

Ministère de l'Education Nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2007-2008

THESE

EVALUATION DES CONNAISSANCES
SUR LE VIH/SIDA DES GESTANTES
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE IV

Présentée et soutenue publiquement le 14 Février 2008

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

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

PAR Mlle HABIYATA DITE HABY MAIGA

JURY

Président: Pr Abdoulaye AG RHALY

Membre: Dr Binta KEITA

Co-Directeur : Dr Fatoumata DICKO TRAORE

Directeur: Pr Marouf KEITA

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

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

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

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

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

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

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

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

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

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

3. MAITRES DE CONFERENCES

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

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

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

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

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

3. MAITRES DE CONFERENCES

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

4. MAITRES ASSISTANTS

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

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUC	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie

M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

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

3. MAITRES DE CONFERENCES

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

4. MAITRES ASSISTANTS

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

5. ASSISTANTS

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

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
--------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	: Santé Publique
M. Adama DIAWARA	: Santé Publique

M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique
 M. Massambou SACKO : Santé Publique
 M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

5. ASSISTANTS

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

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

A

ALLAH

Le Tout Puissant, le Miséricordieux pour m'avoir donné la force, le courage et la santé pour réaliser ce travail. Reçois ici mon Dieu, toute ma révérence et ma reconnaissance.

Au Prophète Muhammad (Paix et Salut de DIEU sur Lui),

Sceau des Prophètes, pour son message clair et précis qui incite sans cesse à la recherche.

A mon père Hamir Aguisa Maïga

Les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve à ce tournant important de ma vie. Tu m'as élevée dans la rigueur et l'esprit de réussite. Toujours soucieux de l'avenir de ta famille, ton soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Puisse ce travail t'apporter toute la satisfaction attendue.

Que Dieu te prête longue vie.

Amen!!

A ma tendre et adorable maman Agaïchatou Maïga

Mère éducatrice et exemplaire, tu as toujours été aux côtés de tes filles. Tu nous as enseigné les règles de la bonne moralité, de l'honnêteté et de la bonne conduite. Sans tes encouragements, tes conseils, tes prières et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Je prie le Tout Puissant de te donner longue vie et promet avec son accord de ne jamais faillir à mes devoirs de fille.

Amen !

A mes sœurs Sala, Zainaba, Fanta

Ce travail est aussi le vôtre, qu'il soit l'expression de la profonde affection que je vous porte.

A mon neveu Aboubacar

Qui m'est cher, en témoignage de mon affection à ton égard.

A mon ami Daouda Dembélé

Les mots me manquent pour te remercier pour le soutien sans faille que tu n'as cessé de m'apporter.

Merci pour l'amitié et la tempérance que tu as toujours témoignées à mon endroit.

Tu as été à la fois mon conseiller, mon guide et celui qui m'a encouragée.

Puisse Dieu te porter longue vie et permettre la réalisation de tous tes projets.

Amen !

A tous les enfants que nous suivons et leurs mères

Je voudrais tout simplement vous dire que les moments passés avec vous m'ont été riches en enseignements.

Je prie Le Tout Puissant ALLAH pour qu'il vous accorde longue vie et donne la chance aux chercheurs de trouver un traitement curatif et préventif au VIH/SIDA.

Amen !

REMERCIEMENTS

A mon meilleur ami Michel Gaïdo Camara

Depuis la deuxième année médecine nous sommes devenues inséparables. Cher ami, les mots me manquent pour te dire merci car à travers toi j'ai connu le sens du mot amitié. Ton humour, ton amour du prochain et ta bonne éducation n'ont jamais cessé de m'émouvoir. Je prie Dieu pour que notre amitié résiste à tous les obstacles de la vie. Je te souhaite beaucoup de réussite dans la vie.

A mes amis et camarades depuis la maternelle jusqu'aux années d'internat à la fac de médecine : Chakir, Luther, Fredy, Issa, Van, Yacou, BH, Eric, Awa...

L'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Vous êtes ancrés dans mon cœur par tant de choses partagées ensemble.

A tous mes maîtres de la Pédiatrie et le corps professoral de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Le moment est venu pour moi de vous dire merci pour votre encadrement et votre amour de la transmission du savoir.

A toute l'équipe de PTME Afo, Clémentine, Chatou, Seydou, Sengou, Nia

Votre gentillesse et votre disponibilité n'ont jamais manqué au rendez-vous. Surtout ne changez pas car ces femmes et leurs enfants trouvent en vous le soutien moral qu'ils attendent.

A tous les organismes, tous les services, toutes les personnes

Qui ont toujours été un soutien inestimable dans la PTME :

- mes Maîtres : Dr Mariam Sylla, Dr Fatoumata Dicko, Dr Youssouf Traoré, Dr Dramane Koné, Dr Malick Traoré
- les infirmières de la pédiatrie impliquées dans la PTME
- les internes et le personnel du service de Gynéco-obstétrique de l'HGT impliqués dans la PTME
- les internes et le personnel de la pharmacie de l'HGT
- le personnel de l'INRSP
- les internes et le personnel du service de gastro-entérologie de l'HGT
- le personnel des laboratoires de l'HGT et Algi
- les animatrices de l'AFAS/AMAS ;
- MEDAF, ESTHER

A mes collègues internes en Pédiatrie plus particulièrement de la néonatalogie :

Rose, Kady, Awa, Sonia, Bamba, Daniela, Betty, Wane, Moustaph, Kalirou, Abdalla, Pierre, Kama, Ben, Aliou, Kanté, Guindo

A mes aînés de la pédiatrie

Pour leur enseignement

Sincères gratitudeux aux :

- sage-femmes du CSRef de la commune IV***
- responsables du CSRef de la commune IV***
- et à l'infirmