

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi**

**Université des sciences, des techniques et des
Technologies de Bamako.**

**Faculté de Médecine, et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)**

Année Universitaire : 2011/2012

N°.....

THÈSE

**PROBLEMATIQUE DE LA PREVENTION DE
LA TRANSMISSION MERE- ENFANT
DU VIH AU CSCOM DE SABALIBOUGOU
SECTEUR I DU DISTRICT
DE BAMAKO.**

**Présentée et soutenue publiquement le --/--/2012 devant
la Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie**

Par M. Soumaïla KONE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)**

JURY

Président :	Pr. Bouraïma	MAÏGA
Membre :	Dr. Jean PAUL	DEMBELE
Co-directeur :	Dr. Daouda	THIERO
Directeur de thèse :	Pr. Sounkalo	DAO

Je Dédie ce travail :

A l'Eternel Dieu tout puissant,

Tout ce que tu fais est bon et concoure au bonheur de ceux qui t'aiment.

Seul mon cœur et le tien savent la profondeur de ta présence en moi.

Si je n'avais pas l'assurance de voir ta bonté sur cette terre des vivants !

A notre père : **Feu Nouhoun KONE**

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait ; tes infatigables conseils ont porté fruit, tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton soutien jusqu'à tes derniers jours ont fait de toi un père exemplaire.

Que **DIEU** t'accepte dans son paradis. Amen !

A notre mère : **Djénéssira SANGARÉ**

Les mots me manquent pour te qualifier. Toi qui as su assurer avec dignité, courage et honneur ton devoir de mère de famille.

Ton amour pour nous, t'a poussé à d'énormes sacrifices.

Pour moi, chère mère tu restes un exemple car les épreuves de la vie et singulièrement celle du mariage ne t'ont pas empêché de te battre pour l'éducation et surtout la réussite de tes enfants. Tu nous as inculqué le sens de la fraternité et de la rigueur qui garantit un travail bien fait.

A tes côtes je ne me suis jamais senti sevré de conseil de bonne conduite.

Que tous tes vœux soient exhaussés et que Dieu te donne longue vie pour admirer le fruit de ton effort. Amen !

A notre frère aîné **Oumar KONE**

Ni les mots, ni les paroles ne sauront exprimer suffisamment ma gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de ce cycle.

Ce travail est le vôtre.

Recevez-le avec toute l'affection que je vous porte.

A notre frère et ami **Bourama DOUMBIA**

Je ne saurais jamais vous remercier assez pour la tendresse et l'affection dont vous m'avez entourée.

Je m'en souviendrai toute ma vie.

Que Dieu dans sa miséricorde vous bénisse, et vous comble de tout ce dont vous avez besoin. Tout au long de ce cycle, vous avez été près de moi.

Vos encouragements m'ont souvent redonné tant de joie !

A tous mes tuteurs :

La Famille SAMAKE de Garalo ; la Famille BALLO de Foulalaba ; la Famille SANGARE de Bamorola (DJINE) et la Famille Mory SANGARE de Sabalibougou Bamako.

Vous m'avez accueilli à bras ouvert, et réconforté Tout au long de mon cycle.

J'espère que le tout puissant me permettra de vous montrer à quel point je suis fier de vous avoir comme tuteurs. Ce travail est le votre.

REMERCIEMENTS

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

A tous **mes frères et sœurs**,

Votre soutien, votre sens de l'humour ne m'ont jamais fait défaut
recevez ici l'expression de mes sincères remerciements

A tous **mes camarades de la FMPOS**,

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut ; recevez cette thèse
en souvenir des temps passés ensemble au labeur.

A tous **mes aînés et cadets de la FMPOS**

Merci pour vos conseils.

Au **Médecin chef et tout le personnel du CSCOM de Sabalibougou I**

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de
ce travail.

Au **Dr Daouda THIERO, Dr Jean Paul DEMBELE, Dr Issa KEITA , Dr
Ahamed KODIO, Dr Ibrahim COULIBALY**

Merci pour vos conseils si précieux.

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Bouraïma MAÏGA

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G.**
- **Maître de conférences à la FMPOS.**
- **Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé(INFSS).**
- **Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme de l'enfant et de la famille.**
- **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997.**
- **Détenteur d'un prix Taraboïré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006.**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher Maître,

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

Votre calme et simplicité font de vous un homme au-delà du maître auquel nous aimerions ressembler. Veuillez trouver ici toute notre admiration ainsi que notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Jean-Paul DEMBELE

- **Spécialiste de maladies infectieuses et tropicales**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Secrétaire aux relations extérieures et aux affaires sociales de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touchée. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

Trouvez ici l'expression de notre grande estime.

A notre maître et Co-directeur de thèse

Docteur Daouda THIERO

- **Médecin directeur du CSCOM de Sabalibougou I ;**
- **Diplômé de l'Institut de Santé et Développement de l'Université Cheik Anta Diop de Dakar**
- **Master I en santé publique**
- **Diplôme Supérieur de Gestion au niveau Communautaire des Programmes de Santé Orientés vers la lutte contre le VIH /SIDA**

Cher maître, les mots me manquent ici pour vous exprimer mes sentiments de reconnaissance. Votre humanisme, votre disponibilité, vos remarquables connaissances scientifiques, votre esprit de partage et votre simplicité m'ont toujours impressionnée.

Vous avez été responsable de ce travail car vous avez pleinement participé à sa réalisation.

Veillez recevoir toute notre gratitude pour l'insigne service.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur Titulaire de maladies infectieuses et tropicales**
- **Chef de DER de Médecine et Spécialités Médicales**
- **Coordinateur du C.E.S. de maladies infectieuses et tropicales**
- **Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses et tropicales**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**
- **Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de langue Française (SPILF)**
- **Chercheur au programme SEREFO**

Honorable maître,

Que dire d'un grand maître qui de par ses qualités humaines particulières épargne de l'orphelinat tout étudiant de la FMPOS.

Vos qualités humaines, scientifiques, votre rigueur dans le travail et surtout avec votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître respectable et admiré.

Nous sommes très fiers d'être parmi vos élèves. Soyez rassuré honorable maître de notre éternelle reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOSAB : Association de Santé Communautaire de Sabalibougou

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CPN : Consultation Périnatale

CESAC : Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil des personnes vivant avec le VIH

CSREF : Centre de Santé de Référence

DNS : Direction Nationale de la Santé

DNSI : Direction Nationale de Statistique et l'Informatique

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

TME : Transmission Mère-Enfant

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Introduction	1
Objectifs.....	3
Généralités	4
Méthodologie.....	12
Résultats.....	16
Commentaires et discussion.....	29
Conclusion.....	33
Recommandation.....	34
Bibliographie.....	35
Annexes.....	40

I. INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) frappe actuellement tous les pays du globe, mais revêt une gravité particulière dans les pays en voie de développement, ébranlant des structures sanitaires fragiles, et s'ajoutant encore aux problèmes de santé endémique dans ces pays. [1] Près de la moitié des adultes contaminés aujourd'hui sont des femmes. A mesure que le nombre de femmes infectées augmente, celui des enfants susceptibles d'être contaminés à la naissance croît en proportion. [2]

Les femmes en âge de procréer représentent quasiment la moitié des 32 millions d'adultes vivant actuellement dans le monde avec le VIH [3]. On estime que, parmi les 16 000 nouveaux cas d'infections survenant chaque jour dans le monde, 1 600 sont des cas d'infections pédiatriques, la plupart ayant lieu en Afrique subsaharienne. La prévention de la TME devient une priorité de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne en raison du nombre croissant de femmes en âge de procréer infectées par le VIH (VIH⁺). La séroprévalence de l'infection est en effet comprise chez les femmes enceintes de ces pays entre 5 % et 40 % [4].

