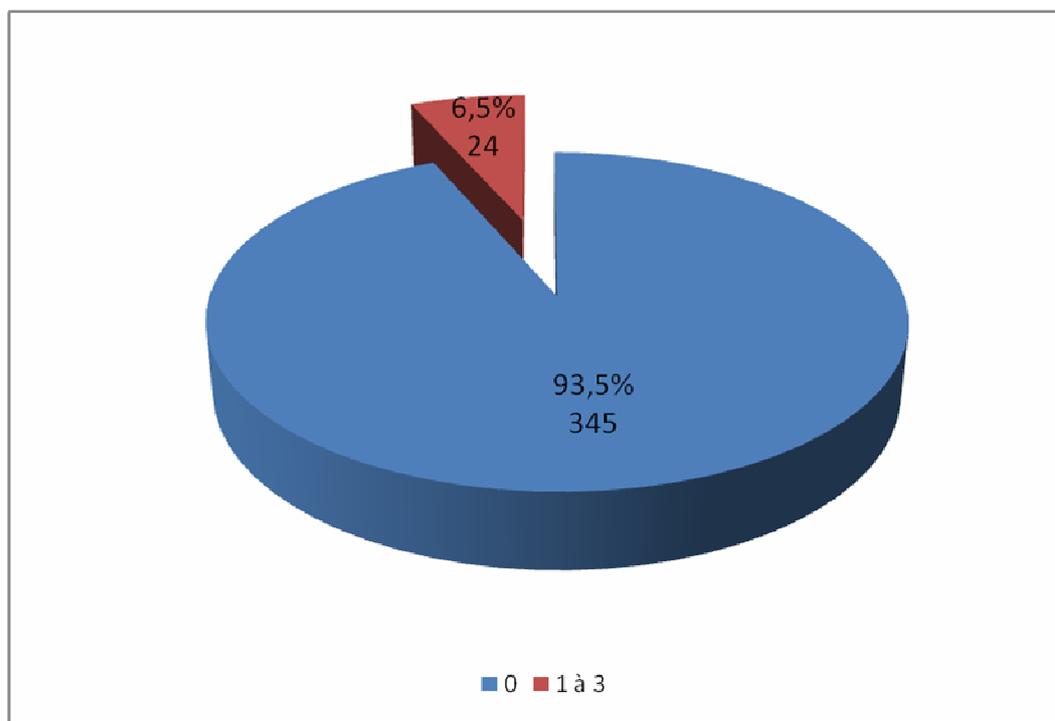


FIGURE9: Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement.

Antécédent de mort-né

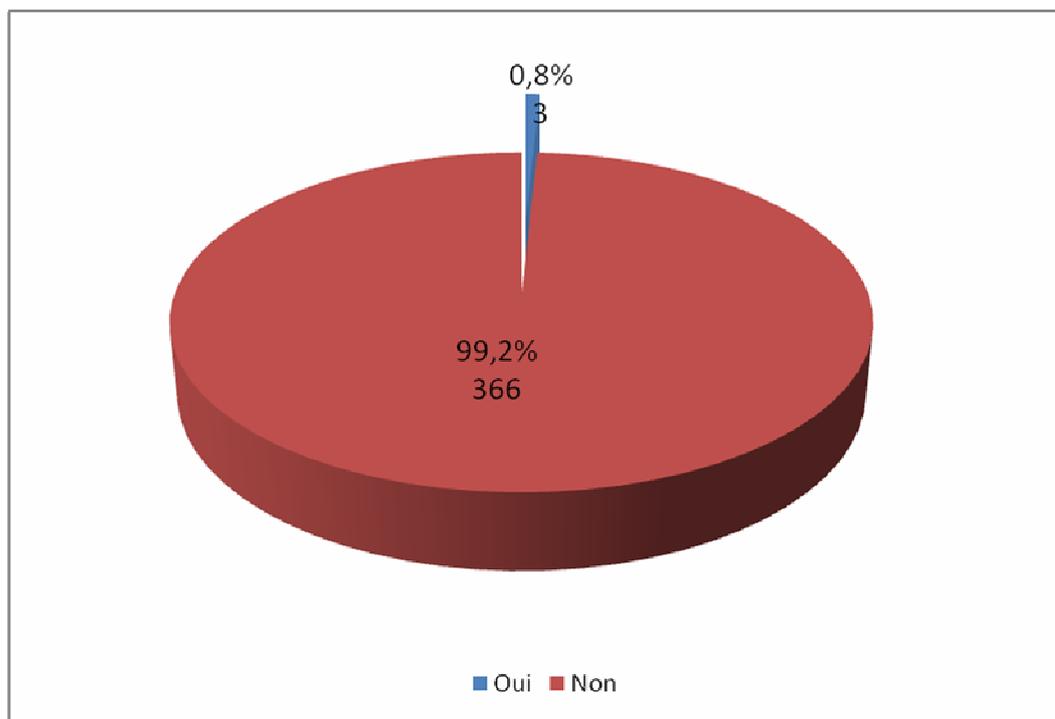


FIGURE10: Répartition des patientes selon l'antécédent de mort-né.

3-1-3- Suivi de la grossesse

Suivi prénatal

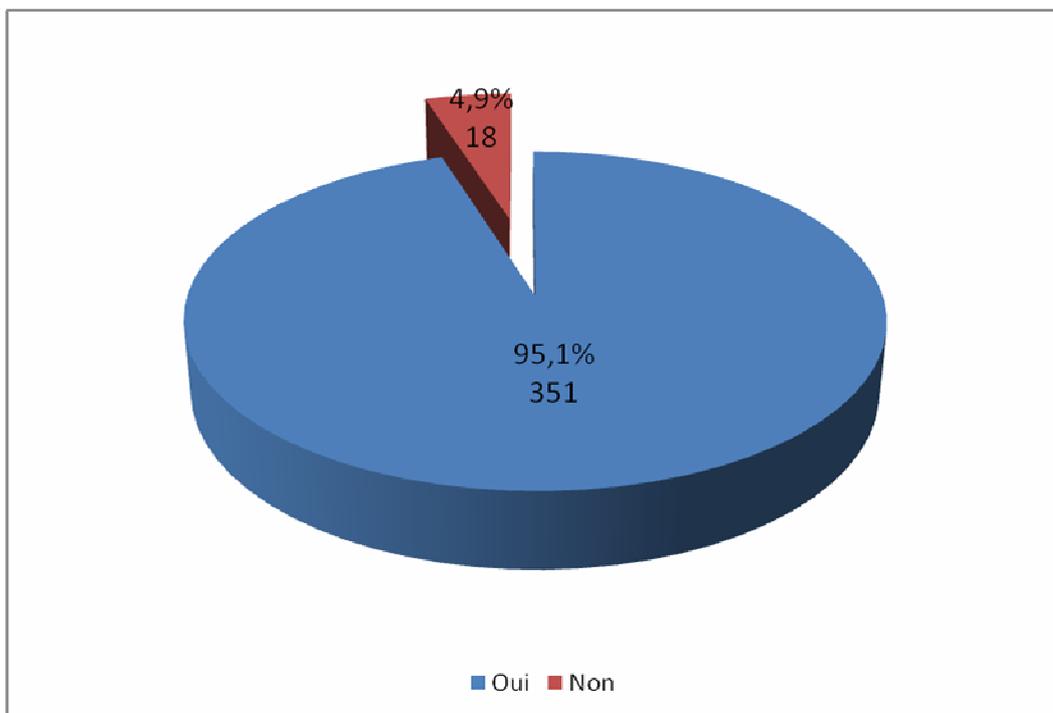


FIGURE11: Répartition des patientes en fonction de la réalisation de la CPN.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du lieu des CPN.

Lieu des CPN	Effectif	Pourcentage
CSRéf CV	105	29,9
CSCOM de la CV	180	51,3
Cabinets et Cliniques de la CV	40	11,4
Autres Centre de santé hors de la CV (Bamako et hors Bamako)	26	7,4
Total	351	100

Auteur des CPN

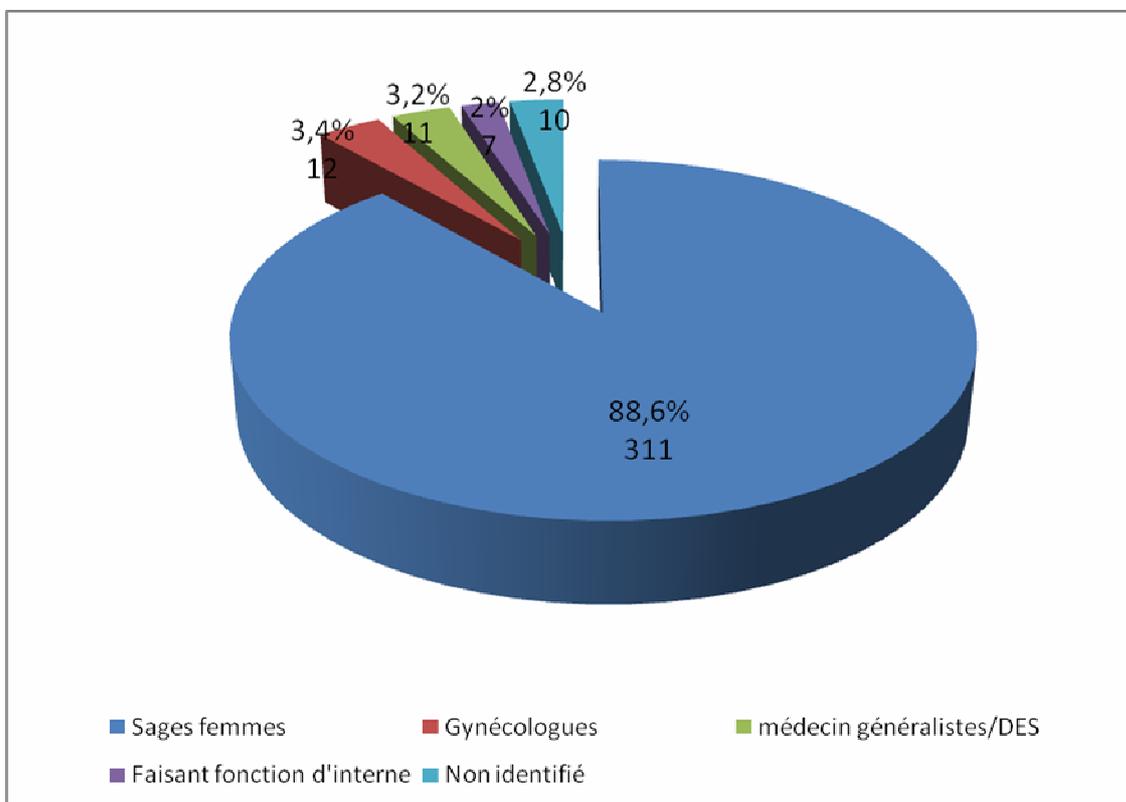


FIGURE12: Répartition des patientes selon l'auteur des CPN.

Nombre de CPN

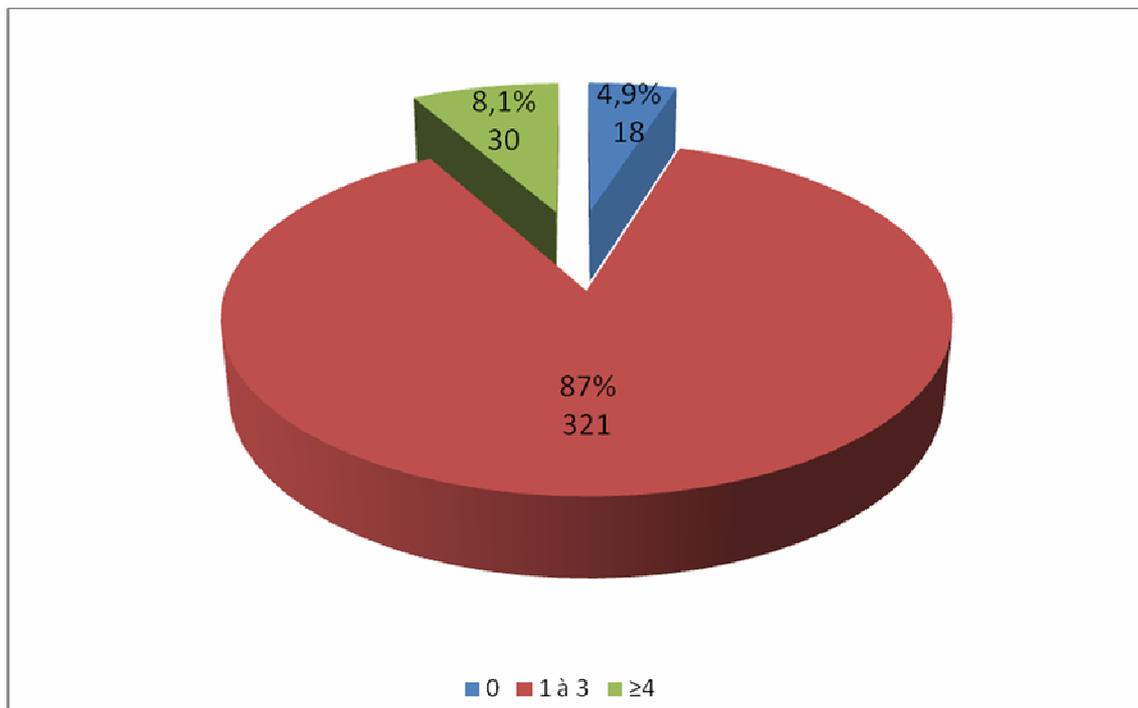


FIGURE13: Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Mode d'admission

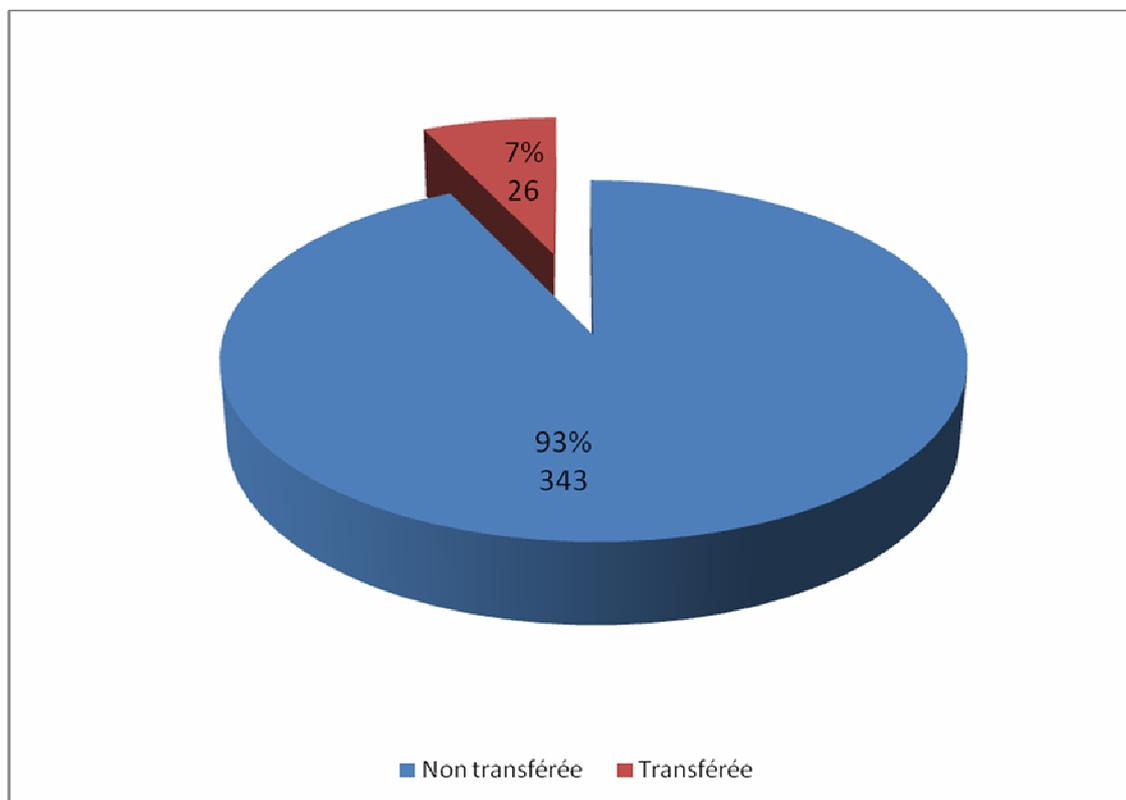


FIGURE14: Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Tableau VI: Répartition des patientes selon le motif de transfert.

Motif de transfert	Effectif	Pourcentage
Dilatation stationnaire	10	38,5
Souffrance fœtale aigue	3	11,5
Défaut d'engagement	3	11,5
HTA	4	15,5
Siège chez une primipare	3	11,5
Présentation de l'épaule	3	11,5
Total	26	100

3-2- Conseil dépistage du VIH/SIDA

3-2-1- Niveau de connaissance des patientes sur le VIH/SIDA

Notion d'avoir entendu parler du VIH/SIDA

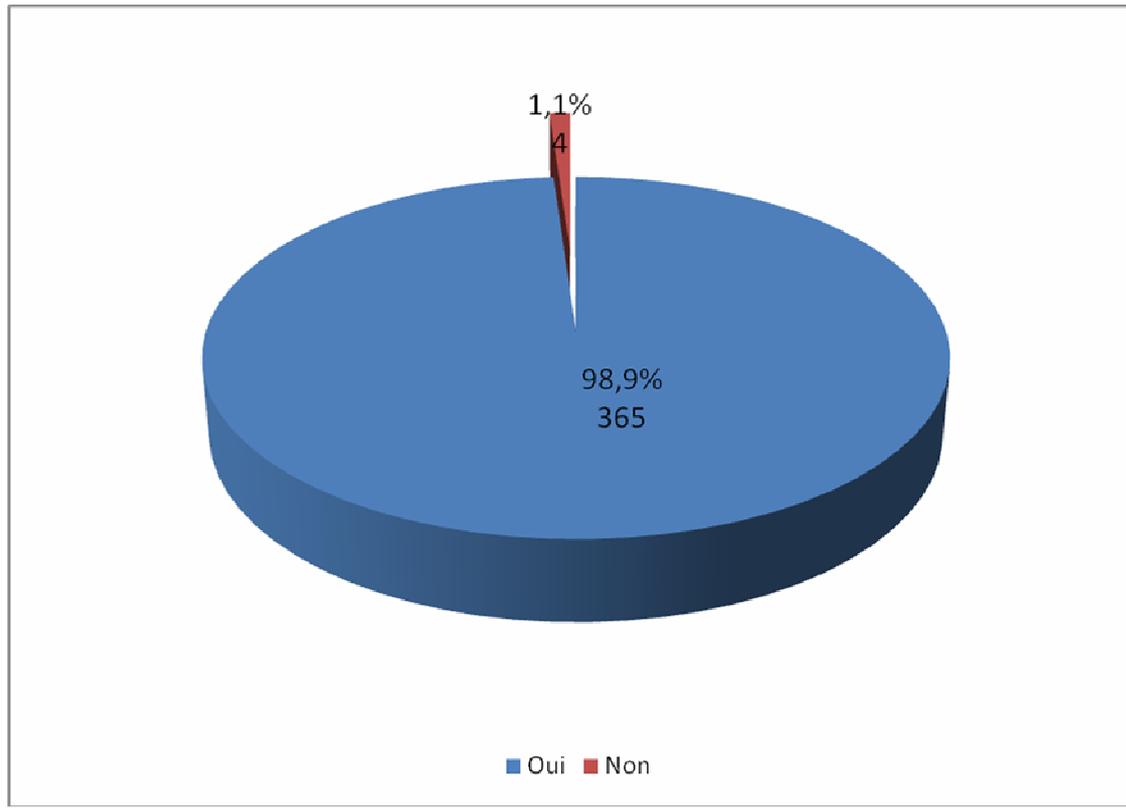


FIGURE15: Répartition des patientes selon qu'elles aient entendu parler ou non du VIH/SIDA.

Niveau de connaissance sur la TME

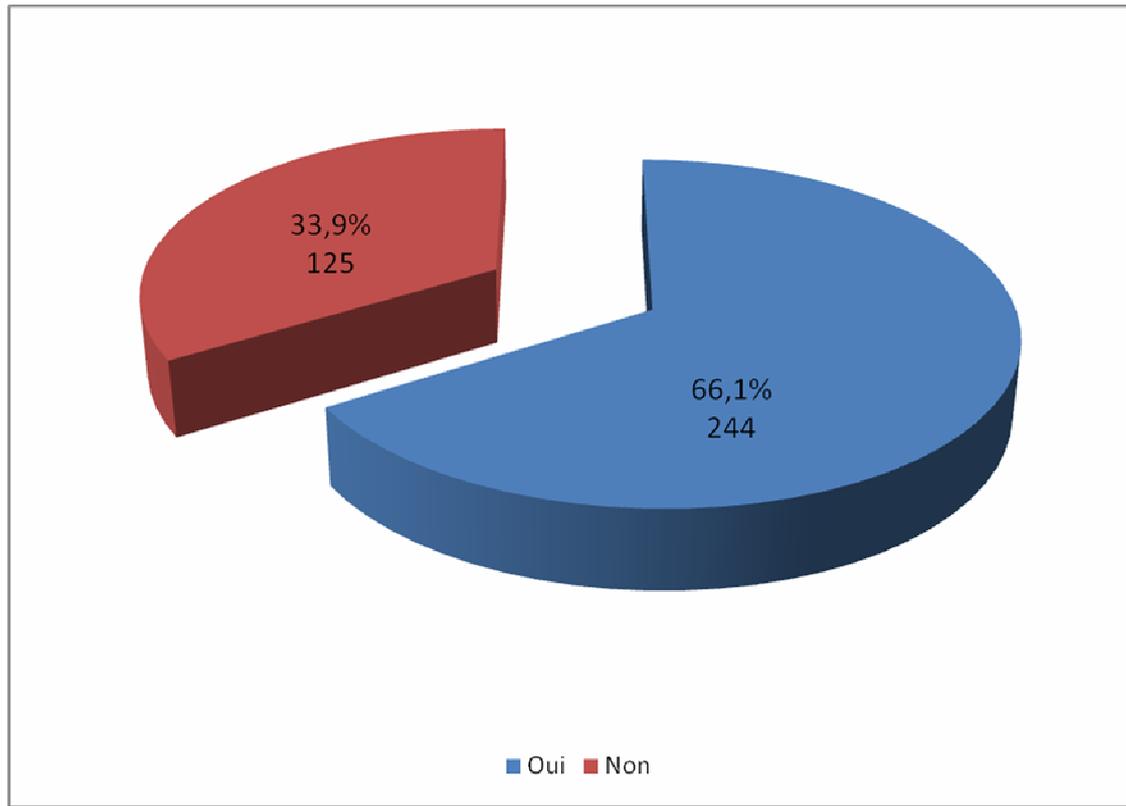


FIGURE16: Répartition des patientes selon qu'elles aient une connaissance ou non sur la transmission mère-enfant du VIH.

Sources d'information

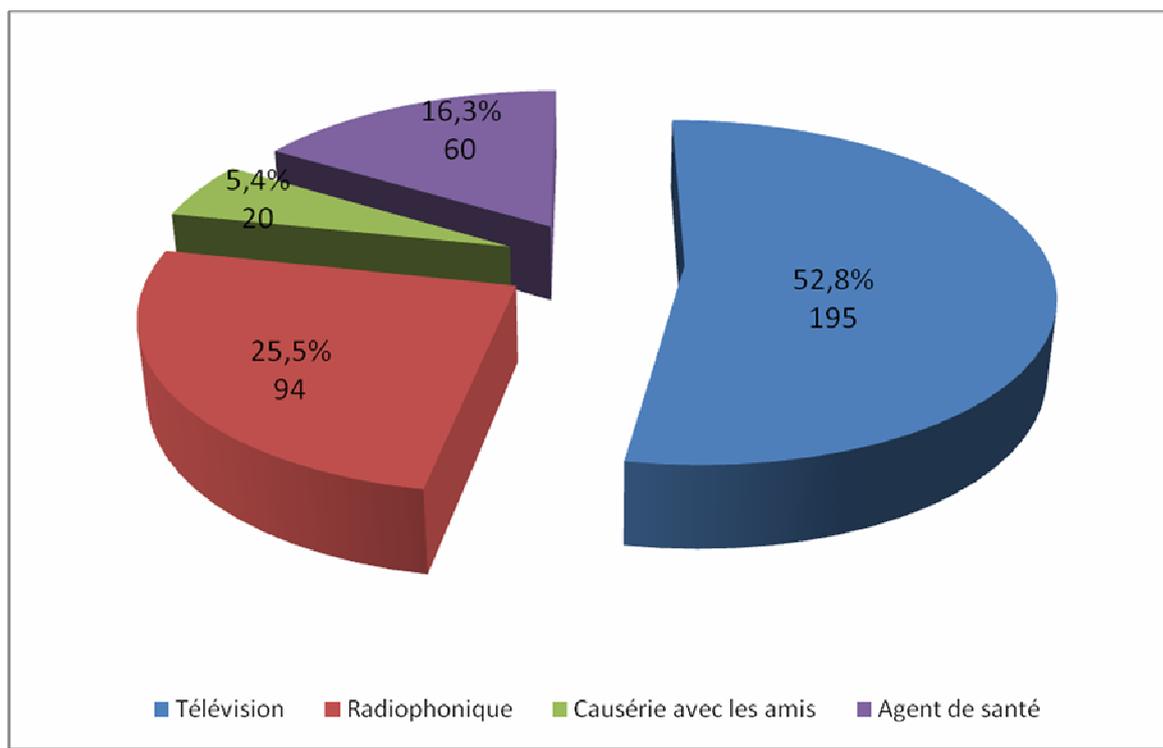


FIGURE17: Répartition des patientes selon leur source d'information sur le VIH.

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la raison pour laquelle elles n'ont pas fait le dépistage au cours de la grossesse.

Raison	Effectif	Pourcentage
Proposé, mais refus	5	1,4
Aucun suivi prénatal	18	4,9
CPN fait mais pas de site de PTME	26	7
Site PTME mais non été proposé	320	86,7
Total	369	100

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

Motif	Effectif	Pourcentage
Mauvais accueil du personnel	1	20
Peur de la maladie	1	20
Nécessité d'avoir l'avis du partenaire	3	60
Total	5	100

Réalisation du test du dépistage HIV

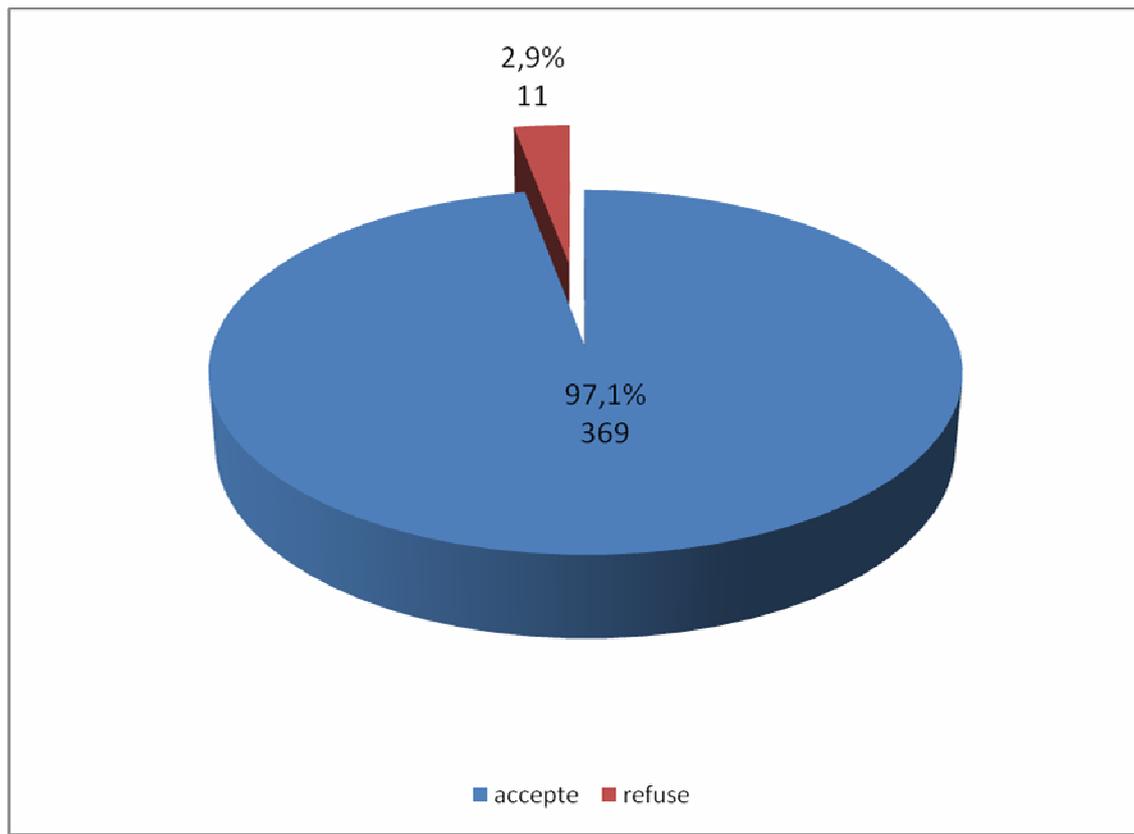


FIGURE18: Répartition des patientes selon qu'elles aient accepté de faire test ou non.

