

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple - Un But - Une Foi



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

Année Universitaire 2018 - 2019

N° \_\_\_\_\_ /Med

**THESE**

**DEPISTAGE TARDIF DU VIH EN SALLE  
D'ACCOUCHEMENT A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU  
DE KAYES : ASPECTS CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE**

Présentée et soutenue publiquement, le 08/10 / 2019

Devant la Faculté

de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR : M. Mamadou C. DIALLO

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

JURY

**Président :** Pr Soukalo DAO  
**Membres :** Dr Amadou BOCOUM  
Dr Djénéba KONATE  
**Co-directeur :** Dr Mahamadou DIASSANA  
**Directeur :** Pr Youssouf TRAORE

A Allah le tout puissant, Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux, 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, Que ta volonté soit faite, Amen.

Au prophète Mohamed, Paix et salut sur lui, à toute sa famille et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

**A mon Père DIALLO Cheickna**, Cher père vous nous avez dit que la fierté et la dignité d'un homme c'est le travail, nos études ont été au-dessus de toutes vos préoccupations, votre rigueur dans le travail, votre optimisme et vos soutiens moral et financier sont le fruit de ce travail. Père je ne saurai vous remercier assez qu'Allah le tout puissant vous bénisse et vous accorde une bonne santé et longévité Amen.

**A ma Mère DEMBELE Coumba**, Une Mère que je n'arrêterai jamais de vanter, battante, courageuse, soucieuse pour l'avenir de ses enfants et ceux des autres ; vous nous avez toujours éduqué la bonne conduite, la dignité et l'honnêteté. Vos attention et affection m'ont toujours apporté de la confiance en moi. Qu'Allah le tout puissant vous bénisse et vous accorde une bonne santé et longévité Amen.

**BAH Mamadou Yoro**, mon homonyme, une source d'inspiration pour moi merci pour vos soutiens moral Qu'Allah le tout puissant vous bénisse et vous accorde une bonne santé et longévité Amen.

**Dr CAMARA Fantamady et sa famille** ; tu m'as accueilli et m'accompagne durant ses années passées, vos soutiens moral et financier ne m'ont jamais fait défaut que je vous en sois reconnaissant.

**A toutes la famille DIALLO**, vous qui avez choisi et accepté de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

A mon binôme **DIALLO Amadou**,

Venu de diverse horizon pour se retrouver dans une chambre pour un objectif commun. Tes encouragements, tes soutiens moral et financier ont rendu les moments difficiles de belle souvenir.

Ton amour et ta tendresse on fait mes moments n'ont pas fait défaut merci pour tout, que Dieu nous reste unis Amen.

**A mes collègues Konaté Adama, Dolo Issiaka T et Baldé Mahamadou** je ne saurai vous remercier au tant pour vos respect et considération à ma personne.

## Remerciements

Je profite de cet instant pour adresser mes vifs remerciements,

- A la République du Mali
- Aux corps enseignants de la FMOS
- A l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, merci pour l'accueil et bonne collaboration,
- Au Dr DIASSANA Mahamadou, Dr MACALOU Ballan, Dr DEMBELE Sitapha merci pour la qualité de l'enseignement reçu de votre part,
- KEITA Kadiatou sage-femme maitresse merci Maman
- A toutes les sages-femmes et infirmière-obstétricienne du service merci pour vos soutiens et votre accompagnement,
- Mes aînés du service Dr KOITA Baraky, Dr SIDIBE Bah, Dr NIANG N'faly, Dr DIARRA Salim Issa je vous dit merci
- Mes cadets KEITA Falaye, DOUMBIA Aminata, FOMBA Daouda
- A toutes l'équipe d'anesthésie, les aides et les manœuvre du bloc merci pour votre compréhension et votre disponibilité,
- Mon groupe de travail a la faculté (GACKOU Mahamadou, COULIBALY Aminata, DIARRA Bakary, EKPAOU Medede Carole) merci pour tout le soutien,
- Ma mère DIALLO Kadiatou et tous les personnels du CSCOM de Mahina
- Dr OUTTARA Boubacar Zana et sa femme DOUMBIA Alimatou,
- Mes neveux et confident DIALLO Oumar, CAMARA Adama merci votre accompagnement je vous souhaite de tout cœur bonne chance dans vos différents projets,
- Mes aînés de DUBA (Dr Sissoko Moussa S, Dr Sidibé Modi, Dr Dembélé Mallé, Dr KONE Ousmane, TRAORE Tiessoncoro Cheick Tidiane
- Mes amis DIALLO Mamadou Dialla, KONE Fatogoma Ladji, TOURE Amadou S, DIALLO Mamadou M,
- Mes petites sœurs DIALLO Fatoumata, SISSOKO Founéba, KONE Fanta Danaya, merci pour tout l'effort fourni,
- TEME Mahamadou, SAMAKE Djénebou, NIANGALOU Safiatou, KEITA Fatoumata, je vous dis merci

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

### **Professeur Soukalo DAO**

- ◆ Professeur titulaire des maladies infectieuses et tropicales à la FMOS ;
- ◆ Ancien chef DER en Médecine et Spécialistes Médicales ;
- ◆ Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS ;
- ◆ Investigateur clinique Sénior au centre universitaire de recherche clinique UCRC/SEREFO ;
- ◆ Président de la SOMAPIT ;
- ◆ Membre du Collège Ouest Africain des Médecins ;
- ◆ Membre de la SAPI.

**Cher maitre,**

Vous nous faites un grand et vibrant honneur, cher maitre en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté nous a beaucoup marqué.

Votre simplicité et votre bienveillance font de vous un maitre respecté. Veillez recevoir ici cher maitre nos sincères remerciements.

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

### **Dr BOCOUM Amadou**

- ◆ Maître-assistant gynécologie Obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- ◆ Praticien hospitalier au service de GO du CHU Gabriel Touré ;
- ◆ Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et Obstétrique en France ;
- ◆ Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en gynécologie en France ;
- ◆ Titulaire d'un Diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France ;
- ◆ Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

### **Cher maitre,**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury. Votre courtoisie, votre humilité, votre sens du travail bien fait font de vous une référence.

Vous avez montré d'une grande disponibilité pour parfaire ce document. Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance

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

### **Dr KONATE Djéneba**

- ◆ Maître-assistante à la faculté de médecine et d'odontomatologie
- ◆ Praticien hospitalière au service de pédiatrie CHU Gabriel Touré

### **Cher maître,**

Vôtre simplicité, votre disponibilité et votre souci d'aider l'apprenant nous ont impressionnés. Votre courage et votre abnégation au travail font de vous un exemple à suivre. Trouvez ici maître l'expression de profonde gratitude.

## **A CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **Dr DIASSANA Mahamadou**

- ◆ Gynécologue-obstétricien à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- ◆ Attache de recherche à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- ◆ Praticien hospitalier à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- ◆ Chef de service de gynéco-obstétrique à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- ◆ Chargé de cour a INFSS de Kayes

### **Cher maitre,**

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce travail.

Votre assiduité, votre rigueur, vos qualités humaines irréprochables ont forcé notre admiration. Vous êtes un maître juste et intègre. Vous demeurez pour nous un exemple.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes, et nous prions le Tout puissant de vous accorde une longue vie Amen.

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

### **Professeur TRAORE Youssouf**

- ◆ Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS
- ◆ Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,
- ◆ Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali
- ◆ Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO),
- ◆ Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO),
- ◆ Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II,
- ◆ Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- ◆ Enseignant chercheur,

### **Cher Maitre,**

les mots nous manquent pour honorer vos innombrables qualités d'homme exemplaire.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre générosité, votre simplicité, votre sens élevé de la perfection, votre rigueur dans la démarche scientifique font de vous un professeur admirable.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.



## SIGLES ET ABREVIATIONS

**ADN** : Acide désoxyribonucléique

**AIDS** : immuno deficiency syndrome

**Ag** : Antigène

**ARN** : Acide ribonucléique

**ARV** : Anti retro viral

**AZT** : Zidovudine

**CDC** : Centers for Disease Control and Prevention

**CD4** : Cluster of differentiation 4

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CMV** : Cytomégalovirus

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CSREF** : Centre de santé de référence

**CV** : Charge virale

**DES** : Diplôme d'étude spécialisée

**DNS** : Direction nationale de la santé

**EDSM** : Enquête démographique et de santé du Mali

**ETME** : Elimination de la transmission mère-enfant

**HSH** : Hommes ayant des rapports avec les hommes

**Gp** : gluco-protéine

**Ig** : Immunoglobine

**IMAARV** : Initiative malienne d'accès aux anti-rétroviraux

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**MFUI** : Mort fœtale in utéro

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernemental

**ONUSIDA** : Organisation des nations unies de lutte contre le SIDA

**PCR** : Polymerase chain réactive

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PS** : Professionnels du sexe

**PTME** : Prévention de la transmission mère-enfant

**PVVIH** : Personne vivant avec le VIH

**RPM** : Rupture prématurée des membranes

**SIDA** : Syndrome immunodéficience acquise

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

**SA** : Semaine d'aménorrhée

**SIS** : Système d'information sanitaire

## Liste des figures

Figure 1: Schéma organisationnel du virus VIH[1] .....	19
Figure 2 : La connaissance des différentes étapes du cycle réplicatif des VIH est essentielle pour la compréhension de la physiopathologie de l'infection, chacune de ces étapes étant une cible potentielle des thérapeutiques antivirales. ....	22
Figure 3: Mécanismes de transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience.....	25
Figure 4: Estimation de nombre des adultes et enfants vivants avec le VIH/2015[5] .....	27
Figure 5: Notion d'information sur le VIH/SIDA. ....	56
Figure 6: Répartition des parturientes selon le taux d'acceptation du test. ....	56
Figure 7 : Répartition des parturientes selon le résultat du test. ....	57
Figure 8: Répartition des parturientes selon le désir d'informer le procréateur de leur statut sérologique. ....	58
Figure 9: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement. ....	60
Figure 10: Répartition des parturientes dépistées positives selon la voie d'accouchement. ....	61
Figure 11: Répartition des parturientes dépistées positives selon la réalisation de l'épisiotomie. ....	61
Figure 12: Répartition des parturientes dépistées positives selon la réanimation des nouveau-nés. ....	64
Figure 13: Répartition des parturientes dépistées positives selon le pronostic périnatal des nouveau-nés. ....	66

## Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des parturientes selon l'âge.....	48
Tableau II Répartition des parturientes selon la profession.....	49
Tableau III: Répartition selon leur résidence .....	49
Tableau IV : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial. ....	50
Tableau V: Répartition des parturientes selon leur durée de vie commune. ....	50
Tableau VI: Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction. ....	51
Tableau VII: Répartition des parturientes selon la fonction des procréateurs .....	51
Tableau X: Répartition des parturientes selon leur gestité.....	52
Tableau XI: Répartition des parturientes selon leur parité.....	52
Tableau XII: Répartition des parturientes selon la réalisation des CPN .....	53
Tableau XIII: Répartition des parturientes dépistées positives selon le nombre de CPN. ....	53
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur des CPN .....	54
Tableau XV: Répartition des parturientes selon leurs motifs d'admission .....	55
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le motif de refus de réaliser le test.....	57
Tableau XVIII : Réactions des parturientes dépistées positives .....	58
Tableau XIX: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel.....	59
Tableau XX: Répartition des parturientes selon le moment de counseling .....	59
Tableau XXI: Répartition des parturientes dépistées positives en fonction du traitement reçu. ....	60
Tableau XXII: Répartition des parturientes dépistées positives selon le type de délivrance. ....	62
Tableau XXIII: Répartition des parturientes dépistées positives selon l'Apgar des nouveau-nés.....	62
Tableau XXIV: Répartition des parturientes dépistées positives selon le poids des nouveau-nés. ....	63
Tableau XXV: Répartition des parturientes dépistées positives selon la taille des nouveau-nés. ....	63
Tableau XXVI: Répartition des parturientes dépistées positives selon le terme de la grossesse. ....	64
Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon l'administration d'ARV.....	65
Tableau XXVIII: Répartition des parturientes dépistées positives selon le mode d'allaitement.....	65

## Table des matières

INTRODUCTION .....	14
OBJECTIFS : .....	16
GENERALITES .....	17
1- Définitions .....	17
2-Rappels.....	17
3- Epidémiologie : .....	26
4-Facteurs intervenant dans la transmission mère enfant du VIH : .....	29
5- Dépistage et prise en charge du VIH .....	32
6- Diagnostic sérologique selon l’OMS : [2] .....	34
7- Prévention de l’infection à VIH.....	35
METHODOLOGIE .....	41
1- Cadre d’étude : .....	41
2- Type d’étude : .....	44
3- Population d’étude : .....	44
4- Echantillonnage : .....	44
5- Variables mesurées : .....	44
6- Collecte des données : .....	45
8- Définitions opérationnelles : .....	46
9- Déroulement pratique : .....	46
10- Diagramme de Gantt .....	47
RESULTATS .....	48
<b>1- Fréquence :</b> .....	48
<b>2- Etudes :</b> .....	48
3-Counseling et dépistage du VIH/SIDA.....	56
DISCUSSION .....	67
1-Difficultés : .....	67
2-Fréquence : .....	67
3-Caractéristiques sociodémographiques : .....	67
4-Etude clinique.....	68
5- Prise en charge : .....	70
6- Pronostic : .....	71
CONCLUSION .....	73
RECOMMANDATIONS : .....	74
REFERENCES : .....	75
FICHE D’ENQUETE .....	79
Material safety data sheet.....	86

## INTRODUCTION

Le SIDA est un état de déficit immunitaire viro-induit, dont l'agent pathogène est le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Le sigle SIDA correspond à la contraction du syndrome d'immunodéficience acquise [1].

En 2014, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 70% de personnes infectées (estimation OMS 2015) vivaient en Afrique-sub-saharienne [2].

En 2010, 3,4 millions de personnes infectées étaient des enfants et plus de 90 % d'entre eux ont été contaminés de façon dite verticale au moment de la grossesse ou de l'allaitement. La transmission de la mère à l'enfant constitue l'un des principaux modes de contamination [2]. Celle-ci peut se réaliser in utero, per-partum, post partum et à l'allaitement maternelle. [2]. Par conséquent, les moyens de prévention de la transmission verticale du VIH doivent forcément s'intéresser à ces trois étapes.

Depuis plusieurs d'années, il existe plusieurs méthodes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Leur évolution est liée non seulement à une meilleure connaissance des facteurs de risque de la transmission verticale du VIH, mais aussi à la mise en place de nombreux essais et protocoles cliniques portant essentiellement sur l'utilisation d'antirétroviraux.

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. La transmission mère-enfant du VIH/SIDA est de l'ordre de 30-50%. [3]

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 se fait après consentement éclairé. [4]

Au Mali la pandémie du VIH / SIDA reste un problème d'une extrême gravité pour la santé publique et le développement, les femmes et les enfants en constituent les cibles les plus vulnérables.

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.

En 2010, 380 patientes avaient bénéficié d'un counseling dépistage du VIH dans la salle d'accouchement dont 369 avaient accepté de faire le test au centre de santé de référence de la commune V. [4]

Au Mali beaucoup d'études ont objectivé le rôle de la prévention de la transmission mère-enfant, mais peu d'étude ont été consacrées afin de déterminer la fréquence du dépistage du VIH chez les parturientes admises en salle d'accouchement d'où l'initiation et l'intérêt de notre étude.

## **OBJECTIFS :**

### **1- Objectif général :**

Etudier le dépistage du VIH chez les parturientes admises en salle d'accouchement dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

### **2- Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence du VIH chez les parturientes dépistées dans la salle d'accouchement,
- Déterminer le profil sociodémographique de ces parturientes,
- Rapporter le schéma de prise en charge de la parturiente dépistée VIH positif en salle d'accouchement,
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal.



## GENERALITES

### 1- Définitions

- Définition du dépistage du VIH : Ensembles d'activités permettant de mettre en évidence ou de détecter le virus, ses composantes ou des éléments spécifiques nécessaires à l'identification, la quantification de façon interprétable à partir de produit biologique dûment prélevé
- Le SIDA est un état de déficit immunitaire viro-induit, dont l'agent pathogène est le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Le sigle SIDA correspond à la contraction du syndrome d'immunodéficience acquise.
- PTME : le sigle est couramment utilisé pour désigner les programmes et interventions conçus pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- ETME : Elimination de la transmission du VIH de la mère a l'enfant.
- Gravido-puerpérale : Il s'agit de toutes femmes enceintes ou se situant dans les 42 jours du post-partum.