En Afrique subsaharienne, la transmission mère enfant du VIH est responsable de plus de 95 % de l'infection à VIH chez l'enfant [5].

Au Mali, selon Sow Sy A. et al. la séroprévalence chez les gestantes était de 3,8% en commune II de Bamako en 2005 [6]. TRAORE C. D. et al. ont rapporté une séroprévalence de 2% chez les gestantes dans la région de Ségou en 2005 [7].

Ces chiffres justifient une prise en considération médicale et psychologique de cette pandémie qui perturbe non seulement la vie des couples mais aussi celle de la population entière.

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

Cette formule montre que la transmission mère enfant du VIH est un problème majeur de santé publique ; d'où la nécessité de la présente étude dans un centre de santé communautaire.

II. OBJECTIFS

Objectif Général

Etudier les problèmes liés à l'application de la PTME du VIH dans le centre de santé communautaire de Sabalibougou secteur I du district de Bamako.

Objectifs Spécifiques

1. Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé de l'unité de la reproduction sur la PTME.
2. Déterminer les connaissances, des femmes enceintes sur la transmission du VIH et la prévention de la transmission mère enfant du VIH.
3. Déterminer les difficultés rencontrées lors de la mise œuvre de la PTME
4. Déterminer les connaissances des élus municipaux et des membres de l'ASACO sur la PTME et l'importance de son application

III. GENERALITES

1. DEFINITION

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

Un rétrovirus est un virus qui possède l'équipement enzymatique nécessaire pour assurer la transcription de son ARN (support de l'information génétique) en ADN. Cette transcription est réalisée par la transcriptase inverse. Il s'agit d'un lentivirus, sous famille des rétrovirus qui sont connus pour entraîner des maladies dégénératives lentes après de longue incubation [8].

2. HISTORIQUE [13]

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

- ✓ En 1981 des cas de pneumonie à pneumocystis carinii ont été découverts chez les homosexuels américains, de même que des cas de sarcome de kaposi.
- ✓ En 1982 la première définition du Sida est acceptée.
- ✓ L'identification du VIH type 1a été faite en 1983 et deux ans plus tard une technique de mise en évidence des anticorps pour le diagnostic est mise au point.
- ✓ C'est en 1983 que BARRE SINOSSI et al [12] de l'équipe du Professeur MONTAGNIER isolent le premier virus responsable du Sida, le VIH-1.
- ✓ Les premiers cas du Sida ont été décelés en Afrique Centrale, au Zaïre en 1984.
- ✓ Le type 2 du VIH a été isolé en 1986.

- ✓ En 1993 la classification de la CDC est adoptée.
- ✓ En 1995 c'est l'introduction des bithérapies anti rétrovirales et la possibilité de mesurer la charge virale.
- ✓ Depuis 1996 c'est la trithérapie anti rétrovirale qui est utilisée et reconnue comme le traitement idéal.

3. EPIDEMIOLOGIE

3.1. Situation dans le monde

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

Environ 41% des 29,5 millions d'adultes vivant avec le VIH/Sida sont des femmes en âge de procréer. Ainsi la part des femmes en âge de procréer parmi les nouveaux cas d'infection à VIH (incidence) et parmi les personnes vivant avec le VIH (prévalence) apparaît chaque jour important [14]. Près de deux tiers des contaminations féminines et neufs cas sur dix de contamination pédiatrique ont eu lieu sur le seul continent Africain [15]. En 2009, le nombre de personnes infectées dans le monde était estimé à 33,4 millions dont 67% en Afrique subsaharienne [9]. La majorité des cas concerne les sujets jeunes de 15 à 49 ans, qui est la tranche d'âge active de la population. Cet état de fait a ainsi de lourdes conséquences socio-économiques.

La répartition du VIH-I est mondiale. Cependant dans les pays industrialisés, l'épidémie concerne essentiellement certaines populations à risque (homosexuelle masculine, toxicomanes) alors que dans les pays en voie de développement l'ensemble de la population globale est touché, du fait de la transmission hétérosexuelle. Sur les 15000 personnes contaminées chaque jour plus de 95% vivent dans ces pays [16].

Contrairement au VIH-1, le VIH-2 est pratiquement restreint en Afrique de l'Ouest, et pour l'instant peu diffuse dans les autres pays du monde [17].

Les pays occidentaux comme la France, le Portugal, l'Espagne sont les plus concernés par le VIH-2 de part leur proximité géographique et le flux d'immigration avec l'Afrique de l'Ouest [18].

L'Amérique latine et les Caraïbes, constituent la seconde région la plus durement touchée après l'Afrique subsaharienne avec 2 millions de séropositifs enfants et adultes compris [19].

Dans la région Asie et Pacifique, l'épidémie émerge dans les pays jusque là indemnes (Chine, Indonésie, Vietnam). Le nombre de malades est passé de 7,1 millions en 2001 à 4 millions en 2003 avec 50 000 décès dus au VIH/Sida.

Au moyen Orient et au Maghreb, les données disponibles font état de 45000 individus décédés du VIH/Sida et que 55000 personnes ont été contaminées par le virus en 2003, ce qui porte à 600 000 le nombre de séropositifs [19].

3.2. Situation en Afrique

L'infection à VIH représente la première cause de morbidité en Afrique (environ 20%), devant le paludisme [20, 21]. Elle a été responsable de 3,1 millions de décès en 2006 dont 2,4 millions en Afrique subsaharienne [21].

La prévalence de l'infection est plus forte en zone urbaine, qu'en zone rurale. Cette prévalence est relativement faible en Afrique de l'Ouest et de l'Est, l'épidémie semble être maîtrisée grâce aux efforts de prévention.

Les pays d'Afrique Australe tels que le Botswana, l'Afrique du Sud, le Mozambique sont les plus durement touchés, car ils regroupent à eux seuls environs 30% du total des individus infectés dans le monde, alors qu'ils constituent moins de 2% de la population mondiale [19].

Au Mali, le 1^{er} cas de Sida a été observé en 1985, dès lors une première enquête de séroprévalence a été menée en 1987, la prévalence était de 1% dans les capitales régionales, 40% dans le district de Bamako et chez les professionnelles de sexe des centres urbains [10].

Selon l'analyse de la situation présentée dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2001- 2005, Bamako est une zone ayant une forte convergence des déterminants de risque du VIH et des groupes vulnérables. Selon les résultats de l'enquête Démographique de Santé (EDSM-IV), note qu'entre 20 et 39 ans la proportion de femme séropositive est nettement supérieure à celle des hommes [11]. Cependant au delà de ce taux de prévalence assez stable, il faut noter que d'avantage de maliens risquent d'être infecté à cause de forte prévalence dans certains groupes vulnérables (professionnelles de sexe, routiers, coxeurs, vendeuses ambulantes, etc.), de l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles et de l'existence de certains comportements à risque [10].

4. TRANSMISSION MERE-ENFANT

Elle peut se faire:

In utero dans les semaines précédant l'accouchement dans 1/3 des cas et en intra-partum c'est-à-dire au moment de l'accouchement dans 2/3 des cas.

La période de l'allaitement représente également un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5-20% [23].

Le mécanisme de transmission verticale peut se faire de plusieurs manières. Le passage trans-placentaire au cours de la grossesse dont les modalités sont imprécises peut s'effectuer par phagocytose des virions par le syncytiotrophoblaste ou par franchissement par les complexes virus IgG.

Au cours de l'accouchement la transmission par le biais de micro transfusions materno-fœtales à la faveur de contractions utérines. L'atteinte fœtale peut ainsi se produire à cette période par propagation du virus par voie ascendante au contact direct et s'explique par la présence du VIH dans les sécrétions cervicales et vaginales.

Le risque de contamination par voie ascendante est plus marqué pour une rupture des membranes de plus de 4 heures et ceci est d'autant plus important que la rupture est prolongée [24, 25].

L'atteinte par contact direct lors du passage dans les voies génitales maternelles intervient par la pénétration du virus à travers les muqueuses (digestives ou respiratoires) ou à la faveur de micro lésions cutanées.

Ces deux mécanismes sont corroborés par des taux de contamination en cas d'accouchement gémellaire par voie basse plus élevés pour le premier jumeau. La contamination dans la période post-natale par le biais de l'allaitement maternel, est certaine et explique le taux élevé de transmission mère enfant (TME) et l'ampleur de l'épidémie pédiatrique en Afrique. L'atteinte de l'enfant s'explique par la présence dans le lait maternel de virions à l'état libre ou contenus dans les lymphocytes infectés.

Le taux de contamination est influencé par :

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

Des facteurs maternels qui sont :

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

Des Facteurs obstétricaux :

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

Le badigeonnage à la chlorexidine du vagin au cours du travail ne semble pas avoir un effet bénéfique sauf en cas de rupture prématurée des membranes [18].

5. MOYEN DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT [26]

Ces moyens reposent sur les quatre éléments de l'approche globale pour la prévention et la réduction du risque de l'infection par le VIH chez la femme, la mère, le nouveau-né et le nourrisson qui sont les suivants :

5.1. La prévention primaire de l'infection par le VIH

Elle consiste à prévenir l'infection chez la femme en âge de procréer. C'est le moyen le plus efficace de diminuer la TME. Le VIH ne sera pas transmis à l'enfant si les futurs parents ne sont pas infectés. Cette approche est connue sous l'appellation « ABC » (en anglais).

A = Abstinence : s'abstenir de tout rapport sexuel

B = Fidélité (Be faithful) à un partenaire non infecté par le VIH

C = Préservatif (Condom) : utilisation correcte et systématique des préservatifs.

5.2. Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH

Avec un soutien approprié, la femme infectée par le VIH peut éviter les grossesses non désirées, et de ce fait, réduire le nombre d'enfants exposés au risque de TME.

Un conseil pour une contraception sûre et efficace et des services de santé de la reproduction de qualité contribuent à éclairer les décisions en matière de grossesse.

5.3. Prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant.

On entend habituellement par PTME des programmes spécifiques conçus pour identifier les femmes enceintes infectées par le VIH et mise à leur disposition d'outils efficaces visant à réduire la TME.

Les interventions clés en matière de PTME sont :

- Le conseil et le dépistage en matière de VIH

- Le traitement et prophylaxie antirétrovirale

- Des pratiques d'accouchement à moindre risque

- Des pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque

Elles sont efficaces par :

- L'identification des femmes infectées par le VIH

- La réduction de la charge virale chez la mère

- La réduction du risque d'infection de l'enfant par le VIH pendant l'accouchement

- La réduction du risque d'infection de l'enfant par le VIH grâce à des options d'alimentation à moindre risque

5.4. Traitement, soins et soutien pour la femme infectée par le VIH son enfant et sa famille

Lorsqu'une femme a toutes les raisons de croire qu'elle bénéficiera d'un traitement et des soins appropriés pour elle-même, ses enfants et son partenaire. Il est plus probable qu'elle accepte de se faire dépister et conseiller, et que, au cas où le test révélerait qu'elle est séropositive, elle accepte des interventions visant à réduire la TME du VIH.

IV METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé communautaire de Sabalibougou secteur I du district de Bamako (ASACOSAB-I). Sabalibougou est l'un des huit quartiers de la commune V du district de Bamako (capitale du Mali). Historiquement, Sabalibougou a été créé en 1966 par un Mossi du nom de Seydou Traoré, originaire de la Haute Volta (actuel Burkina Faso). Le quartier a été d'abord appelé Mossibougou, puis Djicoroni-Bolibana et après le conflit qui a opposé le Mali et le Burkina Faso en 1974, Sabalibougou.

Le quartier était au départ un petit hameau de culture qui s'est rapidement étendu. Aujourd'hui sa superficie est estimée à 5,6 km². Il est limité au Nord par « les Trois Cents Logements », à l'Est par l'auto route Bamako-Senou, au Sud par Guarantiguibougou et à l'Ouest par Baco-Djicoroni.

Sur le plan climatique, Sabalibougou à l'instar de la ville de Bamako a un climat tropical humide encore appelé soudanien, caractérisé par une saison sèche et une saison des pluies. Sa végétation est la savane.

La population est estimée à 84744 habitants en 2011(source DNSI).

Les principales activités exercées par les habitants de Sabalibougou sont la pêche, l'élevage, l'agriculture et le petit commerce.

Sur le plan sanitaire, Sabalibougou dispose trois aires de santé communautaire (CSCOM) : l'ASACOSAB-I, l'ASACOSAB-II, et l'ASACOSAB-III.

Créé en 1997, l'ASACOSAB-I comprend : une unité de consultation curative ; une unité de santé de la reproduction ; une unité de dépôt de vente de médicament ; une unité de laboratoire et une unité de l'imagerie.

2. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative prospective et transversale.

3. Période d'Etude

Notre étude s'est étendue du 1^{er} Août au 30 Octobre 2011

4. Population d'Etude

Elle est constituée par :

- ✓ des femmes enceintes vues en consultation prénatale (CPN) dans le CSCOM de Sabalibougou,
- ✓ des membres de l'ASACO et des Elus Communaux
- ✓ le personnel de santé du CSCOM chargé de l'unité de reproduction

5. Critères d'inclusion

Sont inclus : les femmes enceintes vues en CPN, le personnel de santé du CSCOM chargé de l'unité de reproduction, les membres de l'ASACO et du centre secondaire d'état civil.

6. Critères de non inclusion

Ne sont pas inclus : les femmes enceintes, le personnel de santé, les membres de l'ASACO, les élus municipaux non consentants.

7. Méthode d'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de toutes les femmes enceintes consentantes.

L'enquête s'effectuait uniquement les jours de CPN.

L'entretien individuel a concerné :

- ✓ 150 Femmes enceintes vues en consultation prénatale (CPN)
- ✓ 12 personnels de santé du CSCOM chargé de l'unité de reproduction
- ✓ 12 membres de l'ASACO
- ✓ 8 Elus municipaux

8. La collecte des données

La collecte des données a été faite en utilisant :

- un questionnaire pour les femmes enceintes,
- un questionnaire pour les membres de l'ASACO et les élus communaux
- un questionnaire pour le personnel de santé

9. Données recueillies

- ✓ La perception, connaissance, attitude, des femmes enceintes, du personnel de santé, des membres de l'ASACO et les élus municipaux.
- ✓ Les recommandations pour l'amélioration de la PTME.

10. Traitement et analyse des données

Pour analyser nos résultats, nous avons fait une description statistique des données recueillies.

L'analyse a été faite par le logiciel Epi. Info version 6.fr

11. Aspects Ethiques

La participation à la présente enquête a été strictement volontaire.

Un consentement éclairé a été obtenu pour chaque participant.

La confidentialité de la participation a été observée.

Seul un Numéro est mentionné sur le questionnaire.

Les résultats de cette étude ne seront publiés que sous le sceau de l'anonymat.

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

12. Diagramme de GANT

Dates \ Activités	Mai 2011	Juin 2011	Juillet 2011	Aout-Octobre 2011	Novembre 2011	Décembre 2011	Janvier 2012	Février 2012	Mars 2012
Recherche bibliographique Du protocole									
Elaboration du Protocole d'étude									
Correction du protocole d'étude									
Période d'enquête									
Rédaction du document de thèse									
Correction par le Co-directeur									
Correction par le Directeur									
Correction par les membres du jury									
Soutenance									

V. RESULTATS

Cette étude nous a permis d'obtenir des informations sur le programme de la PTME auprès de :

- ✓ 150 Femmes enceintes vues en consultation prénatale
- ✓ 12 Personnels de santé chargés de l'unité de reproduction
- ✓ 12 Membres de l'ASACO
- ✓ 8 Elus Communaux

1. Caractéristiques sociodémographiques :

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

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentages
15 - 19	30	20%
20 - 24	46	30,7%
25 - 34	62	41,3%
35 - 45	12	8%
Total	150	100%

La tranche d'âge 25-34 ans était la couche la plus représentée en CPN avec une fréquence de 41,3%.

Tableau II : Répartition des gestantes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages
Ménagère	124	82,7%
Commerçante	13	8,7%
Elèves /Etudiantes	11	7,3%
Couturière	2	1,3%
Total	150	100%

La majorité de nos gestantes était des ménagères avec 82,7%.

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

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages
Non scolarisée	100	66,7%
Fondamental	44	29,3%
Secondaire	4	2,7%
Supérieur	2	1,3%
Total	150	100%

66,7% de nos gestantes n'étaient pas scolarisées.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentages
Sabalibougou	132	88%
Hors Sabalibougou	18	12%
Total	150	100%

La majorité de nos gestantes venait de Sabalibougou avec une fréquence de 88%.

2. Antécédents Obstétricaux :

Tableau V : Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentages
Primigeste	28	18,7%
Pauci geste	75	50%
Multi geste	27	18%
Grande multi geste	20	13,3%
Total	150	100%

50% de nos gestantes étaient des pauci gestes.

Tableau VI: Répartition des gestantes selon la Parité

Parité	Effectifs	Pourcentages
Nullipare	32	21,3%
Primipare	31	20,7%
Pauci pare	59	39,3%
Multi pare	21	14%
Grande multi pare	7	4,7%
Total	150	100%

Les pauci pares représentaient 39,3% de la population de l'étude.

3. Information, Connaissance et Perception

Tableau VII : Répartition des gestantes selon leur Connaissance sur l'existence du VIH

Existence du VIH	Effectifs	Pourcentages
Oui	149	99,3%
Non	1	0,7%
Total	150	100%

99,3% de nos gestantes avaient déjà entendues parler du VIH/SIDA

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon leur Source d'information du VIH

Source d'information du VIH	Effectifs	Pourcentages
Médias	109	73,1%
Lors des CPN	29	19,5%
Lors des Causeries	11	7,4%
Total	149	100%

73,1% avaient pour source d'information les médias

Tableau IX: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur les modes de transmission du VIH

Modes de transmission VIH	Effectifs	Pourcentages
Rapports Sexuels non protégés	126	84,6%
Contact Sanguin	10	6,7%
Contact Mère-enfant	2	1,3%
Rapports Sexuels non protégés + Contact Sanguin	4	2,7%
Rapports Sexuels non protégés + Contact Mère-enfant	1	0,7%
Contact Sanguin + Contact Mère-enfant	4	2,7%
Rapports Sexuels non protégés + contact Sanguin + Contact Mère-enfant	2	1,3%
Total	149	100%

Les rapports Sexuels non protégés avec une personne dont le statut sérologique VIH n'est pas connu, étaient le mode de transmission le plus évoqué avec 84,6%.

Tableau X: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant

Transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant	Effectifs	Pourcentages
Oui	137	92%
Non	12	8%
Total	149	100%

92% de nos gestantes affirmaient que la mère séropositive pouvait transmettre le VIH à son enfant.

Tableau XI: Répartition des gestantes selon leur connaissance sur les modes de transmission du VIH de la mère à son enfant

Mécanismes de transmission du VIH de la mère à son enfant	Effectifs	Pourcentages
Au cours de la grossesse	113	82,5%
Pendant l'accouchement	22	16%
Au cours de l'allaitement	2	1,5%
Total	137	100%

82,5% de nos gestantes pensaient que la transmission du VIH de la mère à son enfant s'effectuait au cours de la grossesse.

Tableau XII : Répartition des gestantes selon leur Connaissance sur la possibilité d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Possibilité d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Effectifs	Pourcentages
Oui	100	73%
Non	37	27%
Total	137	100%

73% de nos gestantes affirmaient qu'il y ait une possibilité d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Tableau XIII : Répartition des gestantes selon leur Connaissance sur les modes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Modes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Effectifs	Pourcentages
Dépistage précoce	10	10%
Prise d'ARV	60	60%
Suivi de la gestante jusqu'à l'accouchement	8	8%
Dépistage précoce + Prise d'ARV	12	12%
Prise d'ARV+ Suivi de la gestante	7	7%
Dépistage+Prise d'ARV+Suivi de la gestante	3	3%
Total	100	100%

60% de nos gestantes affirmaient que la prise d'ARV pouvait prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon leur Connaissance sur l'existence de site de la PTME dans le centre

Existence de site de la PTME dans le centre	Effectifs	Pourcentages
Oui	90	60%
Non	60	40%
Total	150	100%

60% de nos gestantes savaient qu'il existait un site de la PTME dans le centre.

Tableau XV : Répartition des gestantes selon le counseling sur le VIH

Counseling sur le VIH	Effectifs	Pourcentages
Oui	120	80%
Non	30	20%
Total	150	100%

80% de nos gestantes ont reçus le counseling sur le VIH

Tableau XVI : Répartition des gestantes selon la nécessité de connaître le statut sérologique

Nécessité de connaître le statut sérologique	Effectifs	Pourcentages
Oui	148	98,7%
Non	2	1,3%
Total	150	100%

98,7% de nos gestantes jugeaient nécessaire de connaître leur sérologie.

Tableau XVII : Répartition des Membres de l'ASACO et des Elus Communaux selon le lieu de travail

Lieu de Travail	Effectifs	Pourcentages
ASACO	12	60%
Centre secondaire d'état civil	8	40%
Total	20	100%

Sur un total de 20 personnes interrogées 12 travaillaient à l'ASACO soit une fréquence de 60%

Tableau XVIII : Répartition des Membres de l'ASACO et des Elus Communaux selon leur connaissance sur les modes de transmission du VIH

Les Modes de transmission du VIH	Effectifs	Pourcentages
Voie Sexuelle	4	20%
Transmission mère – enfant	1	5%
Voie Sanguine	2	10%
Voie Sexuelle + TME	1	5%
Voie Sexuelle + TME + Voie Sanguine	12	60%
Total	20	100%

Les trois voies de transmission étaient les modes de transmission les plus évoqués.

Tableau XIX : Répartition des Membres de l'ASACO et des Elus Communaux selon leur Information sur le Programme de la PTME

A entendu parler du Programme de la PTME	Effectifs	Pourcentages
Oui	18	90%
Non	2	10%
Total	20	100%

90% des membres de l'ASACO et des Elus Communaux avaient déjà entendu parler du programme de la PTME.

Tableau XX: Répartition des Membres de l'ASACO et des Elus Communaux selon leur connaissance sur les mesures préventives de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Mesures préventives de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Effectifs	Pourcentages
Prophylaxie ARV	2	14,3%
Allaitement artificiel	2	14,3%
Prophylaxie ARV+Allaitement au sein exclusive	2	14,3%
Prophylaxie+Allaitement artificiel	7	50%
Prophylaxie+Allaitement mixte	1	7,1% %
Total	14	100%

50% affirmaient que la prophylaxie d'ARV+Allaitement artificiel pouvaient éviter la transmission du VIH de la mère à son enfant.

Tableau XXI: Répartition des Membres de l'ASACO et des Elus Communaux selon leur connaissance sur les avantages du programme de la PTME

Les Avantages du Programme de la PTME	Effectifs	Pourcentages
Empêcher la TME du VIH avant l'accouchement	6	42,8%
Empêcher la TME du VIH pendant l'accouchement	2	14,3%
Empêcher la TME du VIH au cours de l'allaitement	2	14,3%
Empêcher la TME du VIH avant – pendant – après accouchement	4	28,6%
Total	14	100%

Empêcher la TME du VIH avant l'accouchement était la plus évoquée avec 42,8%.

Tableau XXII: Répartition du personnel de santé de reproduction selon la qualification

Qualification du personnel	Effectifs	Pourcentages
Sage-femme	4	33,3%
Infirmier(e)	2	16,7%
Aide Soignante	4	33,3%
Matrone	2	16,7%
Total	12	100%

La majorité de personnel interrogé était des Sages femmes et des Aides Soignantes (33,3%) chacune.

Tableau XXIII : Répartition du personnel de santé de reproduction selon l'unité

Unité	Effectifs	Pourcentages
Consultation prénatale	10	83,3%
Suites de couche	1	8,3%
PEV	1	8,3%
Total	12	100%

83,3% des personnels étaient dans l'unité de CPN.

Tableau XXIV: Répartition du personnel selon la formation en counseling sur la PTME

Formation en Counseling	Effectifs	Pourcentages
Oui	5	41,7%
Non	7	58,3%
Total	12	100%

58,3% du personnel n'avait pas bénéficié de formation en counseling.

Tableau XXV: Répartition du personnel de santé de reproduction selon leur connaissance sur les médicaments disponibles pour la PTME

Médicaments disponibles pour la PTME	Effectifs	Pourcentages
Ne sait pas	3	25%
Névirapine, Zidovudine, Cotrimoxazole	7	58,3%
Rien	2	16,7%
Total	12	100%

La Névirapine, la Zidovudine et la Cotrimoxazole étaient les principaux médicaments disponibles pour la PTME.

Tableau XXVI: Répartition du personnel de santé de reproduction selon leur connaissance sur le suivi des gestantes séropositives.

Suivi des gestantes séropositives	Effectifs	Pourcentages
Ne sait pas	1	8,3%
Tous les mois	11	91,7%
Total	12	100%

91,7% du personnel pensaient que le suivi des gestantes séropositives se faisait tous les mois.

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude nous a permis d'obtenir des informations sur le programme de la PTME auprès de :

- 150 Femmes enceintes vues en CPN
- 12 Personnels de santé de l'unité de santé de reproduction
- 12 Membres de l'ASACO
- 8 Elus municipaux

Nous avons utilisés comme technique d'approche des guides d'entretien individuel.

1. Variables sociodémographiques :

La moyenne d'âge des femmes enceintes dans notre étude était de 25 ans. L'âge minimum était de 15 ans et l'âge maximum était de 45 ans. Ce résultat est similaire à celui réalisée par H.MAIGA [27] au CSREF de la commune IV du district de Bamako dont la plus jeune d'échantillon avait 14 ans et la plus âgée avait 46 ans. L'âge moyen des gestantes était de 25 ans (écart type 6,21).

Selon une étude menée au Togo et plus précisément à Bè et Kloto deux districts sanitaires (28), sur 550 Femmes enceintes interrogée, la plus jeune avait 15 ans et la plus âgée avait 46 ans avec un âge moyen de 26 ans

Toutes les femmes de notre échantillon étaient mariées au moment de l'enquête, parmi elles 66,7% n'étaient pas scolarisées.

Selon une étude réalisée par R. BOITE [29] au CSREF de la commune V du district de Bamako 52,4% des femmes étaient mariées au moment de l'enquête dont plus de la moitié étaient des femmes au foyer avec une fréquence de 61,7%.

Selon l'enquête démographique de santé au Mali 1/3 des femmes de 15 à 49 ans ne travaillent pas et 80% n'ont reçus aucune instruction. [30]

Cependant nous avons constaté qu'au cours de notre étude le niveau

d'instruction des femmes influençaient souvent sur leur connaissance en matière du VIH.

La plus part de nos gestantes habitaient Sabalibougou et les autres venaient d'ailleurs.

2. Variables sur l'information et la connaissance

Les femmes de notre étude avaient presque toutes entendues parler du VIH /SIDA au moins une fois, une grande partie par les médias (73,1%). Cela témoigne le rôle que jouent les médias notamment dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Ce résultat est inférieur à l'étude réalisée par R. BOITE [29] dont 82,93% de femmes enceintes ont entendues parler du VIH/SIDA à travers les médias, alors que les résultats réalisés par GBEGNEDJI [31] montrent que presque la totalité des femmes reçues en CPN avaient entendues parler du VIH/SIDA, avec sources d'informations les médias et le centre de santé.

Ce constat avait été fait lors de l'EDSM IV 2006, qui trouve que 72% des femmes écoutaient la radio une fois par semaine, alors 39% regardaient la télévision au moins une fois par semaine et 10% lisaient les journaux.

L'existence de site de PTME dans le centre était connue de 60% de nos gestantes, plus de 2/3 des femmes enceintes (92%) qui connaissaient les mécanismes de transmission du VIH de la mère à l'enfant savaient que la TME du VIH pouvait être évité et connaissaient au moins une mesure préventive de la TME du VIH.

Selon R.BOITE [29] plus de la moitié avait connaissance de l'existence de la transmission mère-enfant du VIH soit 67,07% de même 48,78% reconnaissaient qu'il y'avait des médicaments qui réduisent la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Selon H.MAIGA : 93,5% des femmes interrogées savaient que le VIH pouvait être transmis de la mère à l'enfant. [27]

3. Attitude et perception des femmes enceintes

Les 98,7% des enquêtées trouvaient qu'il était nécessaire pour une femme enceinte de connaître son statut sérologique et elles étaient tous prêtes pour le dépistage.

Elles étaient tous satisfaites de l'accueil en salle de CPN ce qui est supérieur à celle réalisée par R.BOITE soit 52,31%. [29]

Les femmes interrogées ont bien apprécié le programme de la PTME du VIH et 80% ont bénéficiées le counseling pour la PTME du VIH.

Ce résultat est supérieur à celui des résultats de l'étude réalisée par Dr Y.SALL soit 76,10% [32] et à celui des résultats de la revue nationale sur la PTME qui est de 63,5%. [33]

Les femmes qui ont bénéficiées le counseling, étaient très satisfaites de son utilité et de sa bonne qualité. La majorité d'entre elles pensaient que le conjoint devait être informé de la séropositivité de sa femme en premier lieu.

4. Connaissance et perception des membres de l'ASACO et les Elus municipaux :

L'ensemble des personnes interviewées avaient une bonne connaissance du VIH et avaient entendu parler du programme de la PTME. Selon ces personnes la femme enceinte devait faire nécessairement son dépistage en vue de sauver son enfant ; ainsi elle contribuerait à la lutte contre la pandémie du VIH.

Le programme de la PTME était bien apprécié dans l'ensemble.

Nous avons constaté que les personnes interrogées n'étaient pas au même niveau d'information en matière du VIH/SIDA et de la PTME selon leur source d'information.

La lutte contre le VIH/SIDA est multisectorielle. L'implication des Elus communaux et de la population est nécessaire surtout sur le plan de la prise en charge psychosociale.

5. Connaissance et perception du personnel de santé

La PTME était bien appréciée par les agents et le dépistage s'effectuait dans le centre.

Toutes les personnes interrogées pensaient que la salle pour le counseling n'était pas bien adaptée pour les activités de la PTME. Cette salle bien que contiguë à la salle de CPN ne répondait pas à la norme du counseling pour la PTME.

Selon le personnel malgré la bonne appréciation de la PTME certaines femmes étaient réticentes au dépistage de crainte de ne pas être positive au test et d'être rejetée par leur conjoint, stigmatisée ou marginalisée. D'autres souhaiteraient connaître l'avis du conjoint avant de se faire dépister.

Parmi le personnel formé en counseling les 2/3 connaissaient l'objectif principal de la PTME et était composée de Sages-femmes, d'infirmières obstétriciennes et de Matrones.

Les ruptures fréquentes des réactifs posaient d'énormes problèmes pour la bonne marche des activités de la PTME.

Malgré cette rupture fréquente des réactifs le counseling était proposé aux gestantes ; obligeant à faire des analyses dans les laboratoires publiques.

6. les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la PTME

- L'augmentation de la charge de travail,
- L'insuffisance de formation des agents de santé sur la PTME,
- L'insuffisance de matériels nécessaires et d'infrastructure,
- Le non disponibilité du lait, du test et des médicaments en permanence,
- L'absence de recherche pour les pertues de vue,
- Le non respect des rendez-vous pour la continuation de la CPN après la découverte de la séropositivité dans le centre.

VII. CONCLUSION

Le CSCOM de Sabalibougou est un centre fréquenté par les femmes enceintes pour les CPN. Le programme de la PTME qui a pour but d'atteindre le maximum de femme enceinte en vue de réduire au maximum la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant connaît des insuffisances qui sont entre autres : les ruptures fréquentes de réactifs pour le dépistage, la non application du counseling chez toutes les femmes enceintes, les ruptures des médicaments antirétroviraux et du lait pour les enfants infectés, la non disponibilité d'une salle adéquate pour le counseling.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA constitue une occasion pour la femme enceinte de connaître son statut sérologique et d'assurer la prévention ou la prise en charge en fonction du statut sérologique.

Les femmes avaient une bonne connaissance et une bonne perception du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Malgré cette appréciation positive, il est nécessaire d'organiser des campagnes de communication pour améliorer la mise en œuvre du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

L'intensification des campagnes de sensibilisation avec l'implication de tous les acteurs et des messages clairs et précis pourraient améliorer la perception de la communauté et faciliter une insertion sociale des femmes séropositives.

La lutte contre le VIH/SIDA est multisectorielle, l'implication de la communauté des Elus communaux et des leaders religieux est indispensable.

VIII.RECOMMANDATIONS

Nous recommandons :

Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation dans les médias enfin de faire connaître à la population des centres de PTME.
- Impliquer les leaders d'opinion dans les campagnes de sensibilisation du VIH/SIDA.
- Former et recycler le Personnel pour la PTME.
- Rendre disponible en permanence des réactifs pour la PTME.

Aux autorités communales :

- Appuyer le financement des activités de sensibilisation.
- Intensifier la sensibilisation de la population sur la PTME.
- Impliquer les associations féminines dans les campagnes de sensibilisation.
- Aider les femmes séropositives à s'organiser en association.

Aux prestataires de services PTME :

- Faire le counseling à toutes les femmes enceintes au cours des CPN.
- Organiser des séances d'IEC sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida.

A la population

- Adhérer au programme de la PTME,
- Faire régulièrement la consultation prénatale

3. REFERENCES:

1- GENTILLINI M.

Médecine Tropicale, Médecine-sciences, Flammarion 5^{ème} Edition 1995
435p.

2-O'DONOVAN D. Aryoshik, Milligan P. et col.

Maternal plasma viral RNA levels determine marked differences in
mother-to-child transmission rates of HIV-1 and HIV-2 in the Gambia.
AIDS 2000.

3-OMS.

Surveillance mondiale du sida.

Rel Epidemiol Hebd 1999, 74 :n409-14

4- Mukwaya J.

L'urgence du sida. In : Unicef, ed. Le progrès des nations 1999. New
York, 1999 : 16-25

5- Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique :

Edité par le Réseau Africain pour les soins aux enfants affectés par le
SIDA.

Edition Révisée, Juillet 2006.

6-Diallo B A. Coulibaly S A. Diarra D D. Sow Sy A.

SOMAGO 2006;

Bilan de la PTME dans le centre de santé de référence de la commune
II du District de Bamako, résultats 2005.

7- TRAORE C. D. et coll.

Quatrième journée VIH/SIDA de Bamako « Prise en charge globale du
VIH : Passage à Echelle ».

Prévention de la transmission mère enfant du VIH en zone
décentralisée : l'expérience de la région de Ségou, Mali.

Thèse : Pharmacie ; Bamako 2003. n°65

8- Gentilini M, Duflo B :

SIDA tropical in Médecine tropicale, 1986, 401-413 n°4286.

9 - Rapport ONU/Sida 2009

www.unaids.org://www.unaids.org consulté le 6/11/2010

10 - Ministère de la santé/Direction nationale de la santé

Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2001 (EDMS-III)

11 - Ministère de la santé/Direction nationale de la santé

Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2006 (EDMS-IV)

12 - Blanche S

Infection à VIH de la mère et de l'enfant Paris : Flammarion médecine Sciences, 1998 ; 313p

13 - OMS

Centre des medias. Aide mémoire. Grossesse et VIH/SIDA. Juin 2000; 250: p1-2.

14- Kattrra NM.

Etude de la prévalence des MST/VIH et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, et Mopti. Thèse Pharmacie Bamako 2002 ; n°14

15- Montagnier L.

Virus de l'immunodéficience humaine Revue Prat 1987 ; 37 : 2553-2558

16- Paufique MO.

Aspect épidémiologique et clinique actuel de l'infection par le VIH en Afrique tropicale. Thèse, Médecine, Marseille, 1988.

17- Alzouma AS.

Etude comparative des politiques de gestion des antirétroviraux dans 5 pays de L'Afrique Occidentale: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Togo. Thèse Médecine, Bamako n°52

18- Boyer PJ, 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.

19- ONU/Sida.

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

20- ONU/Sida.

Le point sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Décembre 2006; p1-78.

21- Ouattara M.

Association cancer du col de l'utérus et infection par le virus de l'immunodéficience humaine dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas. Thèse Médecine Bamako 2005 ; 140p n°82.

22- Barin Retroviridae.

Les virus de l'Immunodéficience Humaine (HIV), virologie médicale. Septembre 2002; 798: 569- 594

23- Neil M A M D.

Antiretroviral and elective c- section dramatically reduce mother- to-child HIV transmission. Journal Watch Infectious Diseases February 28, 2005.

24- Basse Ch.

Contribution à l'étude de l'infection à VIH en milieu hospitalier à Bamako. Thèse: Méd: Bamako, 1988; 66p; n°43

25 - Brocklehurst P, French R.

The association between maternal HIV infection and perinatal outcome a Systematic review of the literature and meta-analysis.

Br J Obst Gynecol 1998; 105: 836-48

26-CCSLs. Manuel pour le formateur PTME 2007 ; 115-122

27- Habiyata Dite Haby Maiga :

Evaluation des connaissances sur le VIH/SIDA des gestantes au CSREF de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2008 ; n°89

28- Sallah ED, Apallooye, Wonegon KP, Amouzou A.

Etude comparative sur les connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec le VIH/SIDA auprès des femmes enceintes dans les districts sanitaires urbain de Bè et rural de kloto (Togo). Médecine d'Afrique noire 2006-53(12).www.santetropicale.com(kiosque/man) sommaire. aspid. article = 830.

29- Rokia Boite:

Problementique de l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le service de gyneco-obstétrique du district de Bamako. Thèse de médecine 2005-2006; n°4.

30- Ministère de la Santé/Direction Nationale de la santé

Enquête Démographique de santé III: Mali;2003.

31-Gbegnedji Kodjogau

Evaluations des facteurs déterminants sur l'utilisation des services de la prévention mère-enfant du VIH dans le district de Baamako. Thèse de Pharmacie, 2005; n°16.

32-Dr Youma Sall:

Problematique de la mise en oeuvre du programme de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH dans la commune VI du district de Bamako au Mali avril 2006.

33- Ministère de la Santé

Cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2001-2005.

4. ANNEXES : FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE POUR LES FEMMES ENCEINTES

A- DONNES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

N° :

Age/ans

Ethnie: 1= Bambara 2= Peulh 3=Malinké 4= Sarakolé
5= Sonrhäï 6= Autres à préciser :.....

Nationalité: 1= malienne 2= Afrique de l'Ouest
3= Afrique Centrale 4= Autres à préciser :

Profession : 1=Ménagère 2=Fonctionnaire 3=Commerçante
4=Conventionnaire 5= Couturière 6=Elève/Etudiante
7= Autres à préciser :.....

Situation Matrimoniale : 1=Mariée 2=Célibataire 3=divorcée
4=Veuve 5=Autres à préciser :

Niveau d'instruction : 1=Non scolarisé 2=Fondamental 3=secondaire
4=Supérieur 5=Autres à préciser :

Lieu de résidence : 1=Sabalibougou 2= Hors Sabalibougou
3=Autre à préciser :

B- ANRECEDENTS OBSTETRICAUX :

Nombre de grossesses :

Nombre d'accouchements :

Nombre d'avortements :

Nombre d'enfants vivants :

Nombre d'enfants décédés :

Nombre de CPN effectuées pendant la grossesse en cours :

C- INFORMATION, CONNAISSANCE ET PERCEPTION

Comment appréciez-vous votre accueil en salle de CPN ?

1=Bon 2=Acceptable 3=Mauvais

Avez-vous entendue parler du Sida ? 1=Oui 2=Non

Si oui, par quel canal ?

1=A la Radio

2=A la Télévision

3=Lors des causeries

4=Lors des CPN

5=Autres à préciser :

Selon vous comment attrape-t-on le Sida ?

1=Par les rapports sexuels non protégés

2=Par le contact sanguin

3=Par contact mère-enfant

4=Autres à préciser :

A=1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

Saviez-vous que la mère séropositive peut transmettre le virus du

Sida à son enfant ? 1=Oui 2=Non

Si oui, par quel mécanisme ?

1=Au cours de la grossesse

2=Pendant l'accouchement

3=Au cours de l'allaitement

Cette transmission peut-elle être évitée ? 1=Oui 2=Non

Si oui comment ?

1=Par le dépistage précoce

2=Par la prise des ARV

3=Par le suivi de la femme jusqu'à l'accouchement

A= 1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

Est-ce qu'on vous a parlé de la PTME en CPN ? 1=Oui 2=Non

Comment appréciez-vous le programme de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ? 1=Bon 2=Mauvais

Est-ce que la confidentialité est respectée ? 1=Oui 2= Non

Est-ce qu'on vous a proposé le counseling sur le VIH ? 1=Oui 2=Non

Le counseling face au VIH a été utile pour vous ? 1=Oui 2=Non

Comment appréciez-vous la qualité du counseling sur le VIH/SIDA ?

1=Bon 2=Acceptable 3= Mauvais

Si Mauvais pourquoi ?.....

Pensez-vous qu'il est nécessaire pour une femme en ceinte de connaître son statut sérologique ? 1=Oui 2=Non

Si Oui, pourquoi ?

Si Non, pourquoi ?

Seriez-vous prête à vous faire dépister ? 1=Oui 2=Non

La femme séropositive doit-elle informée quelqu'un de son statut VIH ? 1=Oui 2=Non

Si Oui, qui doit-elle informer en premier lieu ?

1=Parents 2= Ami (e) 3= Conjoint

4= Autres à préciser :

Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration sur la PTME ?

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

QUESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL DE SANTE

A. Identification de l'agent

Sexe : 1= Masculin 2= Féminin

Qualification de l'agent : 1= Médecin 2= Sage-femme 3=Infirmière
4= Assistant médical 5= Aide Soignante
6= Matrone 7= Autres à préciser :.....

Dans quelle unité êtes-vous : 1= CPN 2= Suites de couche 3= PEV
4= Planning 5= Consultation externe
6= Autres :

B. Formation

Connaissez-vous la PTME : 1= Oui 2= Non

Avez-vous été formé en counseling sur la PTME : 1=Oui 2=Non

Si Oui, en quelle année :.....

Qu'est-ce que cette formation vous a apportée :

1= Améliorer l'organisation de l'unité

2= Mieux comprendre ce que je fais

3= Corriger les erreurs passées

4= Gagner plus d'argent

5=A=1+2 B=1+3 C=1+4 D= 2+3 E= 2+4 F=3+4 H=1+2+3 I= 1+2+3+4

6= Rien

C. Connaissance Attitude et Perception sur la PTME

Quel est l'objectif principal de ce programme :

1= Sauver la mère

2= Empêcher qu'elle transmette le VIH à d'autres

3= Prévenir la transmission du VIH à son enfant

4= A=1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

5= Ne sait pas

Quelles sont les activités préconisées par ce programme :

.....

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

Votre centre dispose t-il d'une salle de counseling en PTME :

- 1=Oui et adapté
- 2=Oui et inadapté
- 3=Oui mais non utilisé
- 4=Non

Le counseling est-il appliqué à toute femme enceinte reçue en CPN ?

- 1=Oui
- 2=Non

Faites-vous le dépistage dans votre centre ? 1=Oui 2=Non

Quelle est votre attitude devant une femme enceinte qui vient d'être dépistée séropositive ?

Existe t-il un médecin formé pour la prise en charge des femmes enceintes séropositives et des enfants nés de mère séropositive ?

- 1=Oui
- 2=Non
- 3=Ne sait pas

Si Non, où se fait la prise en charge ?

- 1=Au CSREF de la commune V
- 2=A l'hôpital Gabriel Touré
- 3=Au CESAC

Quels sont les médicaments disponibles pour la PTME dans votre structure ? 1=Névirapine 2=Zidovudine 3=Cotrimoxazole

- 4=Rien
- 5=Ne sait pas

Faites-vous la distribution de lait aux enfants infectés? 1=Oui 2=Non

Y-a-t-il eu des ruptures de médicaments au cours de l'année écoulée ?

- 1=Oui
- 2=Non
- Si Oui combien de temps ?

Y-a-t-il eu des ruptures de réactifs au cours de l'année écoulée ?

- 1=Oui
- 2=Non
- Si Oui combien de temps ?

Y-a-t-il eu des ruptures de lait au cours de l'année écoulée ?

- 1=Oui
- 2=Non
- Si Oui combien de temps ?

Comment se fait le suivi de la femme enceinte séropositive ?

- 1=Tous les mois
- 2=Quant la femme est malade

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

3=Ne sait pas

Quelle disposition faut-il entreprendre pour que les femmes enceintes séropositives ne soient pas perdues de vue pour leur suivi et même leur accouchement ?.....

Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'application effective de la PTME ?.....

Quelles sont vos recommandations pour l'amélioration de la PTME ?

.....
.....

**QUESTIONNAIRE POUR LES MEMBRES DE L'ASACO
ET LES ELUS COMMUNAUX**

A-IDENTIFICATION

Age : ans

Profession : 1=Ménagère 2=Fonctionnaire 3=Commerçant
4=Conventionnaire 5=Autres à préciser:.....

Situation Matrimoniale : 1=Mariée 2=Célibataire 3=divorcée 4=Veuve

Niveau d'instruction : 1=Non scolarisé 2=Fondamental 3=secondaire
4=Supérieur 5=Autres à préciser :.....

B-CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PERCEPTION SUR LA PTME

Avez-vous entendue parler du Sida ? 1= Oui 2= Non

Quelles sont les modes de transmissions du virus du Sida ?

1= voie sexuelle 2= voie sanguine

3=Transmission mère-enfant 4= Je ne sais pas

A= 1+2 B= 1+3 C=2+3 D= 1+2+3

Saviez-vous que la mère séropositive peut transmettre le virus du Sida
à son enfant ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Si Oui, par quel mécanisme :

1= Au cours de la grossesse

2= Pendant l'accouchement

3= Au cours de l'allaitement

A= 1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

Cette transmission peut-elle être évitée ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Si Oui, par quel mécanisme :

1=Par la prophylaxie avec les ARV

2=En allaitant l'enfant au sein exclusivement

3=Le lait artificiel

A= 1+2 B= 1+3 C= 2+3 D= 1+2+3

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

Selon vous est-il nécessaire pour une femme enceinte de connaître sa sérologie ? 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas

Si Non, pourquoi ?

Avez-vous entendue parler du programme de la PTME? 1=Oui 2=Non

Si Oui, par quel canal ?

1=A la Radio

2=A la Télévision

3=Lors des causeries

4=Lors des CPN

Selon vous quels sont les avantages du programme de la PTME ?

1=Empêcher la TME avant l'accouchement

2=Empêcher la TME pendant l'accouchement

3=Empêcher la TME au cours de l'allaitement

La PTME est-il un programme utile pour la société ? 1=Oui 2=Non

Si Oui, pourquoi ?

Comment apprécierez-vous l'application de la PTME dans le CSCOM de Sabalibougou ? 1=Bon 2=Mauvais 3= Autres à préciser :

Quel est votre niveau d'implication dans les activités de la PTME dans votre aire de santé ?

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KONE

Prénom : Soumaila

Email : soumkone2@yahoo.fr

Titre: Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou secteur I du District de Bamako.

Année académique : 2011-2012

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt: Epidémiologie, Infectiologie

Résumé:

Dans le but de déterminer les problèmes liés à l'utilisation des services de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans le centre de santé communautaire de Sabalibougou secteur I du district de Bamako, nous avons mené une étude quantitative prospective et transversale s'étalant du 1^{er} Aout au 30 Octobre 2011 avec une collecte prospective des données.

Nous avons interrogé 150 femmes enceintes en consultation prénatale, 12 personnels de santé du CSCOM chargé de l'unité de reproduction, 12 membres de l'ASACO, 8 Elus municipaux dans le but d'étudier leur connaissance et attitude vis-à-vis du VIH.

Les résultats ont montré que les femmes ont en général une bonne connaissance du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Plus de la moitié ont bénéficiée du counseling pour la PTME du VIH, elles étaient très satisfaites de son utilité et sa bonne qualité. Malgré cette appréciation positive, il est nécessaire d'organiser des campagnes de sensibilisation pour améliorer la mise en œuvre du programme de la PTME du VIH.

**Problématique de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSCOM de Sabalibougou
secteur I du District de Bamako.**

La lutte contre le VIH/SIDA est multisectorielle, l'implication de la communauté des Elus communaux et des leaders religieux est indispensable

Mots clés: VIH, PTME, CSCOM de Sabalibougou I Bamako.

Name: KONE

First: Soumaïla

Email: soumkone2@yahoo.fr

Title: Problematic of mother to child prevention to the transmission of HIV from in Sabalibougou CSCOM sector I in district of Bamako.

School yea from: 2011 to 2012

Origin country: Mali

Place of deposit: Library to the Medicine Faculty of Pharmacy and Odontostomatology of Bamako.

Interest sector: Epidemiology, infectiology

Summary:

In the aim to determined the problems due of useness the services of prevention to the transmission of HIV from mother to child in the health communitary center in Sabalibougou's sector I in district of Bamako, we did a quantitative or (an incarta) propective study and transversal between from the 1rst August to 30October 2011 with a real prospective of data.

We've asked 150 pregnant women in anti natal consultation or surgery twelve personals of health to CSCOM loated of unity of birth twelve members of ASACO, eight municipals elected in the aim to study their knowledge and bearing vis a vis to HIV.

The answers showed that the women have in general a good knowledge of program to the prevention of the transmission of HIV from mother to child.

Most the half wan the counseling by the PTME of HIV, they were very satisfied to her useness and her good campaigns of sensibilization to improve the take care of program to the PTME of HIV.

The battle against the HIV/ AIDS is multisectoral the implication to the community of communal elected and religions leaders is indispensable (very important)

Importants word: HIV, PTME, CSCOM of Sabalibougou's I Bamako.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y
passe, ma langue taira les secrets qui lui seront confiés et mon état
ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de
race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon
devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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