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction du motif du refus.

Motif	Effectif	Pourcentage
Crainte de divorce si positivité	3	27,3
Nécessité d'obtenir l'avis du partenaire	4	36,3
Peur de la maladie	2	18,2
Pense être en bonne santé	1	9,1
Sans motif	1	9,1
Total	11	100

Résultat du test

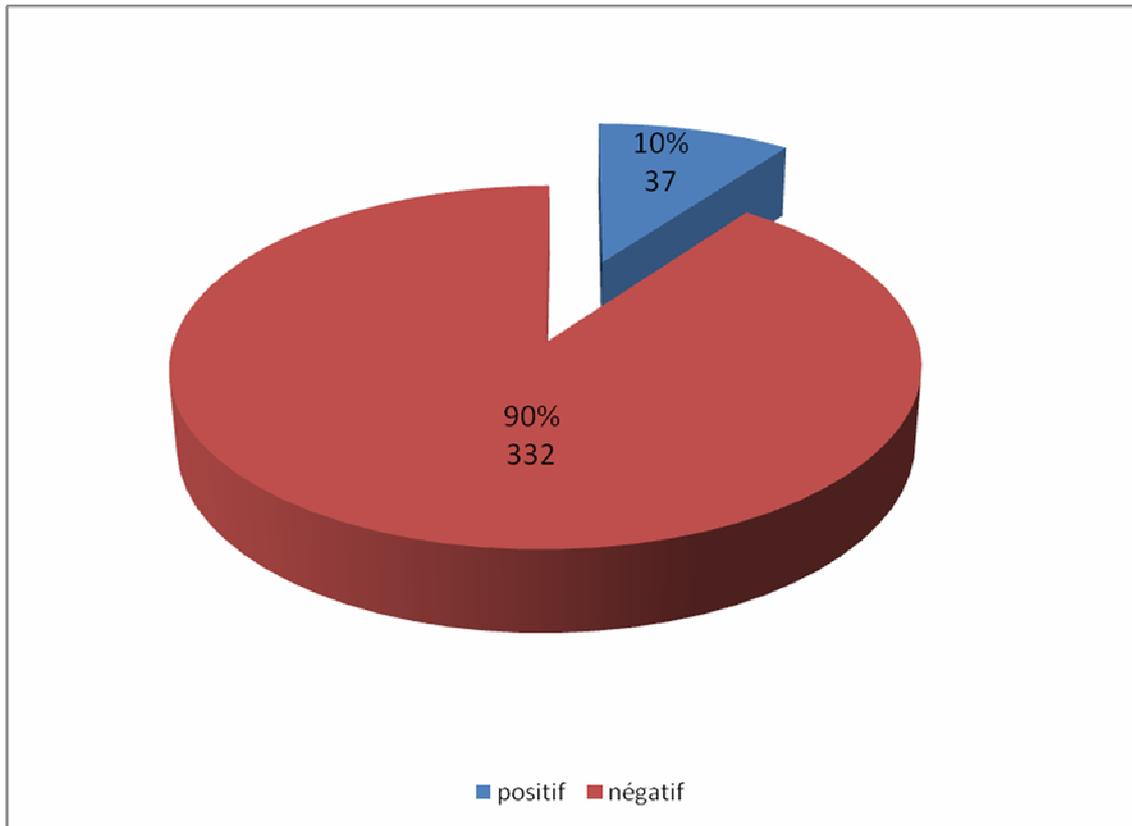


FIGURE19: Répartition des patientes selon le résultat du test

Type du VIH

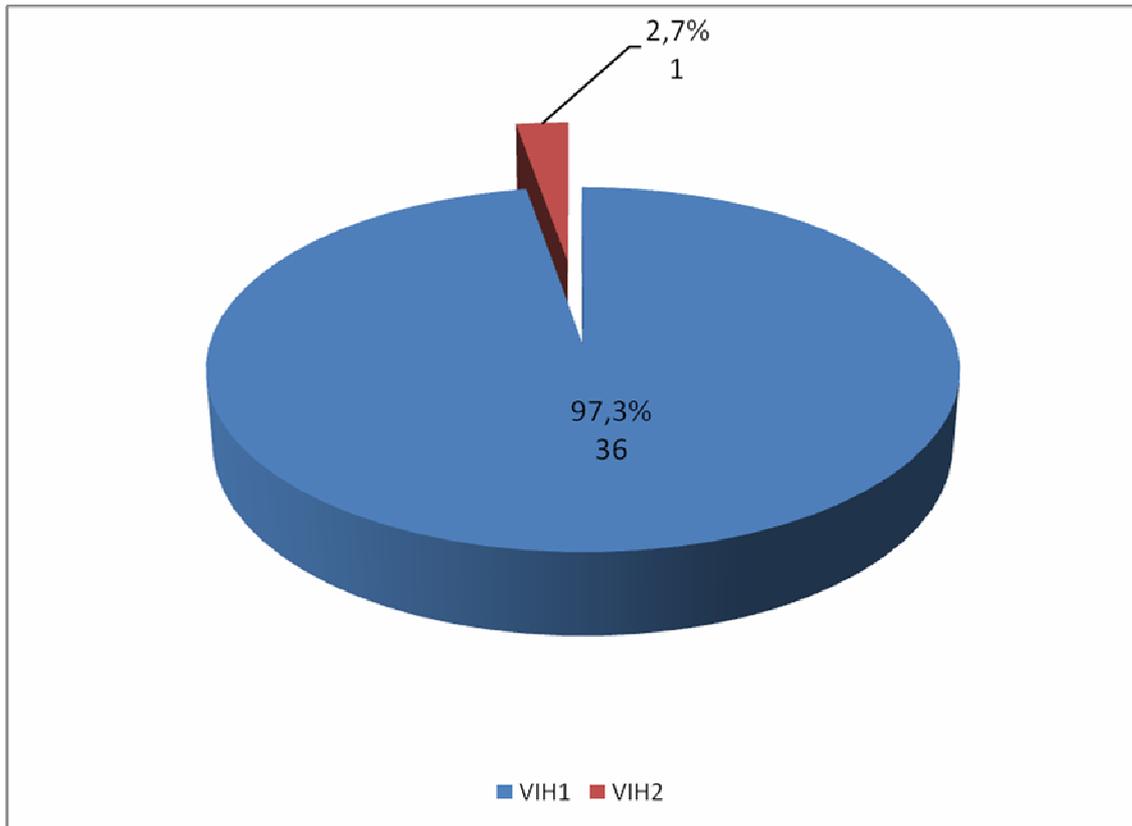


FIGURE20: Répartition des patientes dépistées positives selon le type du VIH.

3-2-2- Attitude des parturientes dépistées positives au VIH

Désir d'informer le partenaire

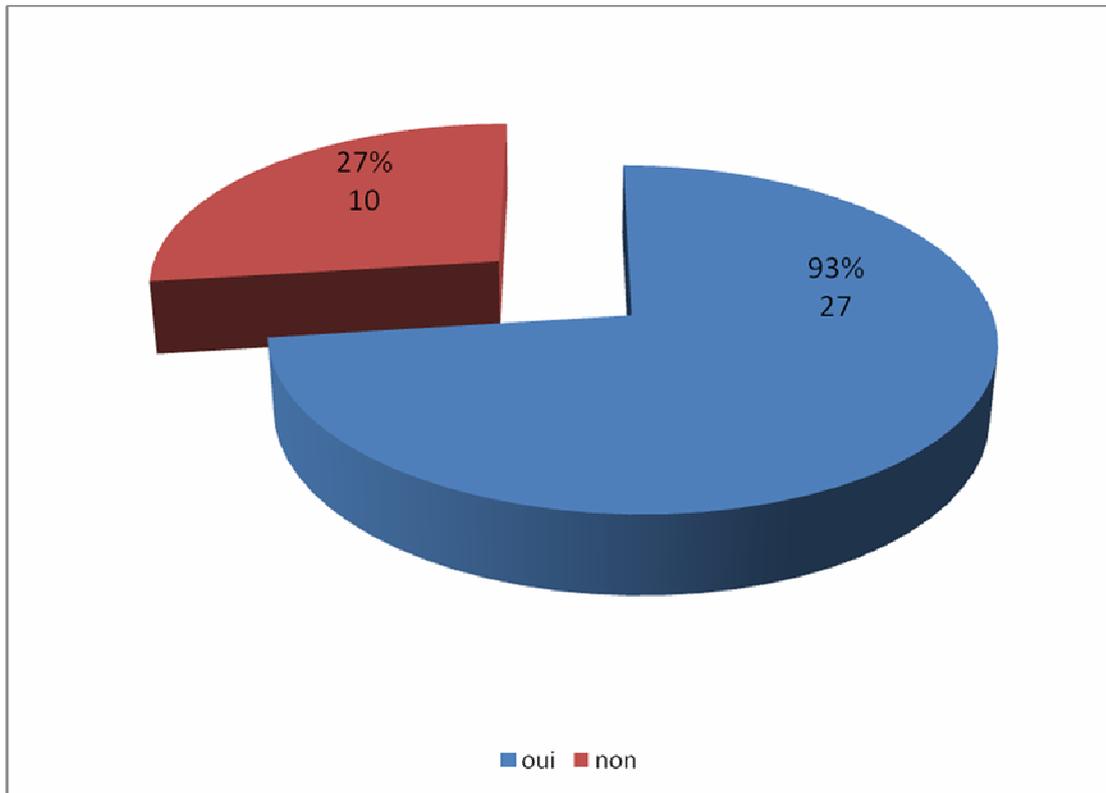


FIGURE21: Répartition des patientes selon le désir d'informer leur conjoint de leur statut sérologique au VIH.

Tableau X: Répartition des patientes dépistées positives selon le motif de refus

d'informer leurs partenaires de leur statut sérologique.

Motif de refus d'informer le partenaire	Effectif	Pourcentage
Peur d'être accusé d'infidélité	5	50
Crainte de divorce	4	40
Honte de l'informer	1	10
Total	10	100

Réaction après l'annonce du résultat

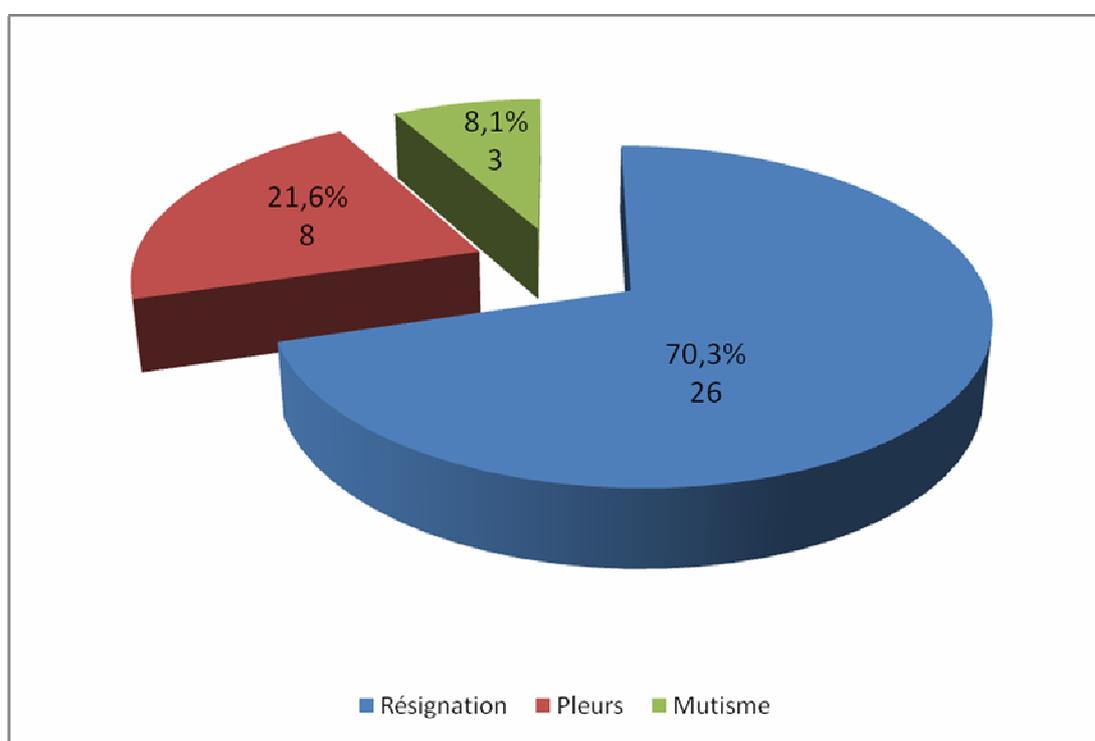


FIGURE22: Répartition des patientes dépistées positives selon leur réaction après l'annonce de leur résultat.

3-3- Description des patientes dépistées positives au VIH

3-3-1- Caractéristiques socio-démographiques :

Age

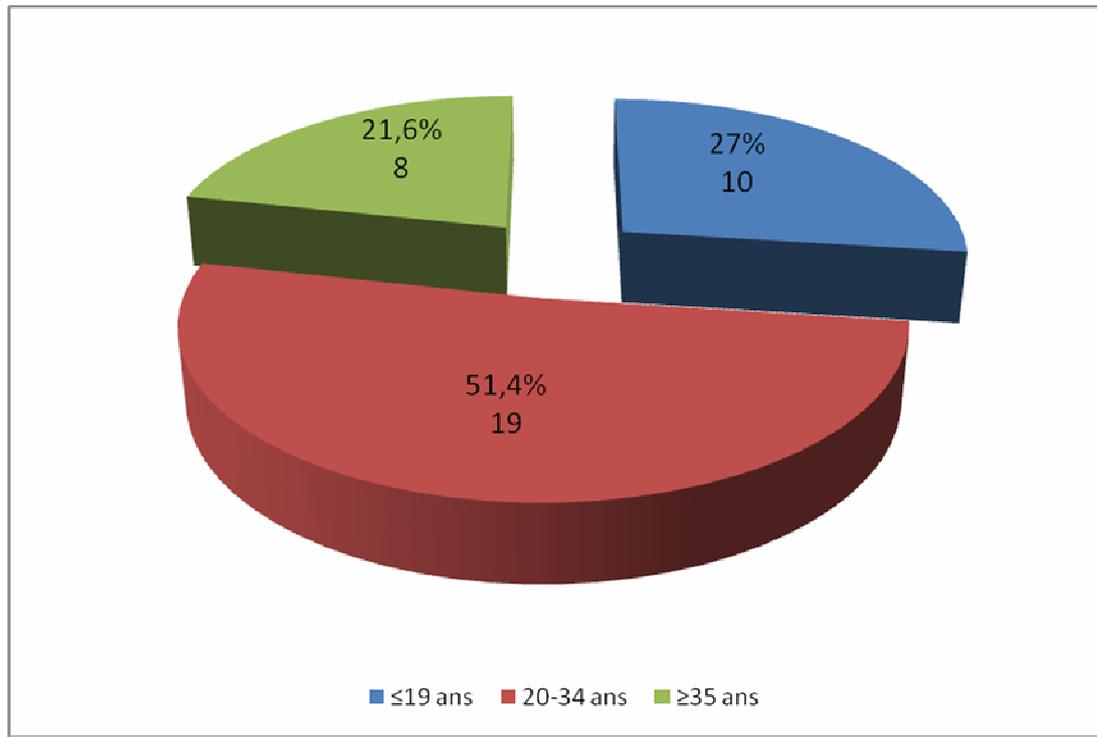


FIGURE23: Répartition des patientes dépistées positives selon leur âge.

Age extrême= 15ans et 41ans ;

Age moyen= 28ans \pm 0,8 ;

Ecart type=0,8 ;

Médiane=2.

Tableau XI: Répartition des patientes dépistées positives selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruite	23	62,2
Primaire	4	10,8
Secondaire	8	21,6
Supérieur	2	5,4
Médorsa	0	0
Total	37	100

Tableau XII: Répartition des patientes dépistées positives selon leur profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Secrétaire	2	5,4
Enseignante	1	2,7
Sans profession	20	54,1
Commerçante/Vendeuse	7	18,9
Elève/ Etudiante	7	18,9
Total	37	100

Tableau XIII: Répartition des patientes dépistées positives selon leur statut matrimonial.

Statut	Effectif	Pourcentage
Célibataire	2	5,4
Mariée	35	94,6
Total	37	100

Régime matrimonial

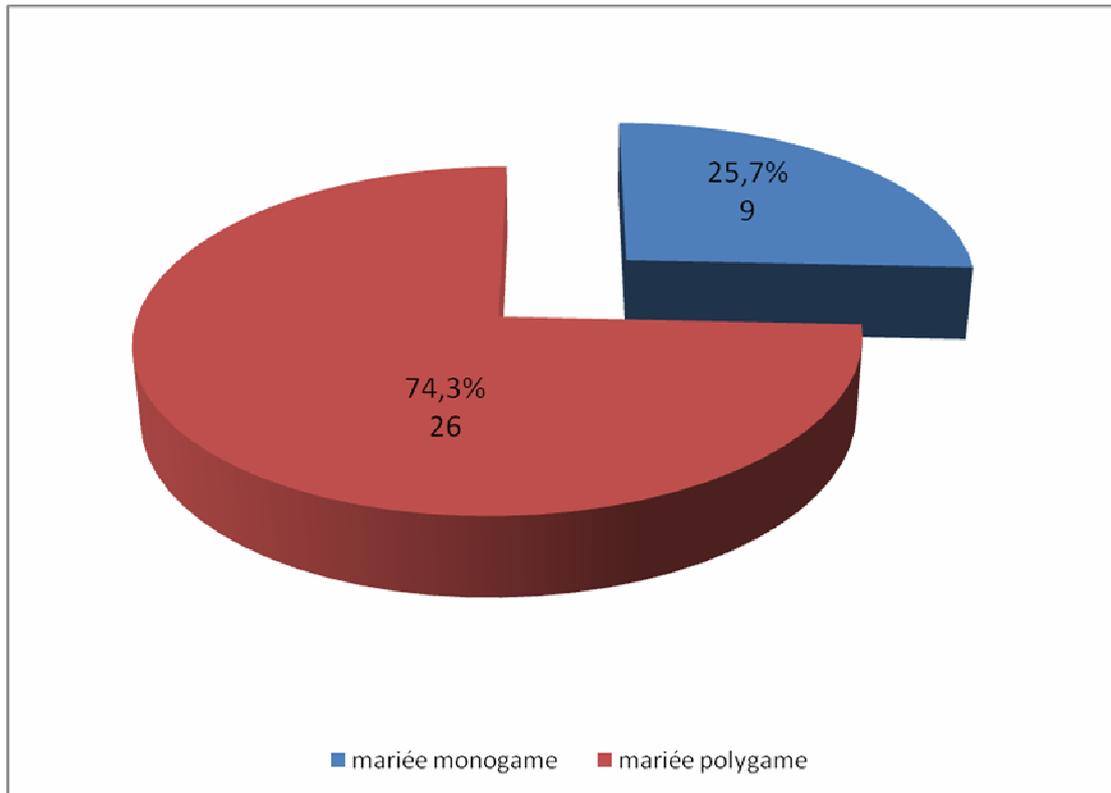


FIGURE24: Répartition des patientes en fonction du régime matrimonial.

Durée de vie commune

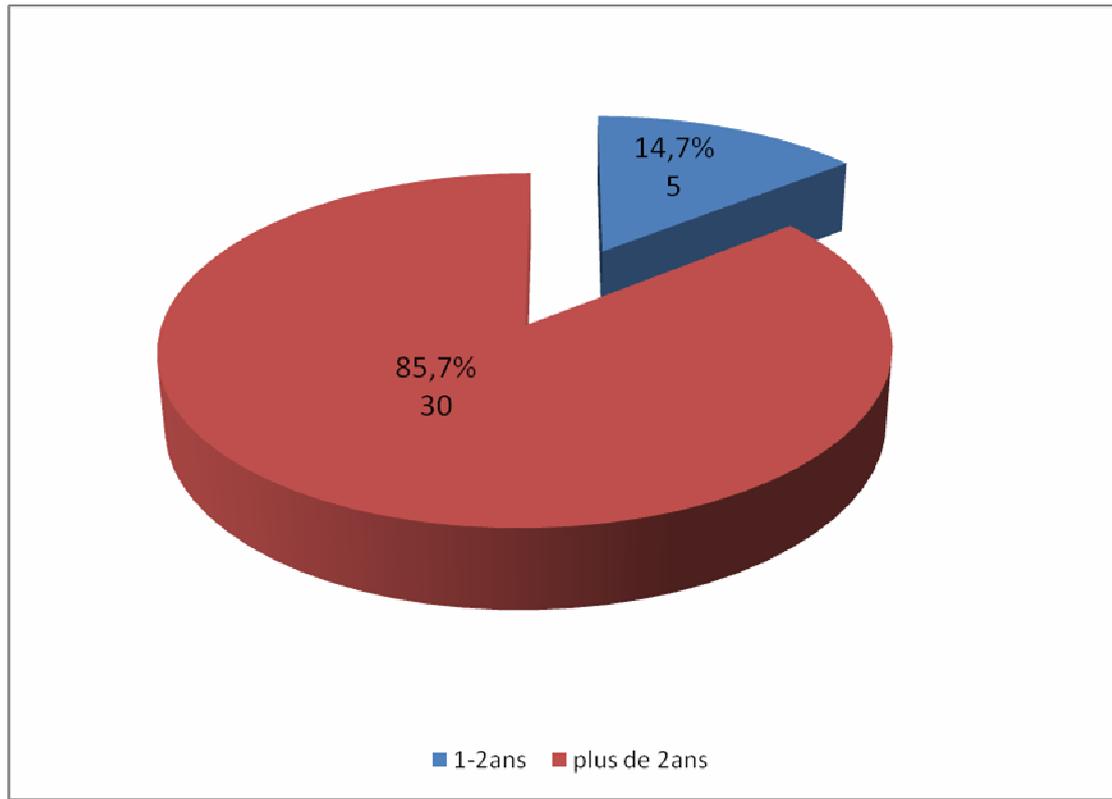


FIGURE25: Répartition des patientes dépistées positives selon leur durée de vie commune.

Tableau XIV: Répartition des patientes VIH positive en fonction de la profession du conjoint.

Profession conjoint	Effectif	Pourcentage
Enseignant	8	21,6
Comptable	3	8,1
Cultivateur	1	2,7
Commerçant	15	40,5
Ouvrier	1	2,7
Artiste	2	5,4
Chauffeur de camion gros porteur	7	18,9
Total	37	100

2-3-2- Les antécédents :

- **Médicaux**

Antécédent de transfusion

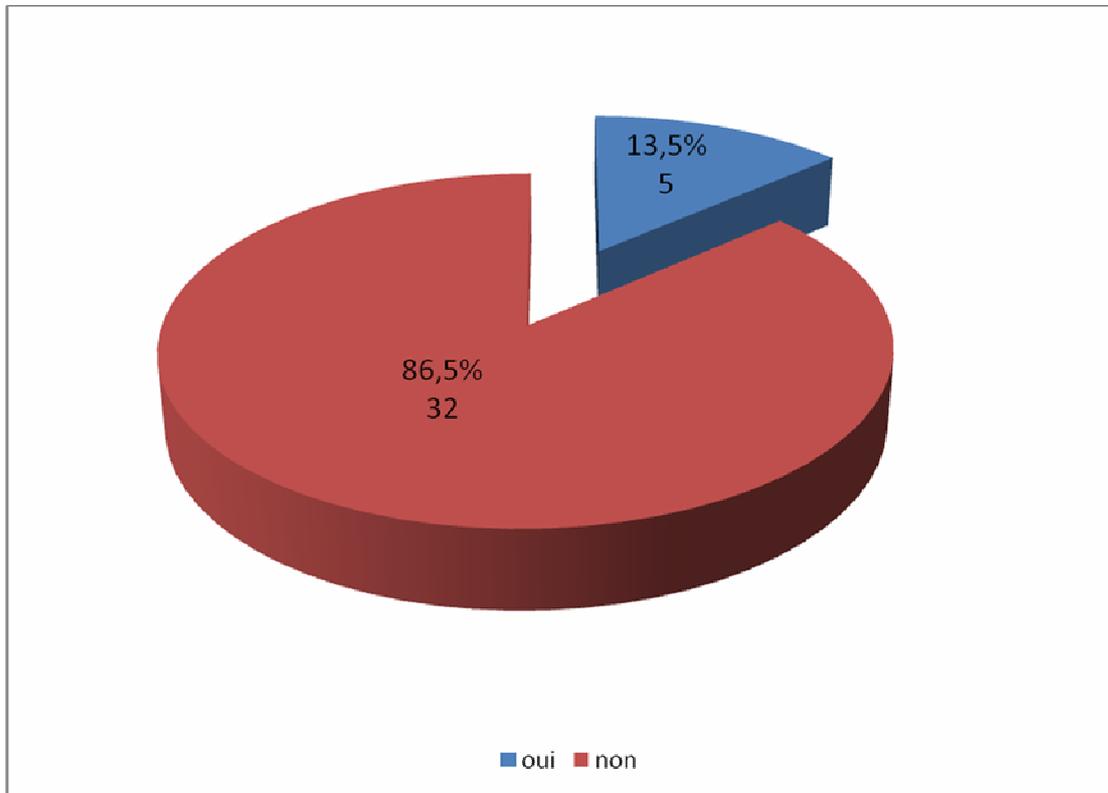


FIGURE26: Répartition des patientes dépistées positives selon l'antécédent de transfusion.

- **Chirurgicaux**

Tableau XV: Répartition des patientes en fonction des antécédents de chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	5	13,5
Appendicectomie	1	2,7
Kystectomie	1	2,7
Myomectomie	0	0
Aucun	30	81,1
Total	37	100

- **Obstétricaux**

Tableau XVI: Répartition des patientes dépistées positives selon leur gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	5	13,5
Paucigeste	15	40,5
Multigeste	17	45,9
Total	37	100

Tableau XVII: Répartition des patientes dépistées positives selon leur parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	5	13,5
Paucipare	17	45,9
Multipare	15	40,5
Total	37	100

Tableau XVIII: Répartition des patientes dépistées positives selon le nombre d'enfant vivant.

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
0	1	2,7
1-5	35	94,6
≥6	1	2,7
Total	37	100

Tableau XIX: Répartition des patientes dépistées positives selon leur antécédent d'avortement.

Avortement	Effectif	Pourcentage
0	2	5,4
1-3	35	94,6
Total	37	100

Tableau XX: Répartition des patientes dépistées positives selon le nombre d'enfant décédé.

Enfant Décédé	Effectif	Pourcentage
0	2	5,4
1-3	35	94,6
>3	0	0
Total	37	100

Tableau XXI: Répartition des patientes dépistées positives selon leur antécédent de mort né.

Mort né	Effectif	Pourcentage
Oui	1	2,7
Non	36	97,3
Total	37	100

3-3-3- Prise en charge

- **Pendant la grossesse**

Réalisation des CPN

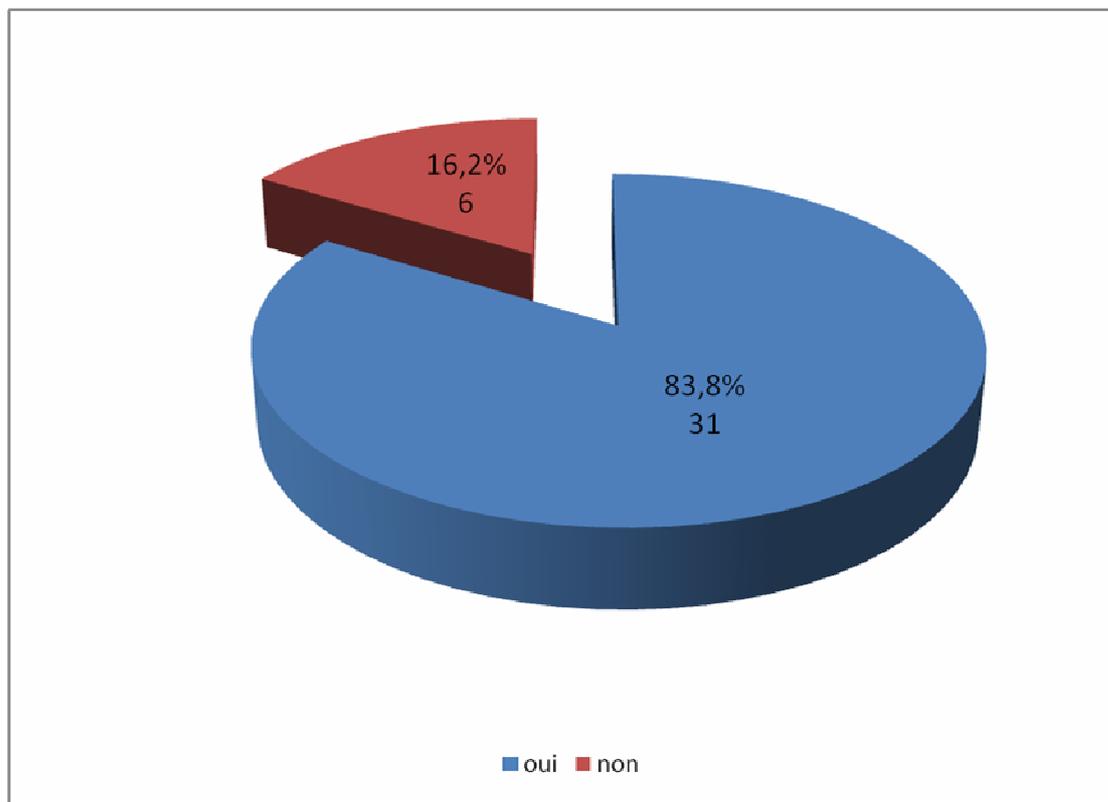


FIGURE27: Répartition des patientes dépistées positives en fonction de la réalisation de la CPN.

Tableau XXII: Répartition des patientes dépistées positives selon le lieu des CPN.

Lieu des CPN	Effectif	Pourcentage
CSREF CV	11	35,5
CSCOM de la CV	12	38,7
Cabinets et Clinique de la CV	8	25,8
Total	31	100

Nombre de CPN

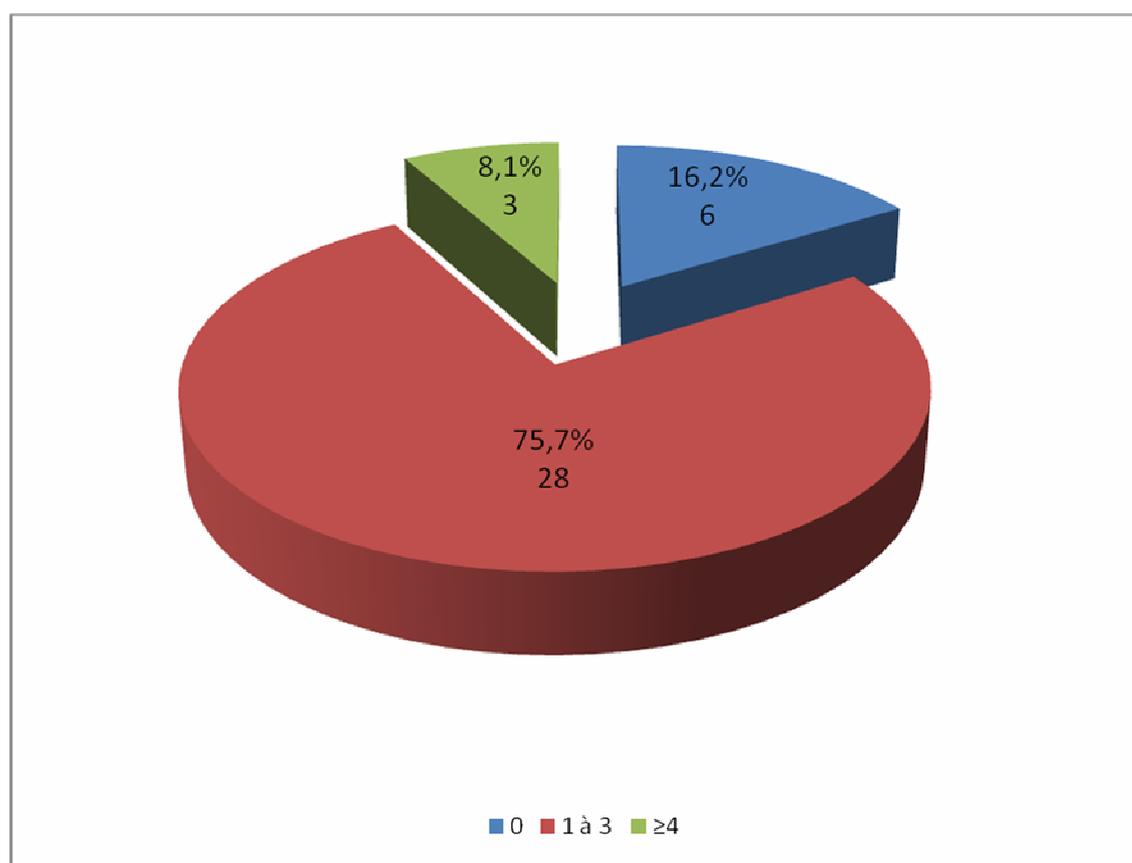


FIGURE28: Répartition des patientes dépistées positives selon le nombre de CPN.

Tableau XXIII: Répartition des patientes dépistées positives selon l'auteur des CPN.

Auteur des CPN	Effectif	Pourcentage
Sage femme	18	58,1
Gynécologue-obstétricien	6	19,4
Etudiant en année de thèse	2	6,4
Médecin généraliste	3	9,7
Non identifié	2	6,4
Total	31	100

Tableau XXIV: Répartition des patientes dépistées positives selon l'administration du VAT au cours de la grossesse.

VAT	Effectif	Pourcentage
Oui	28	75,7
Non	9	24,3
Total	37	100

- **Pendant le travail**

Tableau XXV: Répartition des patientes dépistées positives selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Non transférée	36	97,3
Transférée	1	2,7
Total	37	100

Tableau XXVI: Répartition des patientes dépistées positives selon l'âge gestationnel.

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
28-36 SA+6jours	3	8,1
≥37 SA	34	91,9
Total	37	100

Tableau XXVII: Répartition des patientes VIH positif en fonction du traitement reçu.

Molécules	Effectif	Pourcentage
AZT	6	16,2
AZT+NVP	30	81,1
Aucun	1	2,7
Total	37	100

Tableau XXVIII: Nombre de patientes ayant reçue un traitement ARV pendant le travail.

Molécules	Effectif	Pourcentage
Oui	36	97,3
Non	1	2,7
Total	37	100

NB : La seule patiente qui n'a pas reçu de traitement est celle dont le dépistage a été fait après l'accouchement.

Type de rupture des membranes

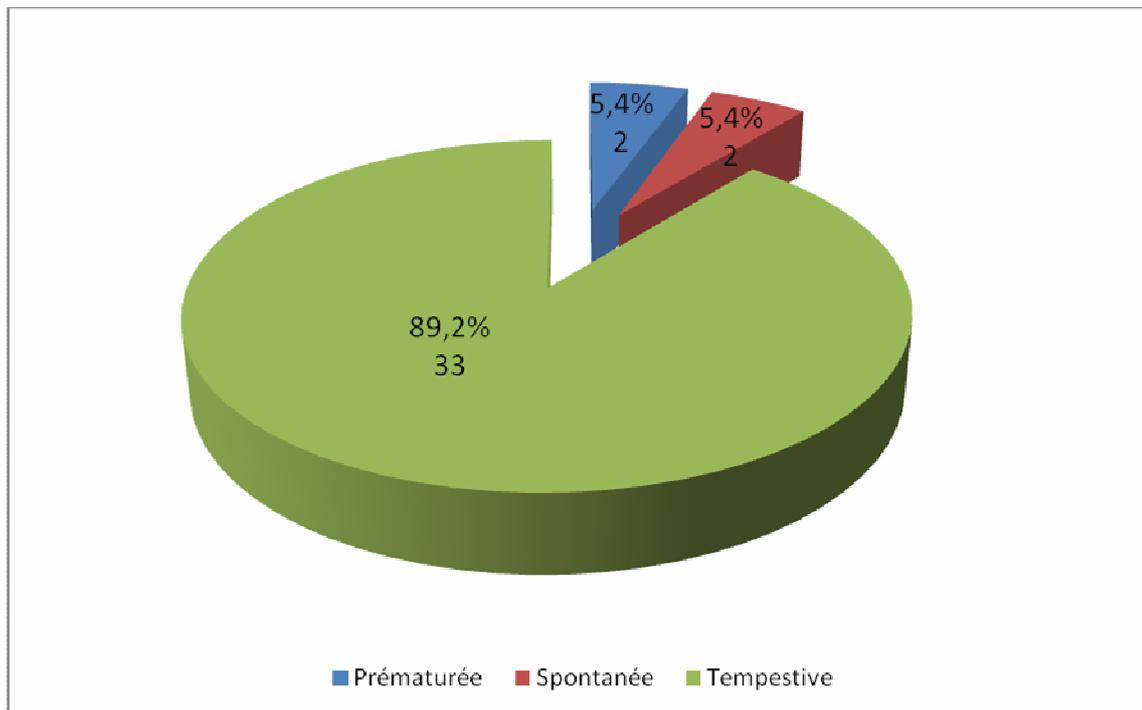


FIGURE29: Répartition des patientes VIH positive en fonction du type de rupture des membranes.

Durée de l'ouverture de l'œuf

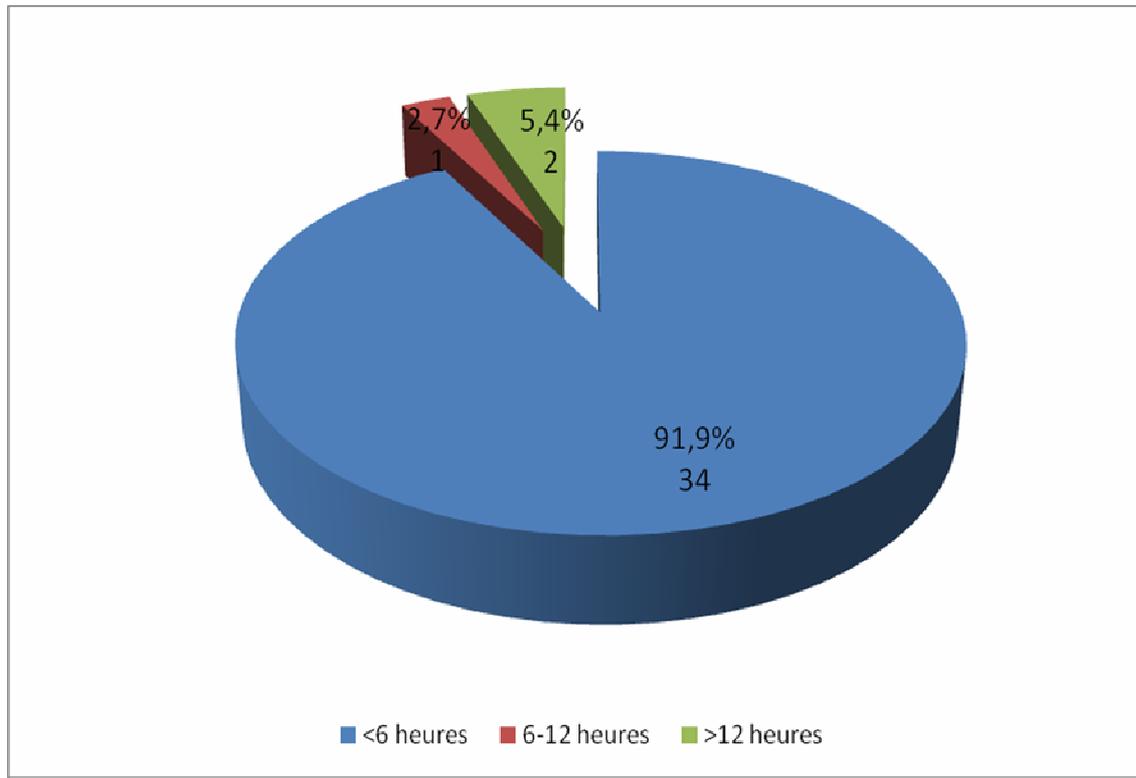


FIGURE30: Répartition des patientes VIH positive en fonction de la durée de l'ouverture des membranes.

Voie d'accouchement

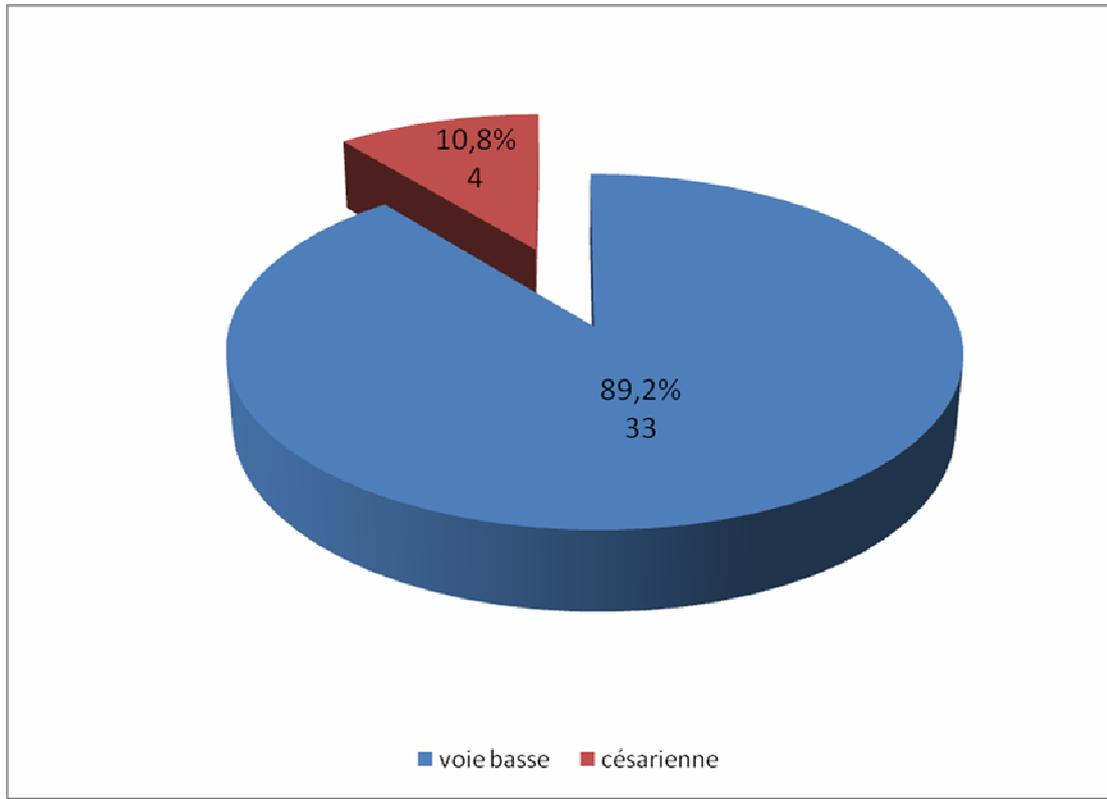


FIGURE31: Répartition des patientes VIH positive en fonction de la voie d'accouchement.

NB : les indications de césarienne ont été :

- Bassin généralement rétréci= deux (2) ;
- Souffrance fœtale aigue= un (1) ;
- Utérus cicatriciel sur bassin limite= un (1).

Tableau XXIX: Répartition des patientes VIH positive selon le mode de délivrance.

Délivrance	Effectif	Pourcentage
Extemporaneé (césarienne)	4	10,8
Active	33	89,2
Total	37	100

3-3-4- Suivi post partum immédiat:

Nous n'avons pas enregistré de cas de complication de la période de post partum immédiat.

4-3-5- Caractéristiques des nouveau-nés de mères dépistées positives au VIH:

Tableau XXX: Répartition des patientes VIH positif selon le sexe du nouveau-né.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	16	43,2
Féminin	21	56,8
Total	37	100

Tableau XXXI: Répartition des nouveau-nés de mères VIH positif selon leur état à la naissance.

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	36	97,3
Mort-né macéré	1	2,7
Total	37	100

Tableau XXXII: Répartition des nouveau-nés de mères VIH positif selon le score d'Apgar à la naissance.

Score Apgar	Effectif	Pourcentage
0	1	2,7
1-3	0	0
4-7	1	2,7
8-10	35	94,6
Total	37	100

NB : un nouveau-né grand prématuré avait un apgar morbide à 5.

Tableau XXXIII: Répartition selon le poids du nouveau-né de mère VIH positif.

Poids	Effectif	Pourcentage
<2500g	3	8,1
2500-3999g	34	91,9
Total	37	100

Les extrêmes : 1200g et 3800g, poids moyen= 2700g.

Tableau XXXIV: Répartition en fonction du terme du nouveau-né de mère VIH positive.

Terme	Effectif	Pourcentage
Prématuré hypotrophe	3	8,1
A terme normotrophe	34	91,9
Total	37	100

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

Réanimé	Effectif	Pourcentage
Oui	1	2,7
Non	36	97,3
Total	37	100

Tableau XXXVI: Répartition selon le lieu du transfert du nouveau-né.

Référence nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Néonatalogie du CSRéf CV	34	94,4
Néonatalogie du CHU Gabriel TOURE	2	5,6
Total	36	100

NB : deux nouveau-nés grands prématurés ont été transférés à la néonatalogie du CHU Gabriel TOURE.

Tableau XXXVII: Répartition des nouveau-nés de mère séropositive en fonction du traitement ARV reçu en post natal immédiat.

Traitement ARV	Effectif	Pourcentage
AZT+NVP	35	97,2
AZT+3TC+NVP	0	0
Aucun	1*	2,8
Total	36	100

NB : C'est le nouveau-né grand prématuré qui a été transféré à la néonatalogie du CHU Gabriel Touré pour souffrance néonatale et n'était pas à mesure de prendre un sirop.

Mode d'allaitement

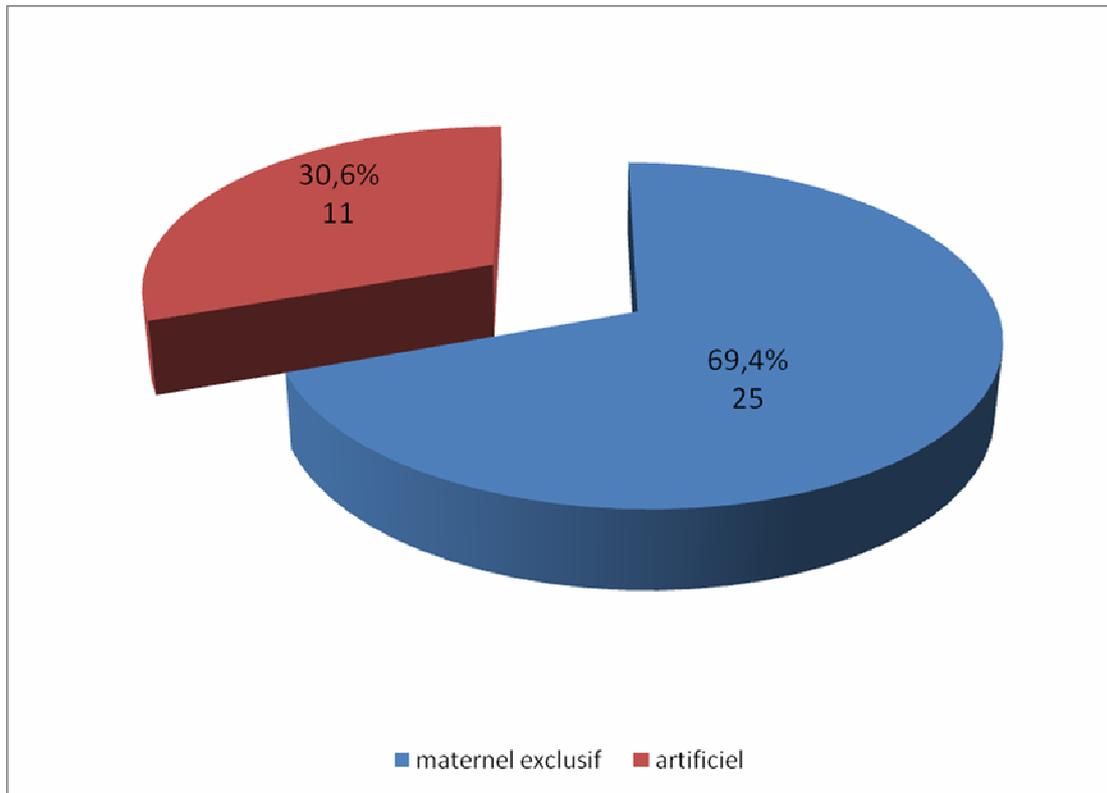


FIGURE32: Répartition des nouveau-nés de mères VIH positif selon le mode d'allaitement.

Pronostic périnatal

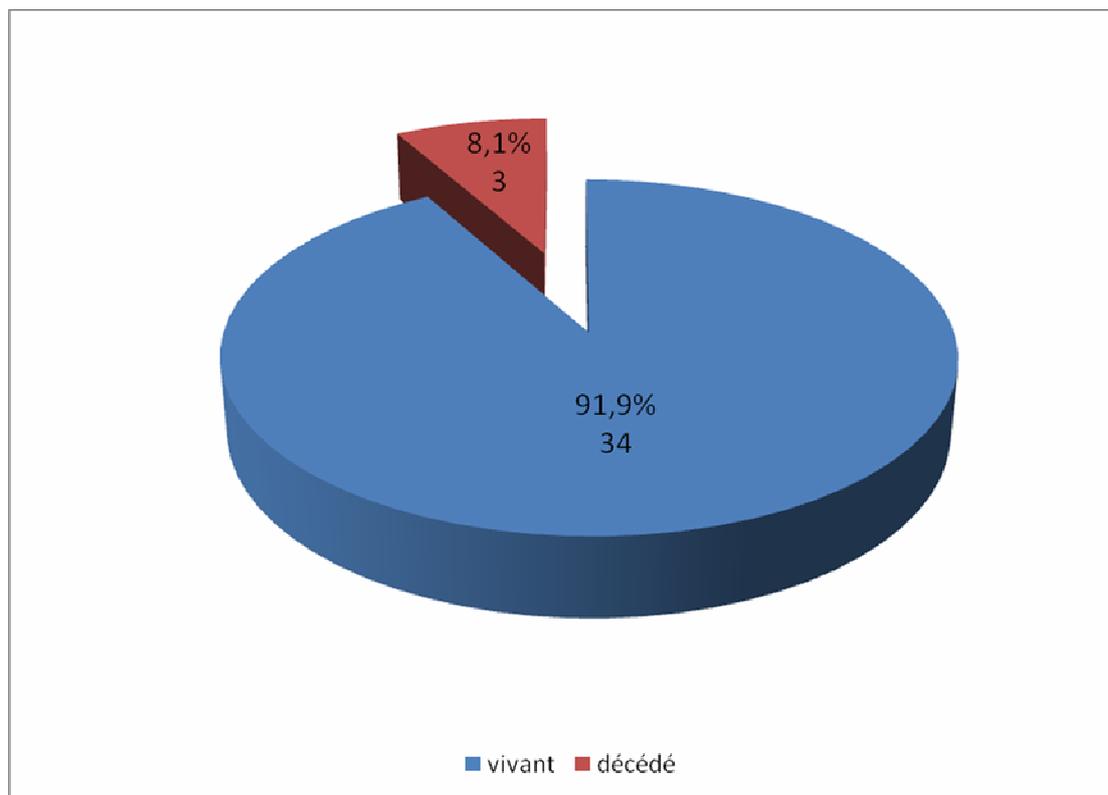


FIGURE33: Répartition des nouveau-nés de mères VIH positif selon le pronostic périnatal.

NB : Les deux décès néonataux précoces (J1-J7) concernaient les deux grands prématurés.

VI- COMMENTAIRES

1- Population d'étude

Caractéristiques sociodémographiques, les antécédents et le suivi de la grossesse

Notre échantillon était composé de patientes de 14 à 40 ans. Nous avons observé une importante représentation de la tranche d'âge 20-34 ans avec 42,8%, la moyenne d'âge était à 27 ans et des extrêmes 14 ans et 40 ans, 58,8% des patientes étaient non scolarisée et les sans profession étaient majoritaire dans notre échantillon avec 68,2% ceci est en accord avec plusieurs auteurs au Mali [63], 97% étaient mariées dont 65,9% en régime polygamique de même qu'au cours de certaines études [63]. Les multigestes et les multipares ont dominé notre échantillon avec respectivement 50,4% et 45,5% ; seulement 4,9% n'avaient pas effectué de CPN, 51,3% des patientes étaient suivies dans les CSCOM de la commune V, 88,6% des patientes étaient suivi par des sages femmes.

Seulement 7% des parturientes ont été évacuées et la dilatation stationnaire a été le motif le plus fréquent avec 38,5%.

2- Conseil dépistage du VIH/SIDA

2-1- Niveau de connaissance des parturientes sur le VIH/SIDA

Dans notre étude 98,9% des patientes avaient une information sur le VIH/SIDA contre 1,1% patientes qui n'avaient pas d'information. Cependant les raisons évoquées pour refuser le dépistage ont été : la nécessité d'avoir l'avis du partenaire représentait 36,3%, suivi de la crainte de divorce avec 27,3%.

Ces résultats sont comparables aux résultats obtenus par Megni Gbeto-Obey al en 2002 [81]. Le dépistage au VIH avait été proposé mais refusé par 5 patientes soit 1,4% et les raisons évoquées ont été la nécessité d'avoir l'avis de leur partenaire avec 60%, la peur du résultat et le mauvais accueil du personnel avec 20% chacun ; 86,7% des patientes avaient fait leur CPN dans un lieu de site de PTME mais le counseling/dépistage n'a pas été proposé au cours de la CPN. Le taux de réalisation du test de dépistage de l'infection par le VIH était de 97,1% au cours de notre étude. Ce résultat peut être comparé aux résultats obtenus au cours des travaux antérieurs : Ladner et al en 1992-1993 à Kigali (Rwanda) ont obtenu 90% de taux d'acceptation [27].

Megni Gbeto-Obey et al en 2002 au Bénin ont obtenu 74,8% de taux d'acceptation [81].

Heyward et al ont obtenu 53,56% du taux d'acceptation à l'hôpital Mamayomo de Kinshasa (RDC) [27].

Le Professeur François David et al en Aout-Octobre 1997 ont obtenu :

- Au Burkina Faso 76% de taux d'acceptation
- En Cote d'Ivoire (I) et (II) 46% et 49%
- Au Kenya 69%
- Malawi (I) et (II) 36% et 61%
- South Africa 95%
- Tanzanie 75%
- Zambie 85%
- Zimbabwe 33%
- Thaïlande 68% [25].

2-2- Attitudes des parturientes dépistées positives au VIH

Dans notre étude 27% des patientes séropositives déclaraient n'avoir pas l'intention d'informer leur partenaire, les principales raisons évoquées étaient : la crainte de divorce dans 40% et de l'accusation d'infidélité dans 50%. Ces taux sont inférieurs aux taux observés dans une autre étude menée auprès d'une population de Kinshasa (RDC) où les taux étaient de 63% et 86% [27].

Les principales réactions observées à l'annonce de la séropositivité étaient : la résignation dans 70,3%, les pleurs avec 21,6% et le mutisme avec 8,1%. Ce résultat est en accord avec celui obtenu au Bénin [81].

3- Patientes dépistées positives :

3-1- Prévalences

Au cours de notre étude nous avons enregistré 37 patientes dépistées positives sur 369 ayant acceptées soit une fréquence de 10%. Ce résultat peut être comparé au résultat obtenu par KONE K en 2001 et DAFPE B en 2002 à Bamako, où les taux étaient de 9,1% et 7,19% [63].

3-2- Caractéristiques socio-démographiques

3-2-1- Age :

Dans notre étude la tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 51,4%, les âges ≤ 19 ans représentaient 27%. Ceci s'explique par le fait que la tranche d'âge 20-34 ans est la plus active de la population.

L'âge moyen des patientes dépistées positives était de 28ans avec des extrêmes de 15 ans et 41 ans. La population frappée est jeune d'où un risque de crise de développement et de crise démographique.

Pour SAMAKE S [77] : l'âge moyen des accouchées séropositives était de 27ans.

Pour Amina H [1] : l'âge moyen des accouchées séropositives était de 26,4%.

Une étude faite en 1992 sur les femmes de Bamako et de Sélingué [54] a trouvé que plus de 70% des cas VIH positif se rencontraient dans la tranche d'âge de 17-37 ans.

Pour MAIGA MY au Mali [53] et TRAORE S [80] la majorité des cas VIH positif dans leur étude se trouvait dans la tranche 26-35 ans ce même résultat a été obtenu par SAMAKE S [77].

DIALLO MS et al [28] en Guinée ont trouvé un âge moyen de 24,5 ans.

3-2-2- Statut matrimonial :

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec une fréquence de 94,6% dont 74,3% en régime polygamique. Ceci s'explique par le fait que la plupart des femmes en âge de procréer sont déjà mariées dans le contexte africain en général et malien en particulier.

Dans son étude sur les MST MAIGA MY [53] a trouvé que les mariées sont les plus touchées.

3-2-3- Niveau d'instruction :

La majorité des patientes dépistées positives n'était pas instruite avec une fréquence de 62,2% ou avait tout au plus un niveau secondaire soit 21,6%. Ce taux élevé a certainement joué un rôle prépondérant dans la compréhension et l'adhésion de certaines femmes aux activités de PTME.

SAMAKE S a trouvé que 58,33% des parturientes séropositives n'étaient pas scolarisées [77].

3-2-4- Profession :

Les sans profession ont prédominé dans notre étude avec une fréquence de 54,1% suivies des commerçantes/Vendeuses et Elève/Étudiantes avec 18,9% et 18,9% des cas. Ceci s'explique par le fait que la grande majorité des femmes dans notre pays est représentée des sans professions ce qui est un facteur favorisant de faire encore beaucoup plus d'enfant que les autres.

BAGAYOKO A [3] trouve dans son étude 65,3% de sans profession.

Pour AMINA A [1] les Commerçantes/vendeuses étaient les plus représentées avec 40,1%.

3-2-5- Profession du conjoint :

Les commerçants ont été les plus représentés avec 40,5% suivi des enseignants avec 21,6% puis les chauffeurs de camion avec 18,9%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le Commerce est une profession à risque élevé.

3-3- Antécédents

3-3-1- Médicaux :

La notion de transfusion sanguine a été retrouvée chez 13,5% des parturientes.

Il existe toujours un risque infectieux résiduel lié à la fenêtre sérologique précédant la séroconversion, période pendant laquelle on ne peut détecter par la recherche des anticorps un sujet récemment contaminé.

3-3-2- Chirurgicaux :

Les antécédents de césarienne, d'appendicectomie et de kystectomie ont été respectivement retrouvés chez 13,5% ; 2,7% et 2,7% des femmes.

3-3-3- Obstétricaux :

3-3-3-1- Gestité :

Les multigestes ont été les plus dominantes avec 45,9% suivies des paucigestes avec 40,5% ; les primigestes 13,8%.

SAMAKE S a trouvé [77] : paucigeste 38,89% ; primigestes 25% ; grandes multigestes 19,44% et multigestes 16,67%.

Amina H a trouvé [1] : paucigestes 44,4% ; primigestes 29,6% ; multigestes 23,2% et grandes multigestes 2,8%.

Ndayishimiyé J. a trouvé une gestité moyenne de 3 [67].

Diouf A à Dakar a trouvé également une gestité moyenne de 3 [29].

Pour BAGAYOGO A [3] les paucigestes ont été les représentées avec 47,2% suivies des multigestes.

BOIRE A [10] dans son étude a trouvé que les multigestes étaient les plus fréquentes.

3-3-3-2- Parité :

Dans notre étude nous avons enregistré 45,9% de paucipares et 30,5% de multipares.

SAMAKE S [77] a trouvé 30,56% de multipares.

Pour Amina H [1] les nullipares et les primipares ont représenté 71% avec une parité moyenne de 1.

Une étude réalisée par Ndayishimiyé J. [67] dans le cadre de la TME du VIH à HOMEL a montré le même résultat.

3-4- Prise en charge

3-4-1- Pendant la grossesse

CPN :

Dans notre étude 83,8% des parturientes dépistées positives avait réalisé au moins 3 CPN soit un taux de 75,7% et 64,5% ont effectué leur CPN dans une autre structure et sont venues accouchées dans notre centre. La majorité de ces femmes était suivie par des sages femmes avec un taux de 54,1% puis les gynécologues obstétriciens avec 27%. Pour Amina H [1] 55% des femmes ont effectué au moins 3 CPN.

Cette assiduité aux CPN a été aussi observée au Togo dans le cadre d'activité de PETRAME [65].

3-4-2- Pendant le travail

3-4-2-1- Mode d'admission

Dans notre étude 97,3% des parturientes VIH positif sont venue d'elle-même seulement 2,7% ont été évacuée.

3-4-2-2- Traitement de la parturiente VIH positif

Dans notre étude 81,1% des parturientes dépistées positives ont bénéficié d'une bithérapie à base d'AZT+NVP contre 18,9% qui ont reçu seulement l'AZT ceci est due au fait la NVP n'était pas disponible en ce moment dans la salle d'accouchement.

3-4-3- Accouchement

3-4-3-1- Mode d'accouchement

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 89,2%. La césarienne a représenté 10,8% des cas. L'indication des césariennes n'était en rapport avec la séropositivité.

BAGAYOKO A [3] a trouvé 83,9% d'accouchement par voie basse et 16,1% de césarienne.

Le rôle protecteur de la césarienne est controversé [56]. Dans la cohorte française portant sur 1632 enfants, le taux de transmission ne diffère pas significativement selon que l'accouchement ait lieu par voie basse, par césarienne au cours du travail ou par césarienne programmée à membranes intact [56].

3-4-3-2- L'état des membranes

La grande majorité des parturientes soit 94,8% ont été admises avec des membranes intactes dans la salle de travail. Celles-ci sont restées intactes jusqu'à dilatation complète.

La rupture prématurée des membranes a concerné 3 patientes soit 5,4%.

3-4-3-3- Temps entre la rupture des membranes et l'accouchement

Le temps entre la rupture des membranes et l'accouchement était inférieur à 6heures chez 91,9% des femmes.

Pour Amina H [1] la durée moyenne de rupture était de 6 heures.

Bazet A [5] au cours d'une étude n'a pas noté d'association statistiquement significative entre la durée des ruptures et la transmission du VIH à l'enfant.

Selon Leroy V [50] la transmission augmente de façon linéaire en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf.

3-4-4- Pronostic maternel dans les suites de couches immédiates

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

3-5- Caractéristiques du nouveau-né

3-5-1- Score d'apgar

Le score d'apgar reflète le pronostic immédiat du nouveau-né dès les cinq premières minutes. Au cours de notre étude 94,6% des nouveau-nés avaient un score d'apgar compris entre 8-10 ; 2,7% un score compris entre 4 et 7.

Nous avons enregistré un cas de mort né macéré soit 2,7%.

Le nouveau-né qui avait un score d'apgar entre 4 et 7 a bénéficié d'une réanimation au sein de notre unité de néonatalogie avant sa référence à l'hôpital Gabriel TOURE.

3-5-2- Traitement des nouveau-nés de mère séropositive

Dans notre étude 97,2% des nouveau-nés de mères séropositives ont bénéficié d'une bithérapie faite d'AZT et NVP.

La Lamivudine ou 3TC n'était pas disponible dans la salle d'accouchement.

3-5-3- Paramètres du nouveau-né

Dans notre étude les nouveau-nés de poids normal ont été les plus nombreux avec une fréquence de 91,9%. Les nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500g avaient représenté 8,1%.

Le poids moyen de naissance était de 2700g.

Diouf A et al [29] à Dakar ont trouvé un moyen de naissance de 2314g.

Sombie I et al [79] ont rapporté un poids moyen de naissance de 2831g des nouveau-nés de mères séropositives contre un poids de naissance de 2896,6g de nouveau-nés de mères séronégatives.

Trois cas de prématurité soit 8,1% ont été recensés. Sombie et al [79] ont trouvé 8,1% de nouveau-nés prématurés de mères infectées par le VIH contre 3,6% de nouveau-nés prématurés de mères séronégatives.

En Europe et Etats Unis, le taux d'accouchement prématuré chez les femmes infectées est environ 10% [55].

3-5-4- Mode d'allaitement

Dans notre étude 69,4% ont adopté l'allaitement maternel exclusif.

3-5-5- Référence nouveau-né

Dans notre étude 97,3% des nouveau-nés de mère séropositive ont été référés dont 91,9% à la pédiatrie du service pour leur suivi et 5,4% au CHU Gabriël Touré.

3-5-5- Pronostic périnatal des nouveau-nés

Dans notre étude 91,9% des nouveau-nés étaient vivants à leur première semaine de vie.

La létalité foetale totale s'élève à 8,1% soit 3 cas : 1 mort né macéré et 2 décès de nouveau-né dans leur première semaine de vie.

VII- CONCLUSION

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

Malgré la multiplication des sites de PTME à travers le pays en général et en commune V en particulier beaucoup de patientes continuent d'échapper au counseling/dépistage du VIH/SIDA pour des raisons diverses et variées.

Beaucoup d'efforts doivent être menés dans ce sens : à savoir la formation du personnel en PTME et surtout le dépistage en salle d'accouchement. Ceci contribuera à fléchir davantage la courbe de prévalence de cette pandémie.

VIII- RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités sanitaires et politiques

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

Au centre de santé de référence de la commune V

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

Aux populations

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

Au personnel de santé

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

REFERENCES

- 1- Amina H.** Evaluation de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA au cours de l'accouchement à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune de Cotonou. Thèse médecine : Bamako, 2005 ; 96 : p 105.
- 2- Anonyme.** Etude de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH au Mali. Bamako, Août 1995.
- 3- Bakayoko A.** Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positif à HGT. Thèse médecine : Bamako, 2004 ; 68 : p 48.
- 4- Barbara A., Steve S.** Maternal Weightgain pattern and buth weigth. *Obstet gynecol* 1999; 86: p163-9.
- 5- Bazet A.** Evaluation des facteurs de risqué de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Mémoire santé publique Montréal 1995.
- 6- Belemou B.** Les manifestations respiratoires du SIDA pédiatrique au CHU Gabriel Touré à propos de 141 cas. Thèse de médecine: Bamako 2002- p112.
- 7- Benoît N., Konan K., Betal C.** L'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer à Sassandra en Côte d'Ivoire. *Cahier santé* 1993 ; 3 : p31-6.
- 8- Berebi A.** Le SIDA au féminin. Edition DOIN Paris 2001 ; 308 : 204-205.
- 9- Blanche S.** L'infection à VIH de la mère et de l'enfant. Flammarion, Médecine sciences. Paris 1998 ; 22-24.
- 10- Boiré A.** Prévalence du taux de VIH chez les femmes césarisées à la maternité de l'HGT. Thèse médecine : Bamako, 1999 ; 16 : p88.
- 11- Bongain A, Monpoux F, Bernard E, Gillet J.Y.** Antirétroviraux et prophylaxie de la transmission maternofoetal du VIH, stratégies actuelles et futures. *Archives de pédiatrie* Mai 1999 ; Vol.6.Nº5 :497-604.
- 12- Bouchaud O, Fontainet A, Niyongabo T.** Particularités de l'infection VIH en zone tropicale. *Doin Edit* 2001 ; 61-70.

- 13- Boyer P.J, Dillon M, Navoie M and Al.** Factors predictive of maternal-fetal transmission of HIV1: preliminary analysis of Zidovudine given during pregnancy and /or delivery.
JAMA 1994, VIH Edition 2004; 271:1925-1930.
- 14- Braddick M, Kreiss J, Embree J et Al.** Impact of maternal HIV infection on obstetrical and neonatal out come. AIDS 1990; 4:1001-5.
- 15- Brun-Venizet F, Katlama C, Cevninck D et Al.** Lymphadenopathy associated virus type 2 (LAV2). III^{ème} conférence sur le SIDA, Washington D.C 1987.
- 16- Bryson Y, Luzuraga K, Sullivan JL et Al.** Proposed definition for in utero versus intrapartum transmission of VIH1.N.Engl J. med 1992; 327:1246-47.
- 17- Chaibou M.** Particularités cliniques du sida en milieu hospitalier pédiatrique au Mali. Thèse Méd., Bamako, 1991; p98.
- 18- Colson P.** Le virus du VIH.
WWW.msn.encarta.fr/encyclopédie/syndromed'immunodéficienceacquis/diagnostic.01/06/2004.
- 19- Connor SE, Sperling R, Gelber R et Al.** Reduction of maternal-infant transmission of HIV1 with Zidovudine traitement. N Engl j. Med.1994; 331: 1173-80.
- 20- Cours dispensé dans le cadre de la formation continue.**
<http://www.unimedia.fr/homepage/oncopediatrie/c006.html.23/02/2006>.
- 21- Coutoudis A.** Promotion of exclusive breastfeeding in the face of the HIV pandemic. Lancet 2000; 356: 1620-1621.
- 22- Coutoudis A et Al.** Method of feeging and transmission of HIV1 from mother to child by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. AIDS 2001; 15: 379-387.

- 23- Coutsooudis A, Pillay K, Snoop E, Kuhn L.** Randomised trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes early mother to child HIV1 transmission in Durban, South Africa vitamin A study group. AIDS 1999; 13:1517-24.
- 24- Coutsooudis A, Pillay K, Kuhn L et Al.** 19 risques de contamination par le lait maternel. AIDS 2001 ; 15 :379-87.
- 25- Dabi F, Leray V et Al.** Prevention mothers to child of HIV1 in Africa in the year 2000 ISSN 0269-9370 AIDS 2000.
- 26- Delfraissy JF.** Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandation du groupe d'experts. Flammarion, Paris 2000 ; 84.
- 27- Desclaux A et Al.** Dépistage et conseil auprès des femmes enceintes, sociétés d'Afrique et SIDA, N°14 :3-4 Octobre 1996
- 28- Diallo MS et Al.** VII^{ème} congrès de la SAGO, II^{ème} congrès de la SOMAGO. Abstract, 2003.
- 29- Diouf A, Kebe F, Faye E et Al.** L'infection par le VIH chez la femme enceinte à Dakar (Sénégal). Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 23:283-87.
- 30- Direction nationale de la santé/Ministère de la santé/Mali.** Enquête démographique de santé du Mali III (EDSIII/MALI), Juin 2002; 248p.
- 31- Dorenhaum A, Cunningham CK, Gelber RD et Al.** Addition of dose intrapartum/nevirapine to standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV1 transmission: PACTG316. JAMA 2002; 288 (2): 189-98.
- 32- Doumbia D.** Etude bibliographique des recherches menées sur les infections sexuellement transmissibles et VIH au Mali de 1987 à 2000. Thèse pharmacie : Bamako, 2001 p88.
- 33- Enquête démographique et de santé: EDSIII Mali 2001.**
- 34- Enquête démographique et de santé Mali: EDSIV Mali 2006.**

- 35- European laborative study.** Swiss Mother and Child HIV Cohort Study, combination antiretroviral therapy and duration of pregnancy. AIDS 2002; 14:23913-20.
- 36- Fawzi WW, Msamanga GI, Spiegelman D et Al.** Randomised trial of effect of vitamin supplements on pregnancy out comes and T cell counts in HIV1 infected women in Tanzania. Lancet 1998; 351:1477-82.
- 37- Gandemer V.** L'infection à VIH de l'enfant. [http : //www.med.univ-rennes1.fr/pédiatrie/VIH.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/pédiatrie/VIH.html) 27/09/2004.
- 38- Garoute C, Bukoba.** Les enfants de l'espoir. Tanzanie : Médecin du monde, 2002; 3(Web).
- 39- Girard P, Katalma CH, Pialoux G.** VIH. DION; Edition 2001 PARIS p312.
- 40- Guay LA, Mosuke P, Fleming T et Al.** Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda with Zidovudine: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999; 345: 795-802.
- 41- International Perinatal HIV Group.** Duration of rupture membranes and vertical transmission of HIV-1: A meta-analysis from 15 prospective cohort studies. AIDS 2001; 15: 357-68.
- 42- Kattrra MN.** Etude de la prévalence des MST/VIH et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso et Mopti. Thèse médecine: Bamako, 2000 ; 98 : p14.
- 43- Kdous M, Hachicha R, Gervaise A, Jault T, Renouvel F, Lahmy O et Al.** Transmission materno-fœtale du VIH : mesures préventives et prise en charge périnatale. Tunisie médicale NOV 2003; 81 (11) :839-46.
- 44- Khuno G, Josses MA, Khelil N, Guillaume AS.** Infection à VIH et grossesse: étude rétrospectives de 124 cas. Pathol Biol 2002 ; 50 : 544-546.