### 2-Rappels

#### 2-1. Historique :

Le premier cas documenté d'infection par le VIH chez l'homme remonterait à l'année 1959 où une prise de sang a été effectuée sur un homme au Congo, suivront alors plusieurs patients atteints de maladies rares (notamment la maladie de Kaposi), aujourd'hui considérées comme maladies opportunistes liées au VIH. [1]

Ainsi que les tests réalisés sur du sang congelé, prélevé dès 1959, ont par la suite confirmé la présence du virus VIH. [1]

En 1969, aux États-Unis, un adolescent de 15 ans meurt à l'hôpital de Saint-Louis d'une forme particulièrement sévère de maladie de Kaposi. Lors de son interrogatoire, il avait déclaré être né à Saint-Louis, n'avoir jamais voyagé ni reçu de transfusion sanguine. Un test sur du sang congelé de ce patient est effectué en 1987, détectant ainsi le VIH. Ce garçon est soupçonné d'avoir été contaminé par voie sexuelle, ce qui impliquerait l'existence de cas préalables aux États-Unis. [1]

L'épidémie du Sida a officiellement commencé le 5 juin 1981, lorsque le CDC : Centers for Disease Control and Prevention, note dans sa revue Morbidity and Mortality Weekly Report, une recrudescence de cas de pneumocystose chez cinq homosexuels à Los Angeles. [10]

Les premiers malades étant exclusivement des homosexuels, le syndrome va être appelé, par certains, le « gay-related immunodeficiency disease » (GRID). [10] Toutefois, il apparaît rapidement que des hémophiles, des usagers de drogues par voie veineuse, des hétérosexuels et des immigrants haïtiens sont également touchés. Finalement, l'appellation « Acquired immune deficiency syndrome » (AIDS) va être retenue. [11]

Cette dénomination sera ensuite traduite dans plusieurs langues. Les progrès du traitement et la prévention de l'infection par le VIH ont été spectaculaires dans les années 1990, en 1994, le premier tournant a eu lieu avec la preuve que l'AZT réduit de deux tiers le risque de transmission mère-enfant, de 20 % à 7%. Un deuxième tournant a eu lieu en 1996 avec l'avènement des trithérapies, permettant une diminution de 80 % de l'incidence du sida et une amélioration correspondante de la survie, l'utilisation de traitements antirétroviraux efficaces a également bouleversé la prévention de la transmission du VIH, que ce soit de la mère à l'enfant ou par voie sexuelle.

Ces progrès ont entraîné un changement profond dans les attitudes des médecins, les mentalités de la société et les projets des patients. Avant l'arrivée des traitements, les médecins déconseillaient la grossesse, même si de nombreuses femmes n'ont pas attendu pour devenir enceintes. Actuellement, des femmes séropositives sont autorisées à avoir des enfants. [12]

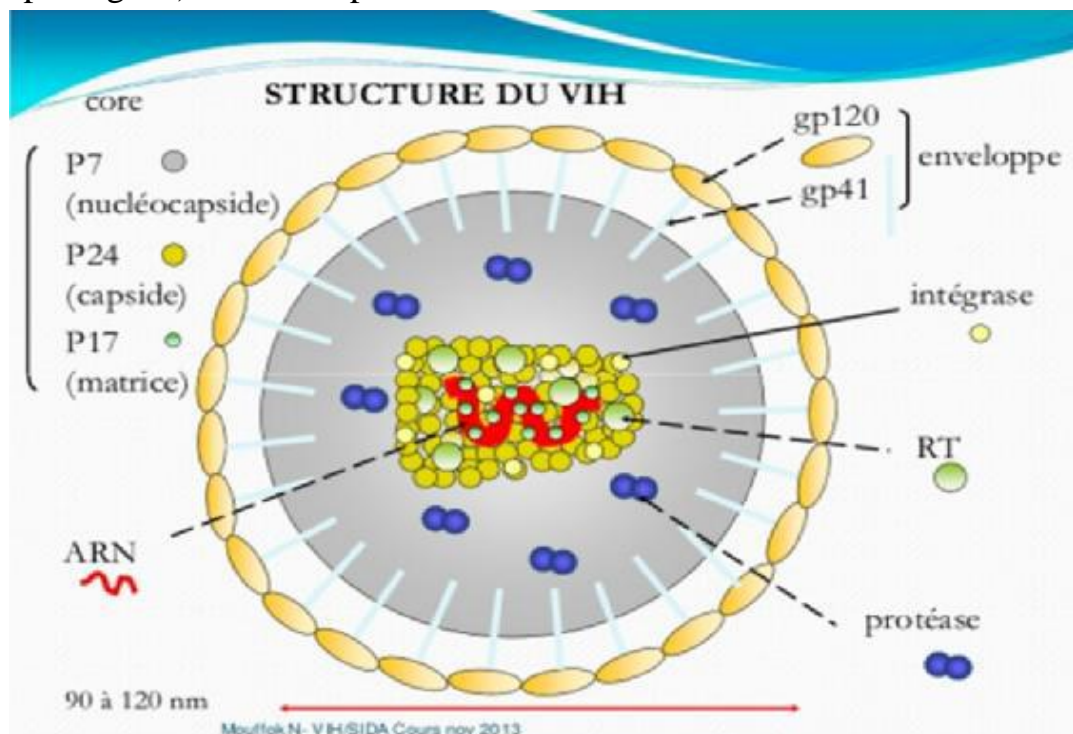
A partir des années 2000, dans les pays industrialisés, la diffusion massive des combinaisons antirétrovirales puissantes (CART), disponibles depuis 1996, administrées pendant la grossesse et associées à d'autres stratégies (césarienne programmée en cas de charge virale maternelle non contrôlée, prophylaxie par zidovudine intra-partum et post-natale, et absence d'allaitement) s'est accompagnée d'une chute spectaculaire du taux de transmission mère-enfant du VIH atteignant environ 1% en Europe et aux Etats-Unis. [13]

Depuis la publication de ces résultats, la majorité des pays industrialisés ont mis en place des programmes de conseil et dépistage volontaire du VIH pendant la grossesse. Avec le succès des thérapies multiples, dans les pays industrialisés, un nombre croissant de femme débutent des grossesses alors qu'elles sont sous thérapie antirétrovirale hautement active. Les taux de transmission observés avec ces traitements sont extrêmement faibles, de l'ordre de 1 à 3%. [1]

## **2-2. Rappel virologique :**

Les virus de l'immunodéficience humaine VIH appartiennent à la famille des rétroviridae, à la catégorie des Lentivirus. Ces derniers sont lytiques, et

responsables de la destruction cellulaire et de la mort de la cellule infectée (effet cytopathogène) et sont responsables d'infection à évolution lente.



**Figure 1: Schéma organisationnel du virus VIH[1]**

### 2-2-1- Structure de VIH :

Le VIH est une particule virale, de forme sphérique, enveloppée, mesure 80 à 120nm de diamètre. Elle est entourée d'une membrane cellulaire où sont encrées des molécules de glycoprotéines d'enveloppe (gp 120 pour le VIH1 et gp 110 pour le VIH2) et les molécules de glycoprotéines transmembranaires (gp 41 pour le VIH1 et gp 46 pour le VIH2).

Elle est constituée d'une matrice tapissée de molécules correspondant aux protéines de la matrice (p 17 pour le VIH1 et p 16 pour le VIH2) et contenant également la protéase virale. La capside virale de forme trapézoïdale, est située au centre de la particule virale. Elle est constituée de protéines (p24 pour le VIH1 et p26 pour le VIH2). A l'intérieur de cette capside virale figurent les protéines de nucléocapsides p16, la transcriptase inverse, l'intégrase et deux copies d'ARN viral monocaténaire. [14]

### 2-2-2-Diversité et organisation génétique :

La diversité génétique des VIH est importante à souligner, car elle constitue un obstacle majeur à la constitution d'un vaccin préventif et peut poser des problèmes de diagnostic et de prise en charge thérapeutique. On distingue deux groupes de VIH. [15,16]

Les VIH-1 proches des virus des chimpanzés africains et comprenant les VIH-1 groupe M, groupe O et groupe N. Ce sont les VIH-1 groupe M (major) qui sont largement dominants avec une grande diversité génétique au sein de ce groupe incluant les principaux sous-types (de A à K), tous présents en Afrique. Alors que le sous-type B du groupe M est majoritaire en Europe et aux Etats-Unis. Les VIH-2 proches des virus des singes mangabey montrent aussi une grande diversité, mais celle-ci est moins forte que celle des VIH-1. La diversité génétique des VIH-2 est importante, actuellement huit sous-types (A à H) ont été décrits. Le VIH-2 conduit comme le VIH-1 au sida, cependant, les caractéristiques cliniques et biologiques de l'infection montrent des différences. En effet, VIH-2 possède un taux de transmission moindre que VIH-1 et est généralement moins pathogène. L'épidémie de VIH-2 reste restreinte à l'Afrique de l'Ouest ; et les mécanismes responsables de cette moindre pathogénicité sont encore peu clairs. [15,16]

### **2-2-3- Cellules cibles et tropisme cellulaire :**

#### **a- Les cellules cibles :**

##### **➤ Lymphocytes CD4**

- CD4 activés responsables 99% de la réplication virale,
- CD4 non activés = cellules mémoires. Chez les patients traités le virus persiste sous forme de DNA pro-viral non défectif. La réplication virale persiste à bas bruit et n'est pas détectée. [17]

##### **➤ Cellules présentatrices de l'antigène**

Le virus est absorbé par les cellules dendritiques des muqueuses génitales, puis transporté aux organes lymphoïdes voisins par intermédiaire d'une « DCSIG». [17]

#### **b- Le tropisme cellulaire :**

On considère que les lymphocytes CD4-positifs activés sont le principal site de production virale et la principale cible des effets délétères du virus. Les monocytes-macrophages et les cellules dendritiques produisent moins de virus mais sont moins facilement détruits. On distingue des souches ayant un tropisme préférentiel pour les monocytes-macrophages et utilisant plutôt le CCR5, des souches ayant un tropisme pour les lymphocytes activés et utilisant plutôt le CXCR4 et des souches présentant les deux tropismes et utilisant les deux corécepteurs. [18]

#### **2-2-4-Cycle de réplication virale : [19]**

Ce cycle de réplication est composé principalement de 7 étapes :

- La phase d'attachement : Le virus, grâce à la protéine gp120 située sur sa membrane, reconnaît la protéine CD4 située sur la membrane des lymphocytes T CD4 et se fixe sur elle.
- La phase de fusion et de pénétration : La protéine gp41 achève la fixation et permet la fusion des membranes virales et cellulaires. Le matériel génétique du virus (l'ARN viral) est alors injecté dans le cytoplasme de la cellule désormais contaminée.
- La phase de transcription inverse de l'ARN viral : Cet ARN viral est rétro-transcrit en ADN viral grâce l'action d'une enzyme : la transcriptase inverse.
- La phase d'intégration de l'ADN viral : L'ADN viral est intégré au génome de la cellule infectée grâce à l'action d'une enzyme, l'intégrase. Cet ADN viral est ensuite transcrit en plusieurs ARN viraux grâce au système de réplication de la cellule.
- La phase de traduction : Les ARN viraux ainsi produits sont lus et traduits en précurseurs protéiques qui vont, après assemblage, former les protéines virales.
- La phase de clivage et d'assemblage des protéines virales : Les protéines virales ainsi formées vont être clivées puis assemblées en nouveaux virions. Le clivage et la maturation des protéines virales sont assurés par une enzyme, la protéase.
- ✓ La phase de libération des nouveaux virions : Les virions formés bourgeonnent à la surface de la cellule infectée avant d'être libérés dans l'organisme pour un nouveau cycle viral.

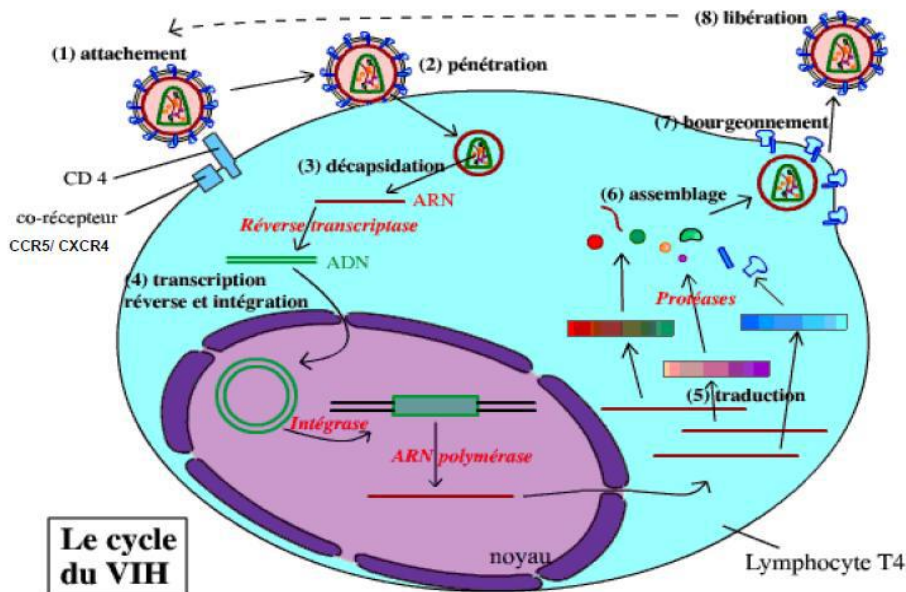


Figure 2 : La connaissance des différentes étapes du cycle répliatif des VIH est essentielle pour la compréhension de la physiopathologie de l'infection, chacune de ces étapes étant une cible potentielle des thérapeutiques antivirales.

### 2-3 Physiopathologie : [1]

- **La primo-infection** : c'est la phase précoce de l'infection. Environ 3 à 6 semaines après l'infection initiale. Au cours de cette phase, appelée syndrome rétroviral aigu, le VIH se reproduit en grandes quantités et diffuse dans l'ensemble de l'organisme. Un traitement dès ce moment, en limitant la réplication virale permettrait une évolution plus favorable à long terme.
- **La phase asymptomatique** (latence clinique) : après la période de primo infection, la réplication du virus dans le sang diminue et se stabilise à un niveau qui varie selon les personnes. La phase de séropositivité sans symptômes cliniques correspond à la période durant laquelle les effets toxiques du virus semblent apparemment contrôlés par le système immunitaire.
- **La phase symptomatique/infections opportunistes (SIDA)** : Le nombre de lymphocytes T-CD4 diminue rapidement et donc le système immunitaire est maintenant en état d'insuffisance grave. Le sida correspond au stade avancé de l'infection par le VIH. Deux marqueurs pronostiques sont utilisés en pratique, la numération de lymphocytes CD4 et le taux d'acide ribonucléique (ARN)-VIH plasmatique (couramment appelé charge virale). La diminution du taux de lymphocytes CD4 augmente le risque d'infection opportuniste qui devient majeur lorsque le taux diminue en dessous de 200/mm<sup>3</sup>.

## **2-4 Transmission mère-enfant : [12]**

### **1-Modes de transmission**

### **2-Mécanismes de transmission**

### **3- Facteurs intervenants**

#### **2-4-1- Modes de transmission :**

La transmission de VIH se fait par 3 principaux modes :

##### **a. La transmission sexuelle :**

La transmission sexuelle du virus représente 75 à 85% des infections par le VIH, plus de 70% de ces cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle et les 5 à 10% restants à la transmission homosexuelle. C'est la principale source de l'épidémie au niveau mondiale. 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. [20]

##### **b. La transmission par voie sanguine :**

Les circonstances suivantes sont impliquées dans ce mode de transmission :

- La toxicomanie : l'échange de seringue non stérilisée au moment de l'injection de drogue ;
- La transmission en milieu de soins par du matériel non stérilisé, par les produits sanguins infectés et par la transplantation d'organes de sujets infectés,
- La transmission par du matériel souillé lors de certaines pratiques traditionnelles : excision, scarification, circoncision, tatouage.... [20]

##### **c. La transmission de la mère à l'enfant (TME)**

En dehors de toute intervention thérapeutique, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 15 à 20 % dans les pays du Nord et atteint 20 à 40 % en Afrique sub-saharienne. [2]

Cette transmission est beaucoup plus marquée :

- ✓ En fin de grossesse,
- ✓ Pendant le travail ou à l'accouchement,
- ✓ Et au cours de l'allaitement maternel surtout au début car la charge virale est très élevée dans le colostrum.

#### **-La transmission in utero :**

La possibilité d'infection in utero est connue depuis longtemps par la mise en évidence dès la naissance d'une virémie, voire exceptionnellement de signes cliniques, chez certains enfants. 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 : [1]**

La transmission au deuxième et trimestre est possible en cas d'accouchement prématuré. Hors du contexte de prématurité, les cas de transmission in utero précoces sont exceptionnels, comme l'ont montré des études sur des tissus fœtaux et prélèvements de sang fœtal faits dans le cadre d'interruptions de grossesse entre 15 et 29 semaines chez des femmes infectées par le VIH avant l'avènement des premiers traitements préventifs. Une des conséquences pratiques est l'impossibilité de faire un diagnostic prénatal de cette infection.

**-Transmission in utero tardive :**

Les études post natales chez les enfants qui se révéleront infectés sont en faveur d'une transmission tardive [21]. Dans le travail de Rouzieux et Col [22], 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 estimé que toutes ces contaminations in utero remonteraient à moins de 2 mois avant leur naissance. [23]

**-Transmission intra partum :**

En l'absence de traitement, la majorité des enfants infectés ont une virémie négative à la naissance. Il pourrait s'agir d'enfants infectés in utero, mais dont la charge virale est indétectable à la naissance. Il semble maintenant acquis qu'il s'agit bien d'enfants contaminés au-cour de l'accouchement. Il est ainsi proposé une définition distinguant les infections in utero, où la PCR est positive dans les deux premiers jours, des infections intra-partum où elle ne devient positive que secondairement. L'importance de la transmission intra-partum est confirmée par les effets protecteurs des traitements antirétroviraux péri-partum (les plus étudiés étant l'AZT et la névirapine) et de la césarienne programmée. [12]

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. [24]

**-Transmission par le lait maternel :**

Dans des études africaines, le taux de transmission est doublé chez les enfants allaités au sein. Le risque de transmission serait plus élevé dans les premières semaines, mais il persiste pendant toute la durée de l'allaitement. La transmission par allaitement est prouvée depuis longtemps par des observations de contamination par une nourrice, de transmission par des mères, elles-mêmes infectées par des transfusions après l'accouchement et par les enfants dont le



diagnostic par PCR était négatif après 3 mois ou plus et qui ont eu une infection clairement postnatale. Ce risque est augmenté lorsque la mère a un taux de lymphocytes CD4 bas et/ou une charge virale plasmatique élevée. Une étude a montré une augmentation du risque en cas de déficit maternel en vitamine A et en cas d'abcès mammaire. [12]

#### 2-4-2- Mécanismes de transmission :

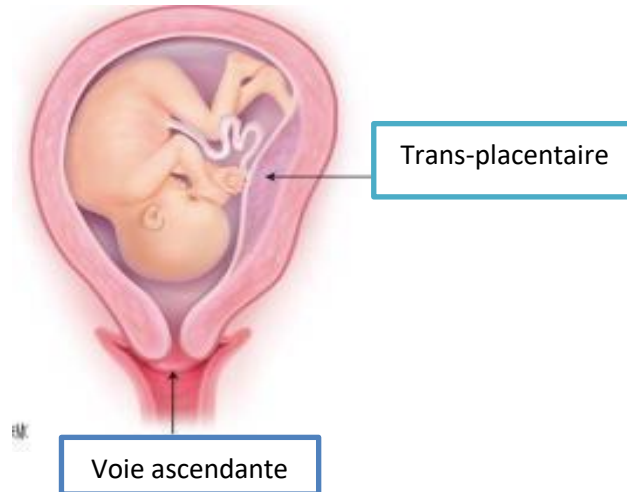


Figure 3: Mécanismes de transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience

Les mécanismes sont plus difficiles à étudier que les moments de la transmission virale. Ces mécanismes pourraient être favorisés par la survenue de complications, telles que des hémorragies ou des infections bactériennes infra-cliniques, qui sont associées à la rupture prématurée de la poche des eaux et l'accouchement prématuré. [1]

##### 2-4-2-1- Voie trans-placentaire

L'infection du trophoblaste a pu être obtenue dans des conditions expérimentales, mais le VIH n'a pu être trouvé dans les placentas d'accouchées séropositives. Les travaux in vitro du Groupe de travail européen sur la transmission in utero du VIH indiquent que le passage placentaire implique, non pas le passage de particules virales libres, mais un contact entre des lymphocytes ou monocytes maternels infectés et la barrière trophoblastique. La transcytose (passage à travers un épithélium) est une hypothèse possible. Le passage de complexes immuns virus- immunoglobuline G (IgG) a également été invoqué. Il apparaît aujourd'hui que le placenta est une barrière efficace à la transmission in utero, dans les conditions physiologiques du moins jusqu'en fin de grossesse. Quant au passage de leucocytes maternels à travers la membrane placentaire, sa fréquence augmente à l'approche de l'accouchement et surtout en cas d'altérations de la membrane, d'origine toxique ou infectieuse. L'augmentation

de transmission en cas de chorioamniotite pourrait être due à cette augmentation de perméabilité de la membrane placentaire. Des complications obstétricales peuvent modifier la part des différents mécanismes, en particulier la chorioamniotite patente ou l'infection bactérienne latente, qui peuvent favoriser la rupture prématurée des membranes et la contamination par voie ascendante, et comportent des lésions placentaires favorisant le passage du virus par voie hématogène. [12]

#### **2-4-2-2-Voie muqueuse :**

L'exposition peut avoir lieu à travers les muqueuses du fœtus et du nouveau-né par voie ascendante ou lors de son passage dans la filière génitale. La contamination par voie orale est bien connue dans la transmission par l'allaitement. La transmission verticale par voie muqueuse peut avoir lieu soit par voie ascendante, soit par contact direct au cours du passage dans les voies génitales. Elle se fait alors par voie muqueuse digestive ou conjonctivale, ou par voie cutanée, pouvant être favorisée par la présence de microlésions cutanées.

Le VIH est détecté en l'absence de traitement antirétroviral dans les voies génitales des femmes séropositives dans 20 % à 35 % des cas, voire plus s'il existe un ectropion infecté ou une IST. Toutefois, l'exposition du fœtus par voie digestive est prouvée par la présence de virus dans l'aspiration gastrique des nouveau-nés, la déglutition de sang lors de l'accouchement, par voie basse ou par césarienne, pourrait augmenter le risque. Les arguments épidémiologiques indirects en faveur de la transmission par voie ascendante sont l'effet protecteur de la césarienne programmée et l'importance de la durée de rupture des membranes. Des études sur les jumeaux apportent un argument supplémentaire, le premier jumeau étant deux fois plus souvent infecté que le second. Par ailleurs, la transmission est plus fréquente en présence d'IST ou de vaginose bactérienne. [1]

### **3- Epidémiologie :**

**3-1. Dans le monde :** En 2015, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 2.1 millions de nouvelles infections dans le monde. Bien que les nouvelles infections à VIH aient diminué, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique avec plus de 35 millions de personnes mortes à nos jours. [5]

## Adultes et enfants vivant avec le VIH | 2015

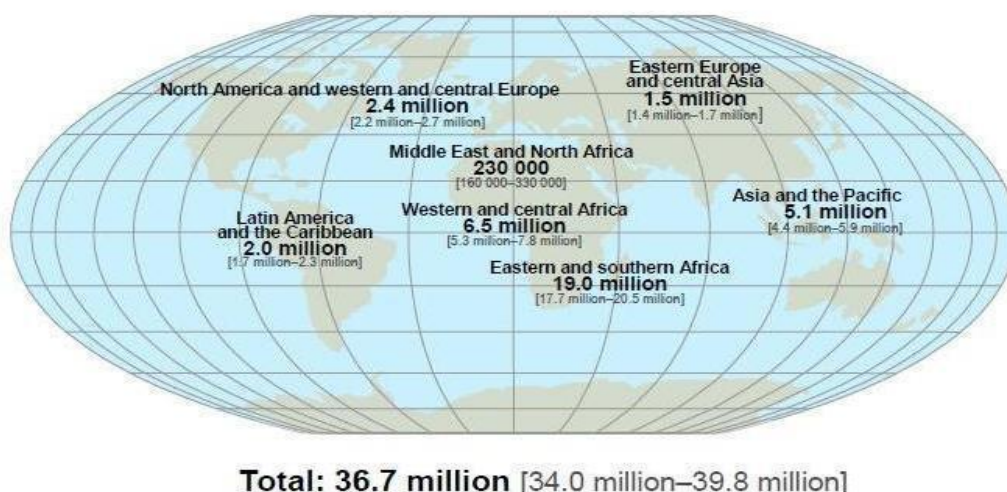


Figure 4: Estimation de nombre des adultes et enfants vivants avec le VIH/2015[5]

Les nouvelles infections à VIH ont chuté de 35% depuis 2000 (de 58% parmi les enfants) et les décès liés au sida ont baissé de 42% depuis le pic de 2004. La riposte mondiale au VIH a évité 30 millions de nouvelles infections à VIH et près de 8 millions (7,8 millions) de décès liés au sida depuis 2000. [6]

En Afrique Subsaharienne, on estimait à 1,4 million le nombre des nouvelles infections à VIH en 2014, soit une chute de 41 % depuis 2000, avec moins 34 % de décès liés au VIH en 2014 compare à 2000 : 790 000 vs 1,2 million. Des problèmes importants subsistent dans la région africaine qui représente 70% des patients vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde. [2]

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH reste élevé. Les jeunes femmes et les adolescentes continuent d'être exposées de manière disproportionnée au risque d'infection par le VIH. La couverture des enfants par les antirétroviraux (ARV) est faible. Les pays d'Afrique Australe ont les taux de prévalence les plus élevés dans le monde : 27,4 % au Swaziland, 22,9 % au Lesotho, 21,9 % au Botswana, 19,1 % en Afrique du Sud. [2]

### 3-2. 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.

-A la date du 26 juin 1997, la prévalence du SIDA pour les femmes en âge de procréer est estimée à 3%, le nombre de séropositif à 40000 personnes et le nombre de sidéens à 4000. [8]

-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. [8]

-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.

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

Selon EDSM-V réalisée au Mali en 2012-2013 la prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les femmes (1,3 %) que chez les hommes (0,8%). La prévalence est de deux fois plus élevée en milieu urbain (1,9 %) qu'en milieu rural (0,9 %). [9]

Selon les régions du Mali chez les femmes, ville de Bamako (1,7%) ; Koulikoro (1,5%) ; Kayes (1,3%) ; Sikasso (1,2%) ; Ségou (1,4%) ; Mopti (0,8%) les régions de Kidal, Tombouctou et Gao, ainsi que trois cercles de la région de Mopti n'ont pu être enquêtés suite aux événements survenus dans le pays en mars 2012.

Les résultats montrent que 1,1 % des personnes de 15-49 ans sont infectés par le VIH-1 [9].

### **Epidémiologie de la TME :**

Globalement, l'accès à une prise en charge de la prévention de la TME du VIH a progressé, passant de 10 % en 2004 à 45 % en 2008 et 65 % en 2015 (OMS). La systématisation du dépistage du VIH reste l'un des points clefs indispensable à toute prise en charge mère/enfant. En effet, une enquête réalisée par l'OMS entre 2005 et 2007 dans une vingtaine de PED a révélé que seulement 10,9 % des femmes et 10,3 % des hommes avaient déjà réalisé un test du VIH. En 2010, 3,4 millions de personnes infectées étaient des enfants et plus de 90 % d'entre eux ont été contaminés de façon dite verticale au moment de la grossesse ou de l'allaitement. La grande majorité des infections (plus de 80 % par TME) a lieu en Afrique subsaharienne. [2]

Une prise en charge spécifique de ce risque est proposée dans tous les pays du monde : la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME). Ces chiffres, associés à ceux publiés par l'ONUSIDA selon lesquels moins de 50 % des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut, montrent bien que le dépistage est un enjeu majeur de la prévention de la transmission du VIH. [2]

#### **4-Facteurs intervenant dans la transmission mère enfant du VIH :**

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 le moment où survient la transmission.

##### **3-1. Facteurs maternels : [1]**

###### **a) Facteurs liés au virus :**

- Charge virale plasmatique :

Le taux d'ARN-VIH plasmatique est le déterminant le plus important. Le taux de transmission augmente proportionnellement à la charge virale maternelle, que ce soit en l'absence de traitement ou en présence d'un traitement antirétroviral. La charge virale est à la fois un élément pronostique et une cible importante pour la prévention. Toutes les études actuelles concourent dans le même sens. Une charge virale élevée au cours de l'accouchement est un facteur de risque. Cependant, lorsqu'un traitement a débuté trop tardivement, une transmission in-utero peut être favorisée par une charge virale élevée avant le traitement.

###### Primo-infection :

La grossesse double le risque pour une femme d'être contaminée par rapports sexuels avec un partenaire séropositif au VIH, les primo-infections sont une cause importante de transmission mère-enfant. En cas de séroconversion maternelle pendant la grossesse, la charge virale est particulièrement élevée et le risque de transmission est très augmenté.

###### Marqueurs lymphocytaires

Le risque de transmission augmente de façon proportionnelle au déficit immunitaire, dont témoigne la diminution du taux de lymphocyte CD4. L'état immunitaire et la CV maternelle étant fortement liés, en l'absence de traitement le risque est élevé lorsque le taux de lymphocytes CD4+ est bas quel que soit la CV.

###### Le type du virus :

Il existe une différence majeure entre le VIH1 et le VIH2, dont le taux de transmission est faible, entre 1 et 4%. Une étude récente en Gambie a suggéré que le faible taux de transmission est en rapport avec des charges virales faibles, mais la détermination de l'ARN VIH2 n'est pas encore disponible en routine. En ce qui concerne les caractéristiques phénotypiques, plusieurs études ont montré que les souches 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).

#### **b. facteurs environnementaux :**

##### Etat clinique maternel :

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

##### Les facteurs démographiques :

Le mode de contamination de la mère, sexuel ou sanguin, n'est pas lié au risque de transmission, ainsi que le statut du père. D'autres facteurs démographiques, tels que l'âge maternel ou la parité, ne semblent pas jouer un rôle significatif. Le rôle de l'origine géographique ou ethnique est complexe, en effet, le taux de transmission des mères africaines a pendant quelques années très légèrement dépassées celui des françaises, cette différence s'explique entièrement par un accès plus tardif au dépistage et à la mise en route du traitement.

##### Facteurs d'environnement

Les facteurs nutritionnels ont été particulièrement étudiés en Afrique. Un déficit maternel en vitamine A est associé à un taux accru de transmission. Malheureusement, la supplémentation en vitamines n'a montré aucun effet protecteur. Par ailleurs, certaines études ont rapporté un taux de transmission plus élevé en cas de rapports sexuels non protégés pendant la grossesse avec un homme séropositif au VIH.

#### **3-2. Facteurs fœtaux :**

Le degré de maturation du système immunitaire au moment de l'exposition au virus pourrait jouer un rôle. Cela pourrait intervenir dans la relation épidémiologique entre les prématurés et la contamination de l'enfant.

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

#### **3-3. Facteurs placentaires :**

Le placenta est une barrière active au passage du virus, sa perméabilité au VIH est augmentée lorsqu'il y a des lésions placentaires infectieuses. En particulier,

les lésions dues à l'impaludation chronique seraient liées à un taux de transmission mère-enfant accru selon certaines études. L'existence d'une infection chorio-déciduale est un facteur de risque, mais son évaluation est difficile à cause des problèmes de définition. Un grand essai thérapeutique n'a montré aucune diminution de la transmission du VIH par la prévention des chorio-amniotites.

#### **3-4. Facteurs obstétricaux :**

Le mode d'accouchement et d'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. La transmission augmente en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf.

L'accouchement prématuré continue d'être un facteur de risque à l'ère des traitements, associé à un taux de transmission trois fois plus élevé que pour des naissances à terme, le risque étant d'autant plus grand que la prématurité est sévère (TME dans 6,8% des naissances avant 33SA versus 1,2% après 33SA).

Il y a une augmentation du risque de transmission dans les grossesses gémellaires, qui concerne le premier jumeau. Le taux de transmission est plus élevé en cas de fièvre pendant le travail ou de chorioamniotite ainsi qu'un liquide amniotique sanglant, dû à un placenta prævia ou à un décollement, était un facteur de risque moins fréquent. Les gestes invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvres externes, amnioscopie) étaient associés à un risque accru de transmission mère-enfant. Quant aux gestes pendant l'accouchement, aucun effet sur le risque de transmission n'a été mis en évidence, qu'il s'agisse de l'épisiotomie, des déchirures vaginales ou de l'extraction instrumentale par forceps ou ventouse.

[12]

**Le mode d'accouchement** : ce facteur de risque avait été suspecté dans l'analyse de la transmission chez les jumeaux accouchés par voie basse où le premier jumeau avait un risque plus important de contamination par rapport au second. Par la suite, plusieurs études ont montré que la réalisation d'une césarienne programmée était associée à une diminution de la TME ; [25]

**L'allaitement** : l'allaitement est un facteur de risque important pour la transmission HIV-1 dans la mesure où les alternatives d'une alimentation sûre ne sont pas disponibles. On estime que le taux de transmission postnatal arrive jusqu'à 15% si les femmes s'engagent de prolonger l'allaitement jusqu'à 2 ans, ou au cours la lactation précoce en raison de la charge virale accrue en colostrum du lait maternel. Le risque est cependant plus important si

l'allaitement s'associe à un bas taux CD4 maternel, à la durée l'alimentation, à la charge virale maternelle, à une mastite, et à une alimentation mixte. [25]

### **5- Dépistage et prise en charge du VIH**

Le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH représentent la pierre angulaire de la lutte contre la pandémie.

Avoir des enfants est une aspiration légitime pour les personnes vivant avec le VIH. Grâce aux traitements antirétroviraux, leur espérance de vie rejoint celle de la population générale et le risque de transmission mère-enfant (TME) est inférieur à 1 % avec un traitement antirétroviral efficace. Les nouvelles recommandations de l'organisation mondiale de la santé reposent sur l'initiation de la trithérapie par les antirétroviraux chez toutes les femmes enceintes ou allaitantes indépendamment de leurs stades cliniques ou de leurs taux de CD4, et sur la poursuite de ce traitement toute la vie. En fait La situation diffère selon que la femme connaissait sa séropositivité avant la grossesse et était suivie, voire traitée, ou s'il s'agit d'un dépistage annoncé lors de la grossesse en cours. Une mise au point pré-conceptionnelle est bénéfique pour les femmes qui connaissent leur séropositivité. Pour toutes les autres femmes, l'accès au dépistage du VIH à la première visite prénatale est un droit important. [26]

#### **4-1- Dépistage du VIH :**

Le dépistage du VIH chez les deux membres du couple doit être encouragé à toute consultation ayant trait à la procréation : grossesse, consultation pré-conceptionnelle, infertilité, contraception, interruption volontaire de grossesse. [26]

- ❖ **Counseling** : Le counselling se définit comme un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant en vue de permettre au patient de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport à la connaissance de son statut sérologique.

Il permet d'évaluer le risque personnel de transmission du VIH, de faciliter l'adoption de comportements préventifs et d'envisager un recours à une prise en charge thérapeutique et psychosociale. Il est important de prendre en compte les croyances socio-culturelles ou l'on identifie généralement une cause extérieure à la maladie. Il faut aussi ajouter que la notion d'une maladie traitée mais « incurable » est en général difficilement compréhensible [2].

**Le conseil et le dépistage se font en deux étapes : le pré-test et le post-test.**

#### **Pré-test**

- Il vise à préparer le patient au dépistage et à faciliter l'annonce du résultat.



- Il se fait dans le respect strict de la confidentialité et vise à obtenir le consentement éclairé du patient dans le cadre du dépistage volontaire.
- Il permet au soignant d'apprécier l'impact du résultat sur la vie professionnelle et familiale du patient.
- Le pré-test est l'occasion de proposer un dépistage du conjoint en cas de consultation de couple.
- Il permet de rechercher les antécédents médicaux du patient : IST, zona, tuberculose, infections à VHB/VHC, hémoglobinopathies, transfusions sanguines, maternité.
- Il aide le soignant à obtenir des informations sur le mode vie, les pratiques à risque, et les habitudes socioculturelles du patient : sexualité, alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, monogamies-polygamies, utilisation de médicaments traditionnelles.
- Le counseling pré-test peut nécessiter plusieurs entretiens afin d'obtenir l'adhésion et la compréhension réelle du patient au dépistage de l'infection à VIH. [2]

### **Post-test**

- C'est le moment où l'annonce du résultat du test est faite au patient.
- Il est important de s'assurer que le patient est psychologiquement prêt à connaître le résultat du test.
- Le soignant/conseiller doit rester neutre quel que soit le résultat du test, n'exprimant ni euphorie, ni tristesse.
- Lorsque le test est négatif, le soignant/conseiller donne des conseils et des informations sur les méthodes de prévention, l'importance de rester séronégatif et la prévention des autres maladies transmissibles par voies sexuelle et sanguine (VHB, VHC, syphilis, HSV). En cas de toxicomanie, un plan de réduction du risque est élaboré avec le patient. En cas d'exposition datant de moins de 3 mois, il est proposé au patient de refaire le test trois mois plus tard.
- Lorsque le test est positif, le soignant/conseiller annonce au patient sa séropositivité en lui indiquant dans le même temps les options thérapeutiques et la possibilité de vivre avec. Le message doit être optimiste et accompagné d'empathie. Cependant, le soignant/conseiller doit être préparé aux différentes réactions du patient, variables selon la personnalité, la qualité du pré-test, l'état mental. Il peut s'agir d'un choc psychoaffectif, de pleurs, de déni, d'agressivité, d'accusations, de dépression ou de suicide.
- La notion de séropositivité acceptée et comprise par le patient, le soignant/conseiller lui explique l'itinéraire thérapeutique à suivre comprenant un

bilan complémentaire pour évaluer son degré d'immunodéficience et l'éventualité d'une chimio prophylaxie au cotrimoxazole et d'une trithérapie antirétrovirale. Une prise en charge psycho-sociale est aussi proposée.

- Les mesures de prévention sont expliquées au patient en raison du risque de « surcontamination » et de transmission d'une IST. En cas de toxicomanie, un plan de réduction du risque est proposé au patient.
- Le soignant/conseiller recommande au patient de partager l'information sur son statut sérologique et d'amener le partenaire à se faire dépister.
- Chez la femme séropositive, on discutera de la contraception et du désir de grossesse.
- La recherche d'une co-infection VHB et VHC est systématiquement proposée.
- Lorsque le test est indéterminé, le soignant/conseiller explique au patient la nécessité de réaliser un autre prélèvement et lui prodigue des conseils sur la prévention. [2]

#### **Chez la femme enceinte :**

Le dépistage sérologique de l'infection par le VIH conditionne l'accès pour la femme à la prévention de la TME. Il doit être systématiquement proposé à l'occasion de la première consultation prénatale [26]. Afin de détecter les séroconversions VIH au cours de la grossesse, il est recommandé de proposer un nouveau test au 6<sup>e</sup> mois, voire à l'accouchement aux femmes exposées à un risque accru :

- Partenaire ou conjoint infecté par le VIH ;
- Partenaire originaire de pays de forte endémie ;
- Partenaire ou conjoint n'ayant pas effectué de test de dépistage ;
- Partenaires multiples. [1]

#### **Lors de l'accouchement : [26]**

Chez une femme qui n'a pas bénéficié d'un dépistage en cours de grossesse ou chez une femme vivant avec un partenaire séropositif et non dépistée depuis plus de 6<sup>ème</sup> semaines, le counseling et le dépistage VIH doit être proposé lors de l'accouchement à la phase de latence ou dans le post-partum immédiat, au moyen d'un test rapide.

#### **6- Diagnostic sérologique selon l'OMS : [2]**

Les stratégies d'utilisation des tests sérologiques VIH recommandées par l'OMS définissent le choix du test ou de la combinaison de tests les plus appropriés pour porter ou non un diagnostic d'infection à VIH dans une situation épidémiologique ou clinique donnée.

Elles sont fondées sur les tests TDR (plus rarement sur les tests ELISA), avec pour objectif de fournir des résultats aussi fiables qu'une stratégie utilisant le WB comme test de confirmation (stratégies appelées pour cette raison stratégies « alternatives »).

Trois stratégies sont recommandées, qui diffèrent par le nombre d'étape de tests:

**-Stratégie I** : tous les échantillons de sérum ou de plasma sont testés par TDR (plus rarement test ELISA) ; en présence d'une réaction positive, le sérum est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH ; en l'absence de réaction, le sérum est considéré comme négatif.

**-Stratégie II** : tous les échantillons de sérum ou de plasma sont d'abord soumis à un TDR (plus rarement un test ELISA) et, si le premier test est positif, un deuxième test doit être réalisé ; un sérum qui réagit doit être de nouveau testé à partir d'un second prélèvement, avec un deuxième TDR (ou ELISA), fondé sur une technique différente : si les 2 tests sont positifs, le sérum est considéré comme positif pour les anticorps anti- VIH, s'ils sont discordants, le sérum est considéré comme indéterminé.

**-Stratégie III** : tous les échantillons de sérum ou plasma sont d'abord soumis à un TDR (plus rarement un test ELISA) et un sérum trouvé positif est de nouveau testé avec un test différent (selon les mêmes conditions que dans la stratégie II) : si le second test est positif, un troisième test doit être réalisé ; les 3 tests employés doivent être différents ; un sérum qui réagit avec les 3 tests est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH ; un sérum donnant un résultat discordant entre les 3 tests est considéré comme indéterminé

## **7- Prévention de l'infection à VIH**

### **7-1 Individuel : [2]**

- ✓ Utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels avec toute personne séropositive ou dont le statut sérologique n'est pas connu.
- ✓ Utilisation de seringues à usage unique chez les usagers de drogues et prise en charge de ces derniers avec accès à des programmes de sevrage et traitement substitutif des opiacés le cas échéant.
- ✓ Protection des personnels de santé contre les contaminations : port de gants, de masques et de lunettes lors des examens invasifs, protection contre les piqûres accidentelles (interdiction du recapuchonage des aiguilles utilisées, conteneurs rigides pour les aiguilles usagées, incinération du matériel de prélèvement).
- ✓ En cas de piqûre ou de contamination cutanée infectante, prise en charge immédiate de ces accidents d'exposition au sang : nettoyage

prolonge par l'alcool à 70 ° ou l'eau de Javel à 0,1 % ; chimio prophylaxie par les antirétroviraux.

- ✓ Allaitement protège des nourrissons en cas de séropositivité de la mère (prescription d'un traitement ARV chez la mère durant l'allaitement).
- ✓ Information des sujets séropositifs sur les risques de transmission du VIH.
- ✓ Information des femmes séropositives sur les risques de transmission en cas de grossesse et mise en place d'une chimio prophylaxie à partir du 2e trimestre.
- ✓ Encouragement à la démarche du test de dépistage chez les personnes à risque et, proposition du test devant des symptômes des stades cliniques OMS.

### **7-2- Collectifs [2]**

- ✓ Dépistage des donneurs de sang et politique générale d'amélioration de la sécurité transfusionnelle.
- ✓ Promotion du dépistage dans le respect de la confidentialité des résultats, de la non-stigmatisation des personnes dites à risques, en donnant accès à une filière de prise en charge.
- ✓ Stérilisation stricte des matériels d'injection ou d'endoscopie ou utilisation de matériel à usage unique. Le VIH est sensible aux antiseptiques chimiques (eau de Javel à 0,1 % durant au moins 15 minutes, alcool à 70 °, phénols, aldéhydes, halogène, diguanides, formaldéhyde et formaldéhyde) et à la chaleur supérieure à 56 °C durant au moins 30 minutes.
- ✓ Campagnes d'information en particulier auprès des groupes particulièrement à risque : prostituées, routiers, militaires, usagers de drogues, homo et bisexuels...
- ✓ Promotion de la pratique de la circoncision chez les jeunes adolescents dans les régions à forte prévalence de VIH.

### **7-3- Prévention de la transmission mère-enfant et prise en charge de la femme enceinte infectée par le VIH :**

L'infection par le VIH est une des principales (parfois la principale suivant les pays) causes de mortalité infantile dans les PED, particulièrement en Afrique Subsaharienne. En l'absence de prise en charge et de traitement précoce, 50 % des enfants infectés par Transmission de la Mère à l'Enfant (TME) décèdent avant l'âge de 2 ans. La connaissance des moyens de prévention de cette TME, qui débute par le dépistage des femmes enceintes ou en âge de procréer, et leur

application sur le terrain restent donc un domaine très important de la lutte contre la pandémie de VIH en milieu tropical. [1]

### **7-3-1- Les principales situations thérapeutiques :**

#### **7-3-1-1- La femme enceinte est déjà sous traitement : faut-il changer le traitement ?**

C'est la situation la plus fréquente aujourd'hui. Lorsque le traitement est efficace (charge virale plasmatique < 50 copies/mL) et bien toléré, il n'y a pas lieu de l'interrompre. Aucun changement n'est nécessaire si les antirétroviraux utilisés font partie des traitements de première intention chez la femme enceinte. Les experts français réaffirment que l'efavirenz doit être remplacé en raison de son potentiel tératogène par un IP/r le plus tôt possible au premier trimestre. Néanmoins, si la femme est vue tardivement, après 14SA, l'Efavirenz peut être poursuivi. Lorsque le traitement comporte des médicaments pour lesquels il n'existe pas d'expérience chez la femme enceinte, le choix de le poursuivre ou de le modifier dépendra de l'indication initiale, des antécédents d'intolérance, d'interactions ou de résistances. Si possible, il est recommandé de remplacer ces médicaments par des molécules de première intention pour la grossesse. [1]

#### **7-3-1-2. La femme enceinte ne reçoit pas de traitement antirétroviral ; Quand le débiter ?**

Il s'agit d'une femme découvrant sa séropositivité VIH à l'occasion de la grossesse, d'une femme non suivie, ou d'une femme suivie mais sans traitement. Au vu des données actuelles, les experts recommandent de débiter le traitement le plus tôt possible chez toute patiente éligible au traitement antirétroviral. La précocité du traitement est particulièrement importante s'il existe un facteur de risque d'accouchement prématuré (notamment antécédent de prématurité, grossesse gémellaire, toxicomanie, conisation du col) ou si la charge virale maternelle est élevée (de l'ordre de 5 log copies/mL), pour pouvoir atteindre une charge virale indétectable en cours de grossesse. [1], [25]

#### **7-3-2- Prise en charge tardive : [26], [25]**

Qu'il s'agisse d'une femme non ou mal suivie, dépistée tardivement, ou non traitée, ces situations à haut risque nécessitent la mise en route rapide d'un traitement dont le degré d'urgence dépend du terme. Le suivi doit être rapproché :

- \* au 3e trimestre, le traitement sera débuté sans retard après un test de confirmation VIH et l'information de la femme ;
- \* à l'approche du terme, la trithérapie classique (par deux INTI et un IP/r) doit être débutée encore plus rapidement après le dépistage en informant la patiente,

sans attendre les résultats du bilan immuno-virologique. L'ajout de raltégravir, ou d'enfuvirtide, doit être envisagé en fonction du niveau de charge virale initiale et/ou du délai attendu de l'efficacité virologique. La discussion est au cas par cas, en tenant compte de la charge virale initiale et du délai attendu de l'effet virologique. Ce délai ne permet pas en général d'obtenir un contrôle virologique satisfaisant pour accepter l'accouchement par voie basse et il faut donc proposer une césarienne avec perfusion de zidovudine et un renforcement de la prophylaxie chez l'enfant ;

\* en cas de dépistage pendant le travail par un test VIH rapide, une perfusion de zidovudine doit être associée à l'administration de névirapine en mono-dose chez la mère. Cette option de prévention de la transmission mère-enfant, validée dans des pays en développement, est réservée en France aux situations où la prévention n'a pu être réalisée en cours de grossesse. Pour éviter le risque de résistances, il est important de prescrire une multi thérapie qui doit être poursuivie au moins 2 semaines en postpartum, même si elle n'est pas poursuivie au long cours. Dans tous les cas où le traitement est débuté trop tardivement pour obtenir un contrôle virologique, il est recommandé de réaliser une césarienne sous perfusion de zidovudine et d'intensifier le traitement post-exposition par une trithérapie chez l'enfant.

### **7-3-3- Prise en charge du nouveau-né :**

L'enfant reçoit de l'AZT pendant 4 semaines, durée basée sur les traitements post exposition du VIH. Certains programmes raccourcissent cette durée si la mère a reçu un traitement par multi thérapie pour une durée supérieure à 12 semaines ou le prolongent à 6 semaines dans les cas de traitement par monothérapie d'AZT chez la mère. En cas de risque de TME accru (pas de traitement maternel pendant la grossesse, dépistage et traitement tardif, CV maternelle > 1 000 cp/ml à 37 SA ou traitement maternel court, inférieur à 4 à 6 semaines), une multi thérapie antirétrovirale sera administrée à l'enfant pendant 4 à 6 semaines. Une étude internationale récente a montré la supériorité d'une bithérapie zidovudine + nevirapine ou d'une trithérapie zidovudine + lamivudine + nelfinavir par rapport à la monothérapie par zidovudine chez les enfants nés de mère dépistées en cours d'accouchement et n'ayant donc reçu aucun traitement pendant la grossesse. [2]

### **7-3-4 Défaut de contrôle virologique :**

Lorsque la charge virale maternelle reste >50copies/ml autour de 36SA chez une femme qui a débuté le traitement antirétroviral pendant sa grossesse, il faut tenter d'optimiser le traitement. Les raisons doivent être analysées avec la

patiente : observance, interactions médicamenteuses ou avec d'autres produits. Le traitement maternel sera modifié ou intensifié selon les résultats des dosages des antirétroviraux et du test génotypique de résistance demandés en urgence. Le suivi ultérieur de la charge virale doit être rapproché, les indications de la césarienne, la perfusion de zidovudine et l'intensification de la prophylaxie néonatale seront à discuter selon le niveau et l'évolution de la charge virale. [26]

#### **7-3-5- Modalités d'accouchement :**

Il a été montré dans toutes les cohortes du Nord (Europe, France, USA...) que la césarienne programmée (avant la rupture des membranes et le début du travail) réduisait le taux de transmission du VIH mais uniquement pour les femmes non traitées ou ayant un traitement ne permettant pas d'obtenir une charge virale plasmatique maternelle inférieure à 400 copies/ml à l'accouchement ou en fin de dernier trimestre de grossesse. Ce bénéfice n'existe plus pour les césariennes en urgence pour raison obstétricale ni pour les femmes sous multi thérapie avec une charge virale < 400 copies/ml. En milieu tropical ou dans des structures inadaptées, la morbidité et le risque lié à la césarienne sont supérieurs au bénéfice attendu en termes de transmission. Il semble logique de privilégier le traitement ARV en multi thérapie avec un contrôle virologique et un accouchement par voie basse. Si le contrôle virologique n'est pas vérifiable, on peut ajouter un traitement prophylactique pendant l'accouchement par zidovudine et lamivudine ou tenofovir + lamivudine si ces molécules ne sont pas contenues dans la multi thérapie qu'il faut poursuivre pendant le travail. [2]

#### **7-3-6- Dépistage chez l'enfant né de mère infectée par le VIH :**

Il est très important pour la prise en charge optimale du nouveau-né, pour les familles et pour les équipes prenant en charge les mères et les enfants, de faire le diagnostic du VIH le plus vite possible. Or les tests standards de dépistage ne permettent pas d'affirmer la non infection d'un enfant avant la clairance des anticorps maternels qui peut mettre 18 mois chez l'enfant. Avant cette date, c'est l'isolement du virus (ADN ou ARN) par PCR chez le nouveau-né qui permettra de conclure. Par ailleurs, cet isolement peut être négatif par le traitement prophylactique reçu par l'enfant.

L'accès au test PCR doit se développer dans tous les pays et pour les sites éloignés de centres de virologie, souvent situés dans les métropoles ; l'utilisation de prélèvements sur papier buvard (DBS pour Dry Blood

Spot) permet un transfert plus aisé du prélèvement que le transport de tubes de sang. [2]

#### **7-3-7- Allaitement :**

Dans les pays du Nord ou dans les pays où l'allaitement artificiel est majoritairement recommandé ou réalisable dans de bonnes conditions, cette solution permet à l'enfant né indemne de VIH d'éviter la contamination. Dans les autres pays, l'allaitement artificiel, s'il n'est pas choisi par la femme, peut être mal vécu ou dangereux s'il est mal utilisé ou non disponible. Il peut être source de discrimination ou de rejet familial ou social. Dans ce cas, l'allaitement maternel, qui permet un apport nutritionnel idéal, peut être « protégé » par les ARV. Des données récentes permettent deux options aux mères et à leurs enfants qui, pour des raisons économiques, culturelles, sociales (stigmatisation) ou sanitaires, sont dans l'impossibilité de garantir une alimentation et un sevrage. Ces options évitent le choix dramatique d'avoir à allaiter avec un lait infecté et potentiellement de transmettre le VIH ou de voir l'enfant atteint de malnutrition ou de pathologies infectieuses graves :

-la première est, pour les enfants négatifs à la naissance, de poursuivre un traitement maternel par multi thérapie efficace (B+), surveillance pour la tolérance, l'efficacité et sans rupture pendant toute la durée de l'allaitement ; cette durée doit être si possible limitée à 6 mois avant le sevrage ; le traitement ARV doit être poursuivi si un allaitement mixte est pratiqué ;

-la deuxième est un traitement prophylactique de l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement ; la molécule la plus utilisée dans cette indication est la nevirapine (voir les recommandations OMS) ; des études comparant plusieurs régimes d'ARV en prophylaxie pendant l'allaitement ont montré de bons résultats avec le lopinavir ou la lamivudine pour l'enfant [2]

### **En cas d'infection par le VIH2**

Le VIH2 est classiquement moins transmis de façon verticale que le VIH1. Cependant, le risque de TME existe et les particularités du VIH2 rendent la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH2 problématique. Méconnaître une infection VIH2 et l'identifier comme VIH1 n'est pas rare et amené à des erreurs de prise en charge. Il est difficile de réaliser et d'interpréter les mesures de charge virale chez la mère et de faire le diagnostic chez le nouveau-né : il faut s'adresser à des laboratoires spécialisés très peu nombreux. Il faut poser les indications thérapeutiques sur le taux de CD4 maternel. Du fait de la résistance naturelle du VIH2 aux INNTI, il ne faut pas utiliser la nevirapine ou l'efavirenz qui font partie des premières lignes de traitement standard de tous les programmes. Les INTI et les IP peuvent être utilisés (lopinavir, darunavir) mais il semble que l'atazanavir ait une action réduite sur le VIH2. [2]



## METHODOLOGIE

### 1- Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes (HFD).



Il est situé au Sud-est de la ville de Kayes au quartier Plateau au voisinage de la gare ferroviaire.

L'HFD prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Il comprend :

Un service de médecine ;

Un service de gynéco obstétrique ;

Un service de chirurgie divisé en 5 unités (chirurgie A, chirurgie B, chirurgie pédiatrique, Urologie, Traumatologie) ;

Un service de pédiatrie ;

Un service de laboratoire et une pharmacie ;

Un service d'ophtalmologie ;

Un service des urgences et soins intensifs ;

Un service d'Odontostomatologie.

Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Un service de dermatologie

Un service de kinésithérapie-rééducation

Le service d'imagerie médicale et radiologique ;

Un service d'administration ;

Une morgue ;

Une buanderie.

b-Service de gynécologie et d'obstétrique :

C'est un bâtiment construit en 2015, il comprend

- Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés avec trois tables d'accouchement une toilette pour les femmes en travail et la salle de garde
- Une salle de réveil
- Une salle de soins pour les cas de crise d'éclampsie
- Une salle de suites de couches
- Un bureau pour le major d'accouchement
- Une salle de pansement
- Une salle pour les étudiants en année de thèse
- Une salle pour les manœuvres
- Quatre toilettes dont (2) pour les personnels et (2) pour les malades
- Une salle de staff
- Une salle de dépistage de cancer du col utérin
- Une salle de soins après avortement (SAA)
- Une salle pour le major de la consultation
- Une salle pour le major d'hospitalisation
- Une salle pour la salle de consultation pré natale
- Une salle de planification familiale (P F)
- Une salle pour l'archivage
- Trois bureaux pour les consultations externes
- Deux salles VIP avec un lit chacune
- Une salle VIP avec quatre lits
- Trois salles d'hospitalisation d'une capacité de six lits
- Une salle réservée pour la néonatalogie (non fonctionnelle)
- Un bloc opératoire (non fonctionnel).

Le personnel se compose de :

- Trois médecins gynécologues obstétriciens,
- Quatre étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse,
- Dix sages-femmes,
- Cinq infirmières obstétriciennes,
- Quatre matrones et trois manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suites :

- Quatre jours de consultations externes,
- Trois jours de consultations prénatales,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien(lundi-vendredi),
- Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).
- Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.
- Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée d'un gynécologue-obstétricien, d'un étudiant en année de thèse, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

L'équipe dispose de :

Trois salles d'opérations fonctionnelles

Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

## **2- Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive allant du 1<sup>e</sup> février 2018 au 31 janvier 2019 soit une période de 12 mois.

## **3- Population d'étude :**

Toutes les patientes admises pendant la période gravido-puerpérale en salle de travail.

## **4- Echantillonnage :**

### **4-1- Critères d'inclusion :**

- ✓ Parturientes ou accouchées récentes non dépistées au VIH lors des CPN,
- ✓ Parturientes ou accouchées récentes ayant fait le test depuis plus de 3 mois,
- ✓ Parturientes ou accouchées récentes qui ont accepté après consentement éclairé le test du VIH.

### **4-2 Critères de non inclusion :**

- ✓ Parturientes dépistées par le VIH lors des CPN moins de 3 mois,
- ✓ Parturientes qui ont refusé le test du VIH après counseling.

## **5- Variables mesurées :**

### **5-1- Variables liées à la parturiente**

- ❖ Age
- ❖ Profession
- ❖ Provenance
- ❖ Statut matrimonial
- ❖ Durée de vie commune
- ❖ Niveau d'instruction
- ❖ Nationalité
- ❖ Gestité
- ❖ Parité
- ❖ Enfants vivants
- ❖ Enfants décédés
- ❖ Avortements
- ❖ Mort-nés
- ❖ Mode d'admission
- ❖ Période d'admission

### **5-2- Variables liées au procréateur**

- ❖ Age
- ❖ Profession

- ❖ Nationalité
- ❖ Niveau d'instruction

### **5-3- Variables liées aux antécédents**

#### **5-3-1- Médicaux**

- ❖ Tuberculose
- ❖ Dermatose
- ❖ Transfusion sanguine
- ❖ Autres (HTA, Diabète, Drépanocytose)

#### **5-3-2- Chirurgicaux**

- ❖ Césarienne
- ❖ Myomectomie
- ❖ GEU
- ❖ Autres (Prolapsus utérin, Cystocèle)

#### **5-3-3- Gynécologiques**

- ❖ Brûlures mictionnelles
- ❖ Leucorrhées chroniques pathologiques
- ❖ Plaies /Ulcérations génitales
- ❖ Douleurs pelviennes

### **5-4- Variables liées à la grossesse**

- Age gestationnel
- CPN (Oui /Non ; nombre ; auteur ; lieu)
- Poche des eaux
- Counseling du VIH/SIDA dans la salle d'accouchement
- Administration ARV dans la salle d'accouchement

### **5-5- Variables liées à l'accouchement**

- Types d'accouchement (voie basse ; césarienne)
- Délivrance
- Suites de couches
- Pronostic

### **5-6- Variables liées aux nouveau-nés**

- Paramètres du nouveau-né (sexe, apgar, poids, taille)
- Administration d'ARV
- Référence pédiatrique

## **6- Collecte des données :**

Nous avons établi une fiche d'enquête individuelle pour chaque parturiente dépistée. Cette fiche d'enquête a été remplie à partir des informations recueillies

à l'interrogatoire ou le contenu du registre d'accouchement, la fiche d'évacuation, le carnet de CPN, les dossiers obstétricaux.

### **7- Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies sur microsoft Word 10 et analysées sur microsoft Excel 10, logiciel IBM SPSS 20.

Le test de  $\chi^2$  a été utilisé pour comparer les proportions. Les liens sont statistiquement significatifs si  $P < 0,05$

### **8- Définitions opérationnelles :**

- **Gestité** : C'est le nombre de grossesse chez la femme.
- **Primigeste** : c'est la première grossesse chez la femme.
- **Paucigeste** c'est le nombre de grossesse de deux à trois chez la femme.
- **Multigeste** : c'est le nombre de grossesse de quatre à cinq chez la femme.
- **Grande multigeste** : c'est le nombre de grossesse  $\geq$  à six chez la femme.
- **Parité** : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.
- **Nullipare** : zéro accouchement chez la femme.
- **Primipare** : c'est le premier accouchement chez la femme.
- **Paucipare** : c'est le nombre d'accouchement de deux à trois chez la femme.
- **Multipare** : c'est le nombre d'accouchement de quatre à cinq chez la femme.
- **Grande multipare** : c'est le nombre d'accouchement est  $\geq$  à six chez la femme.
- **Dépistage tardif** : dépistage fait moins de huit semaines avant l'accouchement, lors de l'accouchement ou dans le post partum.

### **9- Déroulement pratique :**

#### **9-1- Matériels**

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

#### **9-2- Ethiques :**

Chaque parturiente non dépistée lors des CPN ou de dépistage du VIH supérieur à trois mois reçus dans la salle d'accouchement en phase de latence ou en post-partum immédiat a bénéficié d'un counseling pré et post test de dépistage VIH/SIDA.

L'anonymat et la confidentialité des personnes participant à l'étude ont été respectés.

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

Un counseling post test a été effectué chez toutes les patientes ayant accepté le dépistage avec annonce immédiate du résultat. 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.

Tous les nouveau-nés de mères VIH positif ont bénéficié d'un traitement antirétroviral (bithérapie) à base de : Névirapine sirop + Zidovudine sirop [40]

- Névirapine sirop : 2mg/kg/jour dans les 72 premières heures de vie en prise unique pendant 6 semaines sans allaitement et 12 semaines avec allaitement,

- Zidovudine : 4mg/kg 3x/jour pendant 6 semaines sans allaitement et 12 semaines avec allaitement

Les nouveau-nés ont été adressés à la pédiatrie après leur prise en charge en salle d'accouchement.

## 10- Diagramme de Gantt

Périodes / Activités	Oct-Dec 2017	Dec-Fev 2018	2 Fev 2018-31Jan 2019	Jan-Mars 2019	Mars-Sept 2019
Recherche bibliographique	×				
Elaboration et correction du protocole		×			
Collecte des donnés			×		
Analyse des donnés et rédaction de la thèse				×	
Correction du document					×
Soutenance					

## RESULTATS

### 1- Fréquence :

- Durant notre période d'étude nous avons enregistré 4269 accouchements.
- Les patientes séropositives connues représentaient 0,21%.
- Quatre cent six parturientes ont bénéficié d'un counseling/dépistage dans la salle d'accouchement ; parmi lesquelles 36 ont refusé le test soit 8.87% et 370 ont accepté soit 91.13%.
- Treize patientes ont eu le test positif soit 3,51%.

### 2- Etudes :

#### 2-1- Description de la population :

##### 2-1-1- Caractères sociodémographiques des parturientes :

Tableau I: Répartition des parturientes selon l'âge

Age	VIH -	VIH+
≤ 19 ans	78 (21,85%)	2(15,39%)
<b>20-35 ans</b>	<b>229 (64,15%)</b>	<b>10(76,92%)</b>
> 35 ans	50 (14,00%)	1(7,69)
Total	357 (100%)	13(100)

Age moyen était de 27 ans.



**Tableau II** Répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
<b>Femme au foyer</b>	<b>295(82,63%)</b>	<b>10(76,93%)</b>
Vendeuse, commerçante	29(8,12%)	1(7,69%)
Fonctionnaire	1(0,28%)	1(7,69%)
Etudiante/ Elève	11(3,08%)	0
Professionnelle de sexe	2(0,56%)	0
Aide-ménagère	19(5,32%)	1(7,69%)
<b>Total</b>	<b>357(100%)</b>	<b>13(100%)</b>

Tableau III: Répartition selon leur résidence

<b>Provenance</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Kayes ville	151(42,30%)	6(46,15%)
<b>Rurale</b>	<b>206(57,70%)</b>	<b>7(53,85%)</b>
<b>Total</b>	<b>357(100%)</b>	<b>13(100%)</b>

Tableau IV : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Mariée monogame	221(61,90%)	3(23,08%)
Mariée polygame	96(26,89%)	<b>9(69,23%)</b>
Célibataire	30(8,40%)	0(0%)
Divorce	4(1,12%)	0(0%)
Veuve	6(1,68%)	1(7,69%)
Total	357(100%)	13(100%)

Tableau V: Répartition des parturientes selon leur durée de vie commune.

<b>Durée de vie commune</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
< 1 ans	17(4,76%)	1(7,69%)
2-3 ans	55(15,41%)	3(23,08%)
<b>&gt; 3 ans</b>	<b>285(79,83%)</b>	<b>9(69,23%)</b>
Total	357(100%)	13(100%)

Tableau VI: Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction.

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Primaire	35(9,80%)	0
Secondaire	36(10,08%)	2(15,38%)
Supérieur	3(0,84%)	1(7,69%)
Ecole coranique	19(5,322%)	0
<b>Non scolarisée</b>	<b>264(73,95%)</b>	<b>10(76,92%)</b>
Total	357(100%)	13(100%)

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la fonction des procréateurs

<b>Fonction</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Fonctionnaire	10(2,80%)	1(7,69%)
Commerçant	67(18,78%)	1(7,69%)
Etudiant	1(0,28%)	0
Chauffeur	24(6,72%)	<b>4(30,77%)</b>
Ouvrier	104(29,13%)	1(7,69%)
Marabout	13(3,64%)	3(23,08%)
Tailleur/ Réparateur	30(8,40%)	3(23,08%)
Cultivateur	108(30,25%)	0
Total	357(100%)	13(100%)

## 2-1-2 : Antécédents médicaux :

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon leur gestité

<b>Gestités</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Primigeste	105(29,41%)	2 (15,38%)
<b>Paucigeste</b>	<b>113(31,65%)</b>	<b>7 (53,85%)</b>
Multigeste	75(21,01%)	3 (23,08%)
Grande multigeste	63(17,65%)	1 (7,69%)
Total	357(100%)	13 (100%)

Tableau IX: Répartition des parturientes selon leur parité.

<b>Parités</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Nullipare	105(29,41%)	3(23,08%)
<b>Paucipare</b>	<b>130(36,41%)</b>	<b>6(46,15%)</b>
Multipare	85(23,81%)	3(23,08%)
Grande multipare	37(10,36%)	1(7,69%)
Total	357(100%)	13(100%)

### 2-1-4 : Suivi de la grossesse

Tableau X: Répartition des parturientes selon la réalisation des CPN

Réalisation des CPN	VIH-	VIH+
Oui	85(23,81%)	4(30,77%)
<b>Non</b>	<b>272(76,19%)</b>	<b>9(69,23%)</b>
Total	357(100%)	13(100%)

Khi2= 0,33      p= 0,56

Tableau XI: Répartition des parturientes dépistées positives selon le nombre de CPN.

Nombres CPN	VIH-	VIH+
<b>1</b>	<b>50(58,82%)</b>	<b>3(75%)</b>
2-3	31(36,74%)	1(25%)
Sup à 4	4(4,71%)	0(0%)
Total	85(100%)	4(100%)

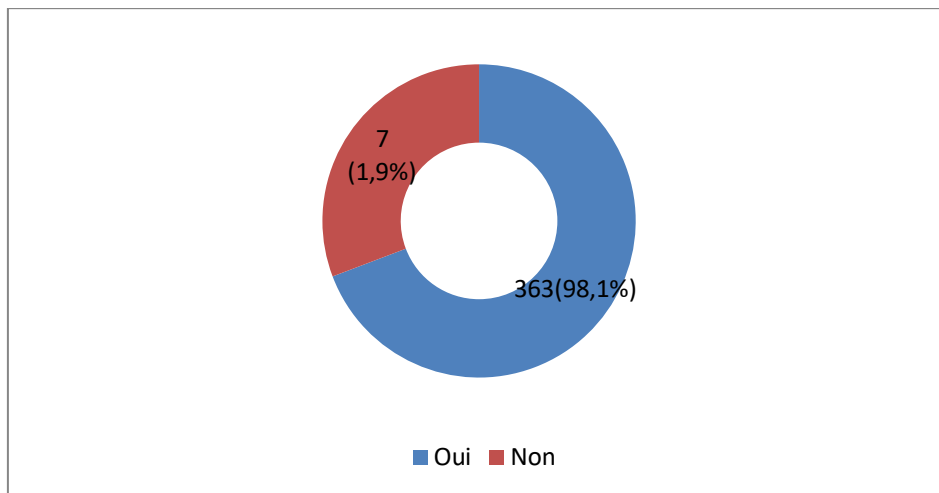
Tableau XII: Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur des CPN

<b>Qualification des CPN</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Gynécologue	3(3,53%)	0
obstétricien		
Médecin Généraliste	7(8,24%)	0
Sage-femme	23(27,06%)	<b>2(50%)</b>
Infirmière obstétricienne	31(36,47%)	1(25%)
Matrone	13(15,29%)	0
Autres (non déterminé)	4(4,71%)	1(25%)
Total	85(100%)	4(100%)

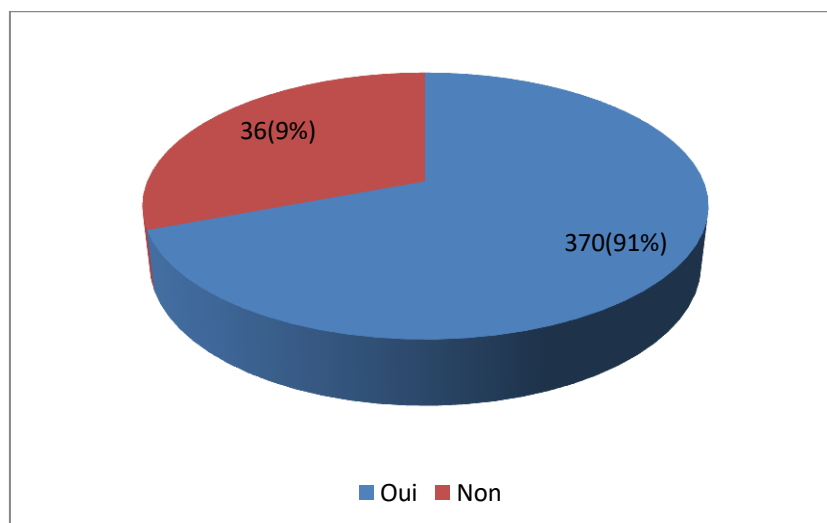
Tableau XIII: Répartition des parturientes selon leurs motifs d'admission

<b>Motifs d'admission</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
<b>Douleur abdominale</b>	<b>128(35,85%)</b>	<b>5(38,48%)</b>
Rupture prématurée des Membranes	8(2,24%)	1(7,69%)
Dilatation stationnaire	17(4,76%)	1(7,69%)
Défaut d'engagement	15(4,20%)	0
Saignement sur grossesse	59(16,53%)	2(15,38%)
Sans motif	9(2,51%)	0
Anémie	77(21,57%)	2(15,38%)
Pré-éclampsie	35(9,80%)	2(15,38%)
Eclampsie	4(1,12%)	0
Hémorragie du post partum	5(1,40%)	0
<b>Total</b>	<b>357(100%)</b>	<b>13(100%)</b>

### 3-Counseling et dépistage du VIH/SIDA



**Figure 5:** Notion d'information sur le VIH/SIDA.

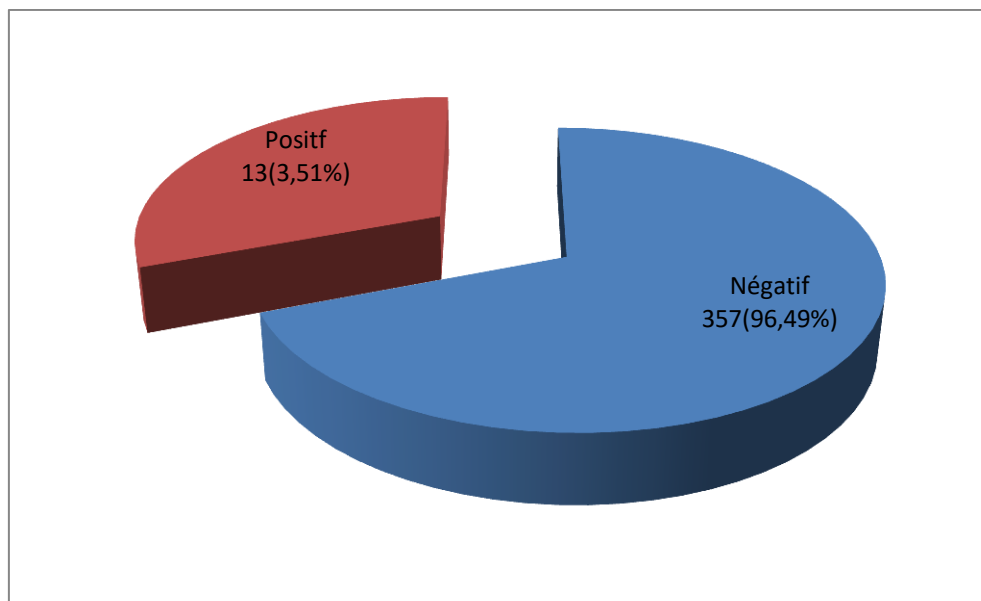


**Figure 6:** Répartition des parturientes selon le taux d'acceptation du test.



Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le motif de refus de réaliser le test

Motif de refus	Effectif	Pourcentage
Crainte de divorce si positivité	4	11,11
Obtenir l'avis du partenaire pour la réalisation	18	50
Pense être en bonne santé	2	5,56
<b>Peur de la maladie</b>	<b>10</b>	<b>27,78</b>
Sans motif	2	5,55
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

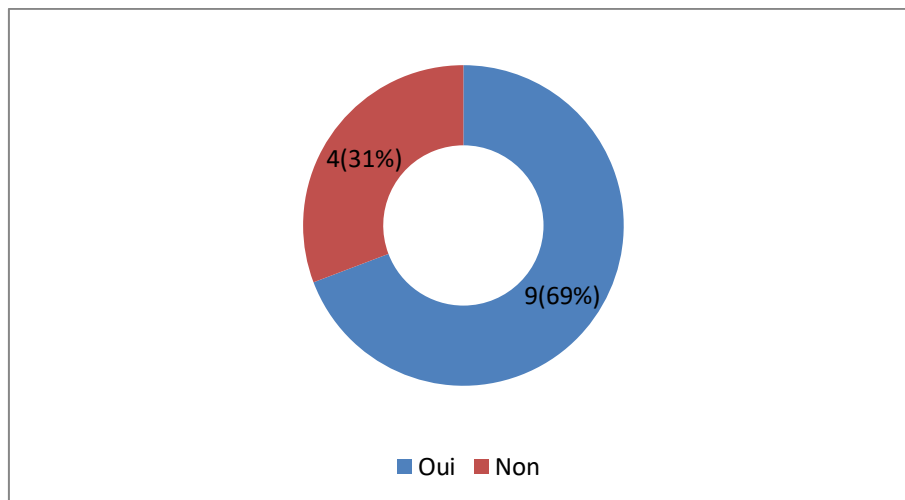


**Figure 7 :** Répartition des parturientes selon le résultat du test.

### Attitudes des parturientes dépistées positives

Tableau XV : Réactions des parturientes dépistées positives

Réaction	Effectif	Pourcentage
Accepter	8	61,52
Déni	1	7,69
Pleure	2	15,38
Refus du diagnostic	2	15,38
Total	13	100



**Figure 8:** Répartition des parturientes selon le désir d'informer le procréateur de leur statut sérologique.

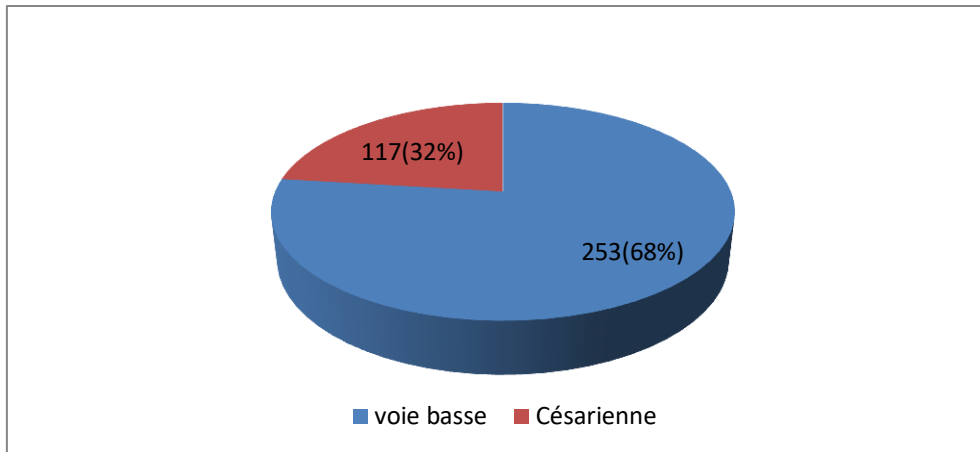
### Travail d'accouchement

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

<b>Age gestationnel</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
28-33 SA	34(9,52%)	1(7,69%)
34-36 SA	130 (36,41%)	4(30,77%)
<b>37-42 SA</b>	<b>190 (53,22%)</b>	<b>8(61,54%)</b>
≥42 SA	3 (0,84%)	0
Total	357(100%)	13(100%)

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon le moment de counseling

<b>Moment de counseling</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
<b>Latence</b>	<b>243(68,07%)</b>	<b>8(61,54%)</b>
Active	85(23,81%)	2(15,38%)
Post partum immédiat	30(8,40%)	2(23,08%)
Total	357(100%)	13(100%)

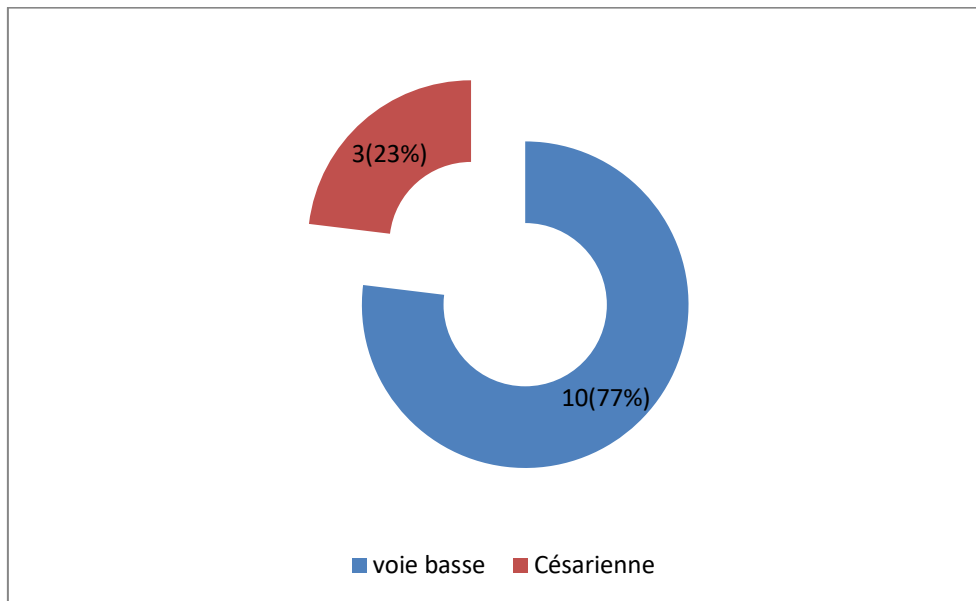


**Figure 9:** Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.

### Pendant le travail d'accouchement

Tableau XVIII: Répartition des parturientes dépistées positives en fonction du traitement reçu.

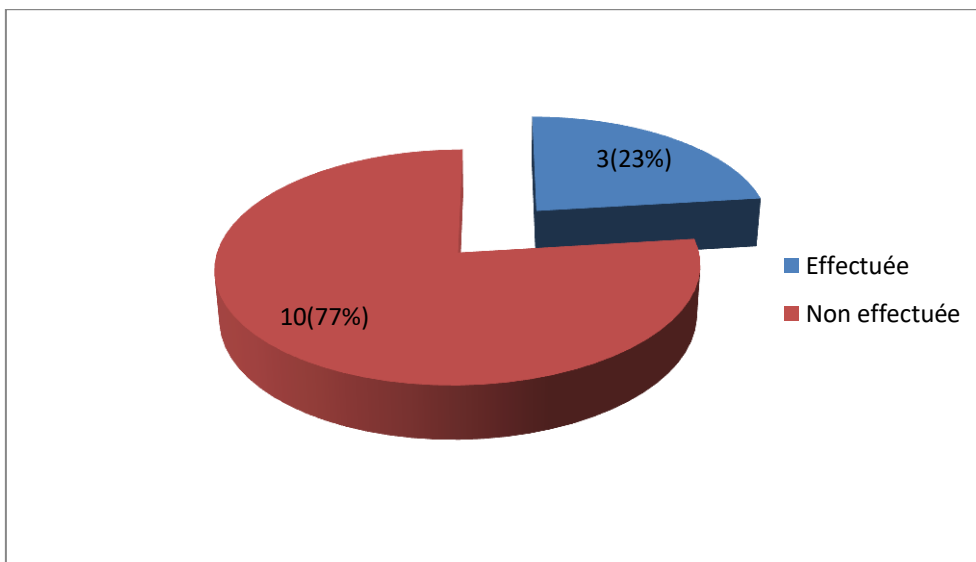
Molécules	Effectif	Pourcentage
TDF+3TC+EFV	11	84,62
Aucun	2	15,38
Total	13	100



**Figure 10:** Répartition des parturientes dépistées positives selon la voie d'accouchement.

Les indications de césarienne ont été :

- Souffrance fœtale aigüe (2)
- Eclampsie (1)



**Figure 11:** Répartition des parturientes dépistées positives selon la réalisation de l'épisiotomie.

Tableau XIX: Répartition des parturientes dépistées positives selon le type de délivrance.

<b>Délivrance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Active	8	61,54
Naturelle	2	15,38
Extemporannée (césarienne)	3	23,08
Total	13	100

NB : la délivrance naturelle concernait les patientes accouchées à domicile

Tableau XX: Répartition des parturientes dépistées positives selon l'Apgar des nouveau-nés.

<b>Apgar</b>	<b>VIH-</b>	<b>VHI+</b>
0	6(1,68%)	1(7,69%)
1-7	24(6,72%)	<b>7(53,85%)</b>
≥ 8	327(91,60%)	5(38,46%)
Total	357(100%)	13(100%)

NB : Nous avons enregistré 1 cas de mort-né frais chez les parturientes dépistées positives

Tableau XXI: Répartition des parturientes dépistées positives selon le poids des nouveau-nés.

<b>Poids</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
≤ 2500 gr	105(29,41%)	4(30,77%)
<b>2500-3999 gr</b>	<b>252(70,59%)</b>	<b>9(69,23%)</b>
Total	357(100%)	13(100%)

Khi<sup>2</sup>= 0,011      p= 0,92

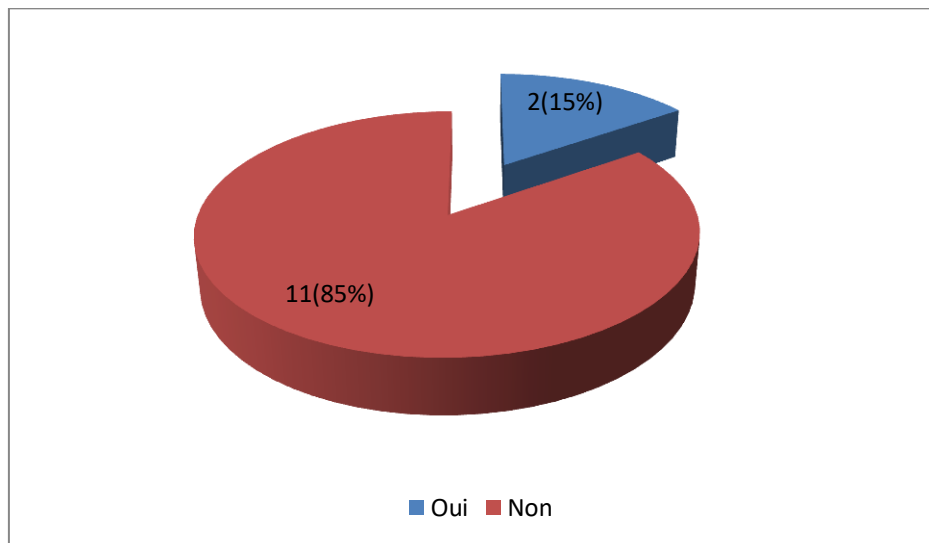
Tableau XXII: Répartition des parturientes dépistées positives selon la taille des nouveau-nés.

<b>Taille</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
≤ 47 cm	79(22,13%)	2(15,38%)
<b>≥ 47 cm</b>	<b>278(77,87%)</b>	<b>11(84,62%)</b>
Total	357(100%)	13(100%)

Khi<sup>2</sup>= 0,33      p= 0,56

Tableau XXIII: Répartition des parturientes dépistées positives selon le terme de la grossesse.

<b>Terme</b>	<b>VIH-</b>	<b>VIH+</b>
Prématurité	6(1,68%)	3(23,08%)
Hypotrophie	3(0,84%)	1(7,69%)
<b>Normotrophe</b>	<b>348(97,48%)</b>	<b>9(69,23%)</b>
Total	357(100%)	13(100%)



**Figure 12:** Répartition des parturientes dépistées positives selon la réanimation des nouveau-nés.



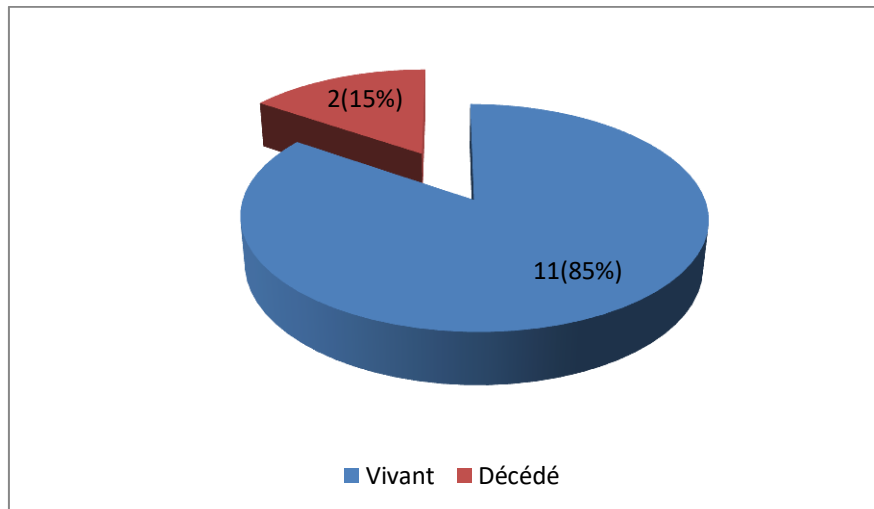
Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés selon l'administration d'ARV.

<b>Molécules</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
NVP+AZT	12	92,31
Aucun	1	7,69
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tous les nouveau-nés de mères dépistées positives ont été adressés à la pédiatrie ; ont reçu la dose initiale de névirapine (NVP) sirop+ Zidovudine (AZT) sirop dans le service ; sauf le cas de mort-né frais

Tableau XXV: Répartition des parturientes dépistées positives selon le mode d'allaitement.

<b>Allaitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Artificiel</b>	<b>10</b>	<b>83,34</b>
Mixte	1	8,33
Maternel	1	8,33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>



**Figure 13:** Répartition des parturientes dépistées positives selon le pronostic périnatal des nouveau-nés.

## DISCUSSION

### **1-Difficultés :**

L'absence de salle de counseling au niveau de la salle d'accouchement, la rupture du test de dépistage de 17 jours dans la salle d'accouchement, la rupture des ARV de 23 jours pour les parturientes dépistées positives au VIH ont été les principales difficultés au cours de notre étude.

### **2-Fréquence :**

Treize parturientes qui ont été dépistées positives au VIH1 sur 370 soit une fréquence de 3,51%.

Ce résultat est inférieur à celui observé dans l'étude de Dembélé B, où le taux était de 10% [4].

### **3-Caractéristiques sociodémographiques :**

Notre échantillon d'étude était composé des patientes se trouvant dans la période gravido-puerpérale.

Nous avons enregistré une importante représentation de la tranche d'âge 20-35 ans avec 64,15%, avec un âge moyen de 27 ans.

Dembélé B avait trouvé 42,8% pour la tranche d'âge 20-34 ans la moyenne d'âge était de 27 ans et des extrêmes 14 ans et 40 ans.

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec une fréquence de 76,92%, les âges  $\leq 19$  ans étaient de 15,39% chez les parturientes dépistées positives.

Ces résultats sont différents avec ceux observés par Dembélé B qui avait trouvé respectivement 51,4% pour 20-34 ans et 27% pour  $\leq 19$  ans [4].

Les parturientes vivaient en régime monogamique dans 61,90%.

Parmi les parturientes dépistées positives les femmes mariées représentaient 92,31% dont 75% vivaient en régime polygame.

Ces résultats peuvent être comparés avec ceux observés par Dembélé B avec une fréquence de 94,6% et 74,3% [4] et dans une étude sur les MST Maiga My [30] a trouvé que les mariées sont les plus touchées.

Les patientes étaient non scolarisées dans 58,8% et les sans profession étaient majoritaires avec 68,2%. [4]

Les parturientes non scolarisées étaient les plus représentées avec une fréquence de 76,93% suivie 15,38% avaient le niveau secondaire chez les parturientes dépistées positives.

Ce taux est supérieur à ceux observés dans d'autres études : Samake S a trouvé que 58,33% des parturientes séropositives n'étaient pas scolarisées [33], cette fréquence a été de 62,2% chez Dembélé B [4].

Ce taux élevé joue un rôle important dans la compréhension des parturientes pour le suivi des grossesses et avoir des informations sur la TME du VIH/SIDA. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec une fréquence de 76,93% suivies de commerçante/vendeuse, fonctionnaire et des autres (aides ménagère) avec 7,69% chacune pour les parturientes dépistées positives.

Bagayoko A [31] a trouvé dans son étude 65,3% de sans profession. Amina A [32] a trouvé que les Commerçantes/vendeuses étaient les plus représentées avec 40,1%.

Dembélé B [4] a trouvé les sans profession avec une fréquence de 54,1% suivies des commerçantes/Vendeuses et Elève/Étudiantes avec 18,9% et 18,9% des cas.

Les chauffeurs étaient les plus représentés avec une fréquence de 30,77% suivi des marabouts et d'autres avec 23,08% chacune pour les parturientes dépistées positives.

Ces taux sont différents de ceux trouvés par Dembélé B avec 40,5% des commerçants, 21,6% des enseignants et 18,9% des chauffeurs de camion. [4].

Ceci explique le risque élevé de la transmission du VIH/SIDA dans ces professions.

Au cours de notre étude 57,70% résidaient en dehors de la commune urbaine de Kayes.

Au cours de notre étude 46,15% des parturientes dépistées positives résidaient dans la ville de Kayes, 53,85% résidaient dans d'autres localités

#### **4-Etude clinique**

Les évacuations représentaient 51,26% des modes d'admissions ; 35,85% avaient d'autres motifs d'admission (pré-éclampsie, éclampsie, hémorragie du post-partum immédiat et anémie du post partum).

Les parturientes dépistées positives ont été évacuées dans 61,54% et 38,46% ont été adressées par les parents.

La douleur abdominale constituait le motif d'admission la plus fréquente avec 38,48% suivie de saignement sur grossesse, anémie et pré-éclampsie avec 15,38% chacune chez les parturientes dépistées positives.

Dembélé B [4] a trouvé 97,3% des parturientes VIH positif sont venue d'elle-même et 2,7% ont été évacuées.

## **Niveau de connaissances des parturientes sur le VIH/SIDA**

Dans notre étude 98,1% des parturientes avaient une information sur le VIH/SIDA et 1,9% qui n'avaient pas d'information, 57,85% ont eu leur information dans les centres de santé.

Le counseling et dépistage ont été proposés à toutes les parturientes, 91% ont accepté de faire le test avec consentement et 9% qui ont refusé.

Les raisons évoquées de refus de faire le test ont été : la peur de la maladie et crainte de divorce si positivité, soit respectivement 27,78% et 11,11% ; comme dans l'étude de Dembélé B [4].

Ce résultat peut être comparé aux résultats obtenus au cours des études antérieures : Dembélé B [4] soit 97,1% de taux d'acceptation ; Megni Gbetobey et al en 2002 au Bénin ont obtenu 74,8% de taux d'acceptation [28].

## **Attitudes des parturientes dépistées positives au VIH/SIDA**

Au cours de notre étude 69% des parturientes dépistées déclaraient avoir l'intention d'informer leur procréateur contre 31% qui ne veulent pas partager l'information.

Ces taux sont supérieurs à ceux observés dans l'étude de Dembélé B l'intention de ne pas informer leur procréateur 27% [4]. Les principales réactions observées à l'annonce de la séropositivité étaient : 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 [28].

### **4-3 Antécédents**

Les paucigestes (2-3) étaient les plus représentées avec une fréquence de 53,85% suivie de primigeste et multigeste respectivement : 15,38% et 7,69% pour les parturientes dépistées positives.

Dembélé B a trouvé une fréquence de 45,9% pour les multigestes 40,5% pour les paucigestes ; 13,8% pour les primigestes [4].

Samake S a trouvé une fréquence de 38,89% pour les paucigeste; 25% pour les primigestes; 19,44% pour les grande multigestes et 16,67% pour les multigestes [33].

Amina H a trouvé une fréquence de 44,4% pour les paucigestes; 29,6% pour les primigestes; 23,2% pour les multigestes et 2,8% pour les grandes multigestes [32].

Les paucipares étaient les plus dominantes avec 46,15% suivies des nullipares et des multipares avec une fréquence respective de 23,08% et 7,69% pour les parturientes dépistées positives.

Dembélé B dans son étude a trouvé une fréquence de 45,9% pour les pauci pares et 30,5% pour les multipares [4].

Samake S [33] a trouvé 30,56% de multipares.

Pour Amina H [32] les nullipares et les primipares ont représenté 71% avec une parité moyenne de 1.

## **5- Prise en charge :**

### **5-1 Suivi de la grossesse :**

Les parturientes qui n'ont pas effectués de CPN représentaient 76,19% ce taux est supérieur à celui de Dembélé B [4].

Durant notre étude 58,82% des parturientes avaient subi une seulement CPN, les 36,47% des CPN ont été faites par les infirmières obstétriciennes contrairement à Dembélé B [4] dont les patientes étaient suivies par des sage femmes.

La CPN n'a pas été réalisée chez 69% des parturientes dépistées positives, et 31% avaient réalisé au moins 1 CPN pour les parturientes dépistées positives. La majeure partie des parturientes étaient suivies par une sage-femme soit 50% chez les parturientes dépistées positives.

Pour Dembélé B, 83,8% des parturientes dépistées positives avaient réalisés au moins 3 CPN soit un taux de 75,7%. La majorité de ces femmes était suivie par des sages-femmes avec un taux de 54,1% puis les gynécologues obstétriciens avec 27%. [4]

Pour Amina H [32] 55% des femmes ont effectué au moins 3 CPN.

Cette insuffisance de suivi de la grossesse est un facteur de risque de la TME du VIH/SIDA.

### **5-2 Traitement ARV des parturientes dépistées positives :**

Les parturientes dépistées positives ont reçu de traitement ARV dans la salle d'accouchement dans 92,31% des cas ; et 1 patiente soit 7,69% n'a pas reçu de traitement pour refus.

Dembélé B a trouvé que 81,1% des parturientes dépistées positives ont bénéficié d'une bithérapie contre 18,9% qui ont reçu seulement monothérapie [4].

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

L'accouchement par la voie basse était la plus fréquente soit 77%, la césarienne représentait 23%. L'indication des césariennes n'était pas en rapport avec la séropositivité des parturientes.

Dembélé B [4] a trouvé une fréquence de 89,2% l'accouchement par voie basse et 10,8% pour la césarienne.

Bagayoko A [31] a trouvé un taux de 83,9% d'accouchement par voie basse et 16,1% de césarienne.

### **5-3 Caractéristiques des nouveau-nés**

#### **Paramètres du nouveau-né de mère dépistée positive**

Les nouveau-nés dont le poids est compris entre 2500-3999gr étaient les plus fréquentes soit 69,23% ; 37,77% avaient un poids inférieur 2500gr.

Dembélé B a trouvé que 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 ont représenté 8,1%. [4]

Diouf A et al [35] à Dakar ont trouvé un poids moyen de naissance de 2314g. Sombie I et al [38] ont rapporté un poids moyen de naissance de 2831g des nouveau-nés de mères séropositives contre un poids de naissance de 2896g de nouveau-nés de mères séronégatives.

Nous avons trouvé 3 cas de prématurité soit 23,08% ; un cas d'hypotrophie soit 7,69%.

Sombie et al [38] 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% [39].

#### **Score d'apgar :**

Les nouveau-nés avaient un score d'apgar compris entre 4 et 7 dans 53,85% des cas ; et 38,46% un score supérieur à 8.

Nous avons enregistré un cas de mort-né frais soit 7,69%.

Dembélé B a trouvé que 94,6% des nouveau-nés avaient un score d'apgar compris entre 8-10 ; et 2,7% un score compris entre 4 et 7. [4]

### **5-4 Traitement des nouveau-nés de mère dépistée positive au VIH/SIDA**

Les nouveau-nés ont bénéficié d'une bithérapie faite par la NVP+AZT dans 92,31% des cas.

Ce taux est inférieur celui trouvé par Dembélé B où 97,2% des nouveau-nés de mères séropositives ont bénéficié d'une bithérapie faite d'AZT et NVP. [4]

### **5-5 Mode d'allaitement**

Les nouveau-nés de mères dépistées positives ont opté pour l'allaitement artificiel dans 83,34% ; et 8,33% pour l'allaitement maternel exclusif ; 8,33% pour l'allaitement mixte(maternel/artificiel).

Le taux d'allaitement maternel artificiel était de 30,6% chez Dembélé B [4]

## **6- Pronostic :**

### **Pronostic maternel**

Les suites de couches immédiates ont été simples dans 100% des cas.

**Pronostic périnatal :**

Les nouveau-nés avaient un bon pronostic dans leurs premières semaines de vie dans 85% ; la létalité périnatale a été observée chez 15% des nouveaux nés dont 1 cas de mort-né frais 1 cas de décès pédiatrique pour souffrance néonatale.

Dembélé B en 2010 a observé 91,9% des nouveau-nés étaient vivants à leur première semaine de vie, la létalité périnatale totale s'élève à 8,1% soit 3 cas : 1 mort-né macéré et 2 décès de nouveau-nés dans leur première semaine de vie.

[4]



## CONCLUSION

Le counseling et dépistage volontaire sont la porte d'entrée de la prévention de la TME du VIH/SIDA, ils constituent la première étape de la prise en charge.

Cependant malgré la multiplication des centres santé à travers le pays en général et dans la région de Kayes en particulier, plusieurs gestantes continuent d'échapper aux CPN et au counseling/dépistage du VIH/SIDA.

Beaucoup d'efforts doivent être mené dans ce sens : la formation du personnel en PTME et le counseling/dépistage du VIH/SIDA en salle d'accouchement ; afin de diminuer le taux de prévalence de cette pandémie.

## **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude nous recommandons :

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

- Renforcement des campagnes de sensibilisation à travers les médias sur la PTME et des conseils visant à abolir la discrimination des personnes vivants avec le VIH,
- L'implication des leaders (religieux, communautaires, et politique) dans les campagnes de sensibilisation portant sur le VIH/SIDA ;
- Une formation et un suivi régulier de tous les agents de santé impliqués dans la PTME du VIH/SIDA ;
- Mise en place d'un site de PTME dans tous les centres de santé dans le pays et la région de Kayes en particulier.

### **A l'hôpital :**

- Rendre opérationnel et en permanence l'appareil d'analyse de la charge virale et de PCR.
- Assurer de la disponibilité permanente des tests de dépistage au VIH dans la salle d'accouchement,
- Mettre en place des ARV en permanence pour la salle d'accouchement afin que les parturientes dépistées en bénéficient ;
- Créer d'un lieu de counseling au niveau de la salle d'accouchement pour la confidentialité des parturientes.

### **A la population :**

- Fréquenter des centres de santé pour le suivi des grossesses afin d'adhérer au programme de PTME
- Eviter de la discrimination des personnes vivants avec le VIH/SIDA tout en les acceptants,
- Eviter de l'alimentation mixte chez les nouveaux nés de mère séropositive.

### **Au personnel de la santé :**

- Faire le counseling/dépistage avec communication immédiate du résultat chez toutes les gestantes reçues en CPN ou dans la salle d'accouchement,
- Respecter les gestes préventifs adopter chez les parturientes séropositives et aux nouveaux nés dans le post partum immédiat ;
- Informer toutes les gestantes les moments de transmission du VIH/SIDA, les aider à faire le choix pour le mode d'alimentation des nouveaux nés ;
- Remplir correctement les supports de collectes des donnés.

## REFERENCES :

1. Soukaina O. Prise en charge de la femme enceinte séropositive au service de Gynécologie Obstétrique II au CHU HASSAN II (à propos de 24 cas), thèse Maroc, 2018, p 9.
2. Yapo Thomas ABA et coll. Maladies infectieuses tropicales, Editions Alinéa Plus 2016, 580- 625,
3. ONUSIDA/OMS. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. Genève, Suisse ; 1999.
4. Dembélé B. Dépistage du VIH en salle d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V de février 2009 à janvier 2010[Mali] 2010.
5. ONUSIDA. Fiche d'information, novembre 2016 ;6 :4-5.
6. ONUSIDA. Le sida en chiffres 2015 ;12 :5-9.
7. Koina D. Étude de la prévalence et des facteurs de risques de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.
8. 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.
9. Prévalence du VIH dans l'EDSM-V du Mali 2012-2013.p1
10. Gottlieb MS, Schanker HM, Fan PT, SaxonA, Weisman JD, Pozalski Epidemiology Program Office, CDC. A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carinii Pneumonia among Homosexual Male Residents of Los Angeles and range Counties, California. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1982 ;31(23) :305-7
11. Centers for Disease Control (CDC) Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)-United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1982 ;31(37) :507- 8, 513- 4
12. Mandelbrot L. Infection par le virus de l'immunodéficience acquise et grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/ Obstétrique, 5-039- D- 40, 2011.

13. Carine J. Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en France à l'ère des multi-thérapies : des recommandations aux praticiens. Novembre 2012.
14. UNAIDS Country factsheets MOROCCO HIV and AIDS Estimates| 2016.
15. L'infection à VIH. Aspects virologiques module "santé et environnement/ maladies transmissibles "http:// www.microbe - edu.com/ etudiant/ vih.html
16. Roqueberta, f. Damonda, f. Brun- vézineta and d. HIV GENETIC DIVERSITY AND ITS CONSEQUENCES. Descamps, laboratoire de virologie, hôpital Bichat Claude- Bernard, 46, 3 Juin 2008.
17. Diane D Infection VIH. Physiopathologie de l'infection par le VIH. Aspects virologiques, les différents VIH, les tests virologiques. Laboratoire de virologie, hôpital Bichat Claude Bernard, université paris 7, 2006.
18. H. Agut. Les réservoirs cellulaires du VIH : mythe ou réalité, Virologie. Volume 4, numéro 3, mai - juin 2000, éditorial.
19. ONUSIDA/ OMS. Statistiques mondiales sur le VIH, juillet 2017.
20. Jackson JB, Musoke P, Fleming T et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother- to- child transmission of HIV- 1 in Kampala, Uganda : 18- month follow- up of the HIVNET012 randomised trial.
21. Berebi A. Le SIDA au féminin. Edition DOIN Paris 2001 ; 308 : 204-5.
22. Rouzioux C, Costagliola D, Burgard M, Blanche S, Mayaux MJ, Griscelli C et al. Estimated timing of mother- to- child human immunodeficiency virus type 1 (HIV- 1) transmission by use of a Markov model. The HIV Infection in Newborns French Collaborative Study.
23. ONUSIDA/ OMS. Le point sur l'épidémie du VIH/ SIDA. Genève, Suisse ; Novembre 2002. *Group. Am J Epidemiol* 1995 ; 142 : 1330- 7.
24. 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

25. Morlat P et coll. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Primo- infection à VIH (décembre 2016) ; p65, p66, p72, p78
26. Morlat P et le groupe d'experts Eg. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport. Paris : Française LD ; 2013
27. P Morlat. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Actualisation 2015 du rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS.
28. Troisième congrès de la SAGO. Benin – Togo : livre de conférence et de communication Janvier 2002.
29. 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.
30. Maiga M. Problématique de la migration des MST et du SIDA dans la région de Sikasso. Thèse médecine : Bamako, 1999.
31. Bakayoko A. Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positif à HGT. Thèse médecine : Bamako, 2004 ; 68-48.
32. 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 ; 96-105.
33. Samake S. Infection VIH à la maternité du centre de référence de la commune V. Thèse médecine : Bamako, 2008 ; № 108.
34. 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.
35. 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.
36. Boiré A. Prévalence du taux de VIH chez les femmes césarisées à la maternité de l'HGT. Thèse médecine : Bamako, 1999 ; 16-88.

37. Leroy V, Newell ML, Dabis F et Al. International multicenter pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV1 infection. Lancet 1998 ; 352 : 597-600.
38. Sombie I, Nacro B, Tiendrebeogo S, Dao B, Carloux M, Meda N et Al. Infection maternelle et paramètres anthropométriques de l'enfant à la naissance au Burkina-Faso. Cahier santé 1999 ; 9.
39. Mandelbrot L. Particularité de la grossesse chez les femmes enceintes séropositives pour le VIH. La lettre du gynécologue 1999 ; 243 :20-5
40. Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA, HCNLS, juillet 2016, p124.

## FICHE D'ENQUETE

Dépistage tardif du VIH en salle d'accouchement dans le service de gynécologie d'obstétrique à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

### Renseignement sur la parturiente :

Q01 Age :(.....)

a :  $\leq$  19 ans    b : 20-35 ans    c :  $\geq$  35 ans

Q02 Professions :(.....)

1 : Ménagère    2 : Vendeuse/ Commerçante    3 : Fonctionnaire

4 : Etudiante / Elève    5 : Autres

Q03 Domicile :(.....)

1 : Kayes ville    2 : Rurale    3 : Autres

Q04 Statut matrimonial (.....)

1 : Célibataire    2 : Mariée monogame    3 : Mariée polygame

4 : Divorcé    5 : Veuve

Q05 Durée de vie commune (.....)

a :  $\leq$  1 an    b : 2ans-3ans    c :  $\geq$  4ans

Q06 Niveau d'instruction (.....)

1 : Primaire    2 : Secondaire    3 : Supérieur    4 : Ecole coranique    5 : Non scolarisée

Q07 Nationalité (.....)

1 : Malienne    2 : Non malienne

### Identité du procréateur :

Q08 Age (.....)

a : 20-30 ans    b :  $\geq$  31 ans

Q09 Profession (...)

1 : Fonctionnaire    2 : Commerçant    3 : Etudiant / Elève

4 : Chauffeur    5 : Ouvrier    6 : Autres

Q10 Nationalité (...)

1 : Malienne            2 : Autres

**Antécédents médicaux :**

Q11 Tuberculose pulmonaire (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q12 Dermatose (prurigo)

1 : Oui            2 : Non

Q13 Autres opportunistes du VIH (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q14 Diabète

1 : Oui            2 : Non

Q15 Transfusion sanguine (...)

1 : Oui            2 : Non

Q16 Cancer

1 : Oui            2 : Non

**Antécédents chirurgicaux :**

Q17 Césarienne (...)

1 : Oui            2 : Non

Q18 Myomectomie (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q19 GEU (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q20 Autres.....

**Antécédents gynécologies :**

Q21 Brûlures mictionnelles (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q22 Leucorrhées pathologiques chroniques (.....)

1 : Oui            2 : Non



Q23 Prurit vulvaire (.....)

1 : Oui                      2 : Non

Q24 Plaies / ulcérations génitales (...)

1 : Oui                      2 : Non

Q25 Douleurs pelviennes (.....)

1 : Oui                      2 : Non

**Antécédents obstétricaux :**

Q26 Gestité (.....)

a : 1      b : 2-3      c : 4-5      d :  $\geq 6$

Q27 Parité (.....)

a : 1      b : 2-3      c : 4-5      d :  $\geq 6$

Q28 Enfants vivants (.....)

a : 0      b : 1-3      c : 4-6      d :  $\geq 7$

Q29 Enfants décédés (.....)

a : 0      b : 1-3      c :  $\geq 4$

Q30 Avortements (.....)

a : 0      b : 1-3      c :  $\geq 4$

Q31 Morts nées

a : 0      b : 1-3      c :  $\geq 4$

**Histoire de la grossesse :**

Q32 DDR .....

Q33 CPN (.....)

1 : Oui                      2 : Non

Q34 Nombre de CPN

a : 1      b : 2-3      c :  $\geq 4$

Q35 Qualification du personnel de CPN

1 : Gynécologue-Obstétricien      2 : Médecin Généraliste      3 : Sage-femme  
4 : Infirmière-Obstétricienne      5 : Matrone      6 : Autres

Q36 Lieu de CPN (.....)

1 : Hôpital      2 : CSréf      3 : CScom      4 : Autres

Q37 Sérologie toxoplasmose (.....)

1 : Positive      2 : Négative      3 : Non réalisée

Q38 Sérologie syphilis (.....)

1 : Positive      2 : Négative      3 : Non réalisée

### **Dépistage du VIH :**

Q39 Counseling (.....)

1 : Fait      2 : Non fait

Q40 Consentement éclairé (.....)

1 : Accepter      2 : Refus

Q41 Motif de refus : .....

Q42 Résultat du test (...)

1 : Positif      2 : Négatif

Q43 Dépistage au cours des CPN (.....)

1 : Fait      2 : Non fait

Q44 Sous traitement ARV (.....)

1 : Oui      2 : Non

Q45 Taux CD4

1 : Réalisé      2 : Non réalisé

Q46 Charge virale

1 : Réalisé      2 : Non réalisé

Q47 Information sur le VIH/SIDA (.....)

1 : Oui      2 : Non

Q48 Source d'information sur le VIH/SIDA (.....)

1 : Agent de santé      2 : Télévision      3 : Radio      4 : Causerie

Q49 Réaction des parturientes dépistées positives après l'annonce de leur résultat (.....)

1 : Accepter      2 : Résignation      3 : Pleur      4 : Déni

Q50 Veulent informer leurs partenaires de leur statut sérologique (.....)

1 : Oui      2 : Non

Q51 La gestante a-t-elle informé son conjoint

1 : Oui      2 : Non

Q52 Motif de refus .....

**Histoire de l'accouchement :**

Q53 Mode d'admission (.....)

1 : Adressée par ses parents      2 : Evacuée

Q54 Motif d'admission/d'évacuation .....

1 : Douleur abdominale      2 : Rupture prématurée des membranes

3 : Dilatation stationnaire      4 : Défaut d'engagement

5 : Sans motif      6 : Autres .....

Q55 Période d'admission de la patiente

1 : Latence      2 : Active      3 : Expulsion      4 : Post partum immédiat

Q56 Counseling VIH en salle d'accouchement

1 : Fait      2 : Non fait

Q57 Dépistage VIH en salle d'accouchement

1 : Fait      2 : Non fait      3 : Refus      4 : Raison du refus .....

Q58 Résultat du dépistage

1 : Négatif      2 : Positif

Q59 Traitement ARV débuté en salle d'accouchement

1 : Oui      2 : Non

Q60 Age gestationnel (.....)

a : 28-33 SA    b : 34-36 SA    c : 37-42 SA    d : >42 SA

Q61 Rupture des membranes (.....)

1 : Prématurée    2 : Précoce    3 : Artificielle

Q62 Durée entre la rupture des membranes et l'accouchement (.....)

a: 6 heures    b: 7-10 heures    c:  $\geq$  11 heures

Q63 Types d'accouchement (.....)

1 : Voie basse    2 : Extraction instrumentale    3 : Césarienne

Q64 Episiotomie

1 : Effectuée    2 : Non effectuée

Q65 Délivrance (.....)

1 : Artificielle    2 : Naturelle    3 : Active

Q66 Suites de couche (.....)

1 : Compliquée    2 : Non compliquée

Q67 Pronostic maternel

1 : Vivante    2 : Décédée

**Nouveau-né :**

Q68 Traitement ARV

1 : Oui    2 : Non

Q69 Bain antiseptique du nouveau-né

1 : Oui    2 : Non

Q70 Sexe (.....)

1 : Masculin    2 : Féminin

Q71 Apgar (.....)

a: 0    b: 1-7    c:  $\geq$  8

Q72 Poids (.....)

a : <2500 gr    b: 2500-3999 gr    c:  $\geq$  4000 gr

Q73 Taille (.....)

a : < 47 cm    b : ≥ 47 cm

Q74 Pré maturité (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q75 Hypotrophie (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q76 Macrosomie (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q77 Réanimé (.....)

1 : Oui            2 : Non

Q78 Référé en pédiatrie

1 : Oui            2 : Non

Q79 PCR1

1 : Réalisé      2 : Non réalisé

Q80 Résultat PCR1    1 : Positif      2 : Négatif

Q81 PCR2            1 : Réalisé      2 : Non réalisé

Q82 Résultat PCR2    1 : Positif      2 : Négatif

Q83 Sérologie M18            1 : Réalisé      2 : Non réalisé

Q84 Résultat M18    1 : Positif      2 : Négatif

Q85 Pronostic (.....)

1 : Vivant        2 : Décédé

Q86 Mode d'allaitement (.....)

1 : Maternelle    2 : Artificiel    3 : Mixte

## Material safety data sheet

**Name : Diallo**

**First name : Mamadou C.**

**Email : diallo.mc90@yahoo.fr**

**Site of the thesis :** Late HIV testing in the delivery room in the hospital Fousseyni Daou of Kayes : Epidemiological appearance.

**Colle year :** 2018-2019

**City of soutenance :** Bamako

**Native country :** Mali

**Deposit place :** Library of the faculty of medicine of odontostomatology

**Interest area :** Obstetric gynecology, Epidemiology.

### Resume

This is a descriptive prospective study of 1 February 2018 to January 31, 2019. It took place in the obstetric gynecology service of the hospital Fousseyni Daou of Kayes.

The objectives were determined of the HIV frequency in the parties of the interference of the delivery room, determine the sociodemographic profile of these parties report the schema of the supportive of the positive HIV-defeated partial in the room of the delivery. Determine the maternal and perinatal prognations.

The HIV positive frequency was 3,51% of the defeated parties.

The screening of HIV/AIDS proposed to the 406 parties were benefited from a counseling/screening in the delivery room ; for which 36 refused the test is 8,87% and 370 accepted either 91,13%.

The 20-35 year age group was the most represented with a frequency of 76,92%, the aged  $\leq 19$  years were 15,39%

The no-schoolized parties were the most represented with a frequency of 76,93% followed 15,38% had the secondary level

Our study 98,1% of the parties were information on HIV/AIDS and 1,9% that had their information in health centers.

The NPC was not made at least 1 NPC for positive poor-parties. Most of the parties were followed by a midwife feet 50%

The positives strikes were received from ARV treatment in the delivery room in 92,31% of cases and 1 patient is 7,69% did not receive a refusal treatment.

Debirth by low path was the most common 77% the caesarean represented 23%

The new born with weight between 2500-3999gr were the most attended or 69,23% ; 37,77% had a lower weight 2500gr.

Dead-raw made of 100% of cases in immediate suites. The new born had a good pronostic in their first weeks of life in 85% ; fetal theatte was observed in 15% of the new born of which 1 cases of fresh deaths fresh 1 case of pediatric death for neonatal suffering.

**Keywords :** screening, HIV/AIDS, parties, epidemiology.

**Fiche signalétique :**

**Nom : Diallo**

**Prénom : Mamadou C.**

**Email : diallo.mc90@yahoo.fr**

**Titre de la thèse :** Dépistage du VIH/SIDA chez les parturientes admises en salle d'accouchement à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

**Année universitaire :** 2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

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

**Secteur d'intérêt :** Gynéco-obstétrique, Epidémiologie.

**Résumé**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive s'étendant du 1<sup>er</sup> février 2018 au 31 janvier 2019. Elle s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Les objectifs étaient déterminer la fréquence du VIH chez les parturientes dépistées dans la salle d'accouchement, déterminer le profil sociodémographique de ces parturientes, rapporter le schéma de prise en charge de la parturiente dépistée VIH positif en salle d'accouchement, déterminer le pronostic maternel et périnatal.

- La fréquence de séropositivité était 3,51 des parturientes dépistées.
- Le dépistage du VIH/SIDA été proposé aux 406 parturientes ont bénéficié d'un counseling/dépistage dans la salle d'accouchement ; pour lesquelles 36 ont refusé le test soit 8.87% et 370 ont accepté soit 91.13%.
- La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec une fréquence de 76,92%, les âges ≤19 ans étaient de 15,39%.
- Les parturientes non scolarisées étaient les plus représentées avec une fréquence de 76,93% suivie 15,38% avaient le niveau secondaire.
- Dans notre étude 98,1% des parturientes avaient une information sur le VIH/SIDA et 1,9% qui n'avaient d'information, 57,85% ont eu leur information dans les centres de santé.
- La CPN n'a pas été réalisée chez 69% des parturientes dépistées positives, et 31% avaient réalisé au moins 1 CPN pour les parturientes dépistées positives. La majeure partie des parturientes étaient suivies par une sage-femme soit 50%.
- Les parturientes dépistées positives ont reçu de traitement ARV dans la salle d'accouchement dans 92,31% des cas ; et 1 patiente soit 7,69% n'a pas reçu de traitement pour refus.
- L'accouchement par la voie basse était la plus fréquente soit 77%, la césarienne représentait 23%.
- Les nouveaux nés dont le poids est compris entre 2500-3999gr étaient les plus fréquentés soit 69,23% ; 37,77% avaient un poids inférieur 2500gr.
- Le pronostic maternel était de 100% des cas dans les suites immédiates. Les nouveaux nés avaient un bon pronostic dans leurs premières semaines de vie dans 85% ; la létalité foetale a été observée chez 15% des nouveaux nés dont 1 cas de mort-né frais 1 cas de décès pédiatrique pour souffrance néonatale.

**Mots clés :** Dépistage, VIH/SIDA, parturientes.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai 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 !**



**Material safety data sheet**

**Name : Diallo**

**First name : Mamadou C.**

**Email : diallo.mc90@yahoo.fr**

**Colle year : 2018-2019**

**City of soutenance : Bamako**

**Native country : Mali**

**Site of the thesis : Late HIV testing in the delivery room in the hospital Fousseyni Daou of Kayes : Epidemiological appearance.**

**Deposit place : Library of the faculty of medicine of odontostomatology**

**Interest area : Obstetric gynecology, Epidemiology.**



**Resume**

This is a descriptive prospective study of 1 February 2018 to January 31, 2019. It took place in the obstetric gynecology service of the hospital Fousseyni Daou of Kayes.

The objectives were determined of the HIV frequency in the parties of the interference of the delivery room, determine the sociodemographic profile of these parties report the schema of the supportive of the positive HIV-defeated partial in the room of the delivery. Determine the maternal and perinatal prognations.

The HIV positive frequency was 3,51% of the defeated parties.

The screening of HIV/AIDS proposed to the 406 parties were benefited from a counseling/screening in the delivery room ; for which 36 refused the test is 8,87% and 370 accepted either 91,13%.

The 20-35 year age group was the most represented with a frequency of 76,92%, the aged  $\leq 19$  years were 15,39%

The no-schoolized parties were the most represented with a frequency of 76,93% followed 15,38% had the secondary level

Our study 98,1% of the parties were information on HIV/AIDS and 1,9% that had their information in health centers.

The NPC was not made at least 1 NPC for positive poor-parties. Most of the parties were followed by a midwife 50%

The positives strikes were received from ARV treatment in the delivery room in 92,31% of cases and 1 patient is 7,69% did not receive a refusal treatment.

Debirth by low path was the most common 77% the caesarean represented 23%

The new born with weight between 2500-3999gr were the most attended or 69,23% ; 37,77% had a lower weight 2500gr.

Dead-raw made of 100% of cases in immediate suites. The new born had a good pronostic in their first weeks of life in 85% ; fetal theatte was observed in 15% of the new born of which 1 cases of fresh deaths fresh 1 case of pediatric death for neonatal suffering.

**Keywords : screening, HIV/AIDS, parties, epidemiology.**