- 45- Komme HC.** Evaluation de la séroprévalence du VIH dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de 1999 à 2002. Thèse médecine : Bamako, 2004-p107.
- 46- Lathy JL, Tsou J, Brinter K et Al.** Lack of antologous neutralizing antibody to HIV type 1 and macrophage tropims are associated with mother-to-infant transmission. *J. Infect, Dis* 1999; 180: 344-50.
- 47- Ledru E, Touré S, Rocherean A, Chrion JP, Mertes TH, Zicard JM et Al.** prévalence de l'infection à VIH chez les enfants hospitalisés à Bobo-Dioulasso et étude d'une définition Clinique. VIII^e conférence internationale sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique. Burkina Faso Th Op 14-p226.
- 48- Lefat R, Robin et Al.** Centre des MST chez les en âge de procréer en Guinée Bissau en 1997. *Med d'Afrique Noire* 1999, 46 (4).
- 49- Lepage D, Msellati P, Van De Perro P et Al.** Characteristics of newborns and HIV -1 Infection in Rwanda. *AIDS* 1992; 6: 882-6.
- 50- Leroy V, Newell ML, Dabis F et Al.** international multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV1 infection. *Lancet* 1998; 352: 597-600.
- 51- Levy JP.** Problème vaccinal. *Med. Thérapeutique* 1999; 1(5): 105-108.
- 52- Les stigmates du VIH/SIDA: un double défi pour les mères et leurs enfants.** UNAIDS.
<http://www.banquemondiale.org/EXT/French.nsf/0/632B82E971D2757085256F5A0008FD4?OpenDocument-12/31/2004>.
- 53- Maiga MY.** Problématique de la migration des MST et du SIDA dans la région de Sikasso. Thèse médecine : Bamako, 1999.
- 54- Maiga M, Turcotte F, Doucouré A, Sanogo B, Sidibé D, Dicko I et Al.** Séroprévalence des AC contre le VIH chez les femmes enceintes de Bamako et de Selingué. *Med. Afri. Noire* 1992 ; 39(2).

- 55- Mandelbrot L.** Particularité de la grossesse chez enceintes séropositives pour le VIH. *La lettre du gynécologue* 1999; 243 :20-25.
- 56- Mandelbrot L.** Prise en charge des femmes séropositives enceintes. *Revue française des laboratoires*, janvier 1997; 290 :30.
- 57- Mavalander D, Gray R, Trivedi.** Risks factors for preterm and term low both weigth in Ahmedabad. *India Int J Epidemiol* 1992; 21:263-72.
- 58- Mayaux MJ, Blanche S, Rouzioux C et Al.** Maternels factors associated with perinatal HIV1 transmission, the French prospective cohort study: years of follow up observation. *Am J.* 1995; 8: 188-94.
- 59- Mayaux MJ, Teglas JP, Mandelbrot L et Al.** Acceptability and impact of Zidovudine prevention on MTCT of HIV type 1: the French perinatal cohort studies. *J. Infect Dis* 1997; 131:857-62.
- 60- Mayaux MJ, Dussaix E, Isopet J et Al.** Maternal viral load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 the French perinatal studies. *J Infect Dis* 1997; 175:143-48.
- 61- Meda N, Mandelbrot L, Cartoux M et Al.** Infection à VIH et anémie maternelle, Burkina-Faso. X^{ème} conférence international sur le SIDA et les MST en Afrique, 7-11 décembre 1997, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- 62- Meda W, Soula G, Dabis F et Al.** Facteurs de risque de prématurité et de retard de croissance intra-utérine au Burkina Faso. *Rev Epidemiol Santé Pathol* 1995 ; 43 :215-24.
- 63- MR Tchala Abalo Mevenenessi.** Etude bibliographique sur l'infection au VIH au Mali, point sur les études réalisées de 1983 à février 2003- février 2004.
- 64- Ministère de la santé/Direction nationale de la santé/Mali.** Programme national de lutte contre le sida : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV). Plan d'action; janvier 2001.

- 65- Ministère de la santé publique (Togo).** Guide pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Lomé PNLs/IST; 2004.
- 66- Ministère de la santé/UNICEF/PNLs.** Projet de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Mali. Mai 2002.
- 67- Ndayishimiyé J.** Evaluation de la qualité de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au cours de l'accouchement à HOMEL. Mémoire santé publique: cotonou IRSP, 2004.
- 68- OMS/ONUSIDA.** Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH. REH 1998 ; 73 :321-26.
- 69- OMS/ONUSIDA.** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004:4^e rapport.
- 70- ONUSIDA/OMS.** Rapport d'activité sur la riposte mondiale à l'épidémie du VIH/SIDA, 2003.
- 71- ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie du SIDA. Genève, Suisse ; Décembre 2003.
- 72- ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie du SIDA : les caractéristiques mondiales. Genève, Suisse ; Décembre 2000.
- 73- ONUSIDA/OMS.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: options stratégiques. Genève, Suisse ; 1999.
- 74- ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie du VIH/SIDA. Genève, Suisse ; Novembre 2002.
- 75- Rouzioux C, Costagliola D, Burgad M et Al.** Estimated timing of mother-to-child HIV1 transmission by use a markov model. Am J Epidemiol 1995; 142: 1330-37.
- 76- Rozenbaum W.** Les dossiers du praticien. Guide infection à VIH 2001. Edition 2001; PARIS p 220.
- 77- SAMAKE S.** Infection VIH à la maternité du centre de référence de la commune V. Thèse médecine : Bamako, 2008 ;N° 108

- 78- SIDA et VIH un exemple de rétrovirus.** [http : //www. Google. Com /membres. Lycos.fr/microbio/virologie/monogr8](http://www.Google.Com/membres.Lycos.fr/microbio/virologie/monogr8).
- 79- Sombie I, Nacro B, Tiendrebeogo S, Dao B, Carloux M, Meda N et Al.** Infection maternelle et paramètres antropométriques de l'enfant à la naissance au Burkina-Faso. Cahier santé 1999; 9.
- 80- Traoré S.** contribution à l'étude de la séroprévalence anti VIH du SIDA chez les groupes à risque à Bamako. Thèse médecine : Bamako, 1987; 11: p38.
- 81- Troisième congrès de la SAGO.** Benin – Togo : livre de conférence et de communication Janvier 2002.
- 82- Van Tine BA, Show GM, Aldrovandi G.** Transmission mère enfant du VIH pendant la primo-infection. N Engl J Med 1999 ; 341 :1548.
- 83- Weber B, Fall H, Berger A, Doer HW.** Reduction of diagnostic window by fourth-generation human immuno-deficiency virus screening assay. J Clin Microbial 1998; 36:2235-39.

FICHE D'ENQUETE

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

Renseignement sur la femme

Q01- Age /...../

1= ≤19 ans,

2=20-34ans,

3= ≥35ans,

Q02 niveau d'instruction /...../

1=non scolarisée,

2=primaire,

3=secondaire,

4=supérieur,

5=medersa

Q03 profession /...../

1=fonctionnaire,

2=ménagère,

3=vendeuse/commerçante,

4=élève/étudiante

Q04 nationalité Malienne /...../

1=oui,

2=non

Si non laquelle :...../

Q05 séjour a l'étranger /...../

1=oui,

2=non

Si oui préciser le pays:...../

Q06 statut matrimonial /...../

- 1=célibataire,
- 2=mariée monogame,
- 3=mariée polygame,
- 4=divorcée,
- 5=veuve

Q07 Durée de vie commune /...../

- 1=1-2ans,
- 2=plus de 2ans

Antécédents médicaux

Q08 Tuberculose pulmonaire /...../

- 1=ooui,
- 2=non

Q09 Tuberculose extra-pulmonaire /...../

- 1=ooui,
- 2=non

Q10 Hépatite /...../

- 1=ooui,
- 2=non

Q11 ATCD de transfusion /...../

- 1=ooui,
- 2=non

Antécédents chirurgicaux

Q12 Césarienne /...../

- 1=ooui,
- 2=non

Q13 Appendicectomie /...../

1=oui,

2=non

Q14 Cure de prolapsus /...../

1=oui,

2=non

Q15 Kystectomie /...../

1=oui,

2=non

Q16 Myomectomie /...../

1=oui,

2=non

Antécédents gynécologiques

Q17 Pertes vaginales /...../

1=oui,

2=non

Q18 Ulcération/Plaie génitale /...../

1=oui,

2=non

Q19 Prurit vulvaire /...../

1=oui,

2=non

Q20 Brulures/Douleurs a la miction /...../

1=oui,

2=non

Q21 Douleurs lombaires /...../

1=oui,

2=non

Q22 Douleurs pelvienne /...../

1=oui,

2=non

Antécédents obstétricaux

Q23 Gestité /...../

1=1

2=2-3

3=4-5

4= \geq 6

Q24 Parité /...../

1=1

2=2-3

3=4-5

4= \geq 6

Q25 Enfants vivants /...../

1=0

2=1-4

3=5-8

4= \geq 8

Q26 Enfants décédés /...../

1=0

2=1-4

3= \geq 4

Q27 Avortement /...../

1=0

2=1-4

3=>4

Q28 ATCD de mort-né /...../

1=oui,

2=non

Histoire de la grossesse

Q29 CPN /...../

1=oui,

2=non

Q30 Nombre de CPN /...../

1=0,

2=1-3,

3=4-8,

4=9 et plus

Q31 Lieu de CPN /...../

1=CSREF CV,

2=Autre

Q32 VAT /...../

1=oui,

2=non

Q33 Sérologie toxoplasmose /...../

1=positive,

2=négative,

3=non fait

Q34 Sérologie rubéole /...../

1=positive,

2=négative,

3=non fait

Dépistage et traitement ARV

Q35 Consentement éclairé /...../

1=accepte,

2=refuse

Si 1 passer à Q37

Q36 Motif du refus :.....

Q37 Résultat du test /...../

1=positif,

2=négatif

Si 2 passer à Q39

Q38 Traitement ARV /...../

1=trithérapie : zidovudine+lamivudine+nevirapine

2=bithérapie : zidovudine+nevirapine

3=monothérapie : zidovudine

Q39 Entendu parler du VIH/SIDA /...../

1=OUI

2=NON

Q40 Connaissance sur la transmission mère-enfant du VIH /.... /

1=OUI

2=NON

Q41 Source d'information sur le VIH /..... /

1=Télévision

2=Radiophonie

3=Causerie

4=Agent de santé

Q42 Veulent informer leur partenaire de leur statut sérologique /... /

1=OUI

2=NON

Si 2 passer à Q44

Q43 Motif de refus d'informer leur partenaire /... /

1=Accusation d'infidélité

2=Crainte de divorce

3=Honte d'informer

Q44 Réaction des parturientes dépistées positives après l'annonce de leur résultat /... /

1=Résignation

2=Pleurs

3=Mutisme

Histoire de l'accouchement

Q45 Mode d'admission /...../

1=venue d'elle-même

2=évacuée

Si 1 passer à Q41

Q46 Motif d'évacuation /...../

1=sans motif

2=rupture prématurée des membranes

3=dilatation stationnaire

4=défaut d'engagement

Q47 Age gestationnel /...../

1=28-33 SA,

2=34-36 SA,

3= \geq 37 SA

Q48 Rupture des membranes /...../

1=prématurée,

2=précoce,

3=artificielle

Q49 Temps mis entre la rupture et l'accouchement /...../

1= <6 heures,

2=6-12 heures,

3= >12heures

Q50 Type d'accouchement /...../

1=voie basse,

2=césarienne,

3=extraction instrumental

Q51 Délivrance /...../

1=artificielle,

2=naturelle,

3=active

Q52 Suites de couche /...../

1=compliquées,

2=non compliquées

Nouveau-né

Q53 Sexe /...../

1=masculin,

2=féminin

Q54 Apgar /...../

1= 0,

2=1-7,

3= \geq 8

Q55 Poids /...../

1= $<$ 2500g,

2=2500-3999g,

3= \geq 4000g

Q56 Taille /...../

1= \geq 47cm

2= $<$ 47

Q57 Prématuré /...../

1=oui

2=non

Q58 Hypotrophe /...../

1=oui

2=non

Q59 Macrosome /...../

1=oui

2=non

Q60 Réanimé /...../

1=oui,

2=non

Q61 Mode d'allaitement /...../

1=maternel,

2=artificiel,

3=mixte

Q62 Traitement ARV du nouveau-né de mère HIV positif

1=trithérapie : zidovudine+lamivudine+nevirapine

2=bithérapie : zidovudine+nevirapine ou lamivudine+nevirapine

3=monothérapie : zidovudine

Q63 Référé /...../

1=oui,

2=non

Si oui lieu :.....

Q64 Pronostic /...../

1=vivant,

2=décédé

Identité du conjoint

Q59 Profession /...../

1=fonctionnaire,

2=cultivateur,

3=commerçant,

4=ouvrier,

5=artiste,

6=chauffeur

7=autre

Q60 Séjour à l'étranger /...../

1=oui,

2=non

Si oui préciser le pays :.....

Q61 Nationalité Malienne /...../

1=oui,

2=non

Si non préciser le pays :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: DEMBELE

Prénom: Badian

Nationalité: Malienne

E-mail : badian.dembele@yahoo.fr

Titre de la thèse : Dépistage du VIH en salle d'accouchement de la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Année académique : 2009-2010

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Epidémiologie.

Résumé :

Nous avons mené une étude prospective transversale, portant sur le dépistage du VIH en salle d'accouchement, de la période allant du 1^{er} février 2009 au 31 janvier 2010 dans la maternité du centre de santé référence de la commune V du district de Bamako.

Les résultats obtenus au terme de cette étude ont été les suivants :

- La fréquence de séropositivité a été de 10% chez les parturientes dépistées, l'âge moyen des patientes dépistées positives était de 28ans.
- Le dépistage au VIH/SIDA avait été proposé mais refusé par 5 patientes au cours de la CPN soit 1,4% et les raisons évoquées ont été la nécessité d'avoir l'avis de leur partenaire avec 60%, la peur du résultat et le mauvais accueil du personnel avec 20% chacun ; 86,7% des patientes avaient fait leur CPN dans un lieu de site de PTME mais le counseling/dépistage ne leurs a pas été proposé au cours de la CPN.

- Les paucipares et les multipares ont été les plus touchées par l'infection VIH/SIDA avec 45,9% et 37,8%.

-La voie basse a été la voie d'accouchement la plus utilisée avec 89,2% chez les patientes VIH positif.

-La létalité foetale a été 8,1% soit 3 cas de décès.

Mots clés : Accouchement, Dépistage, VIH/SIDA.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres 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 donnerais 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'honoraire.

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, 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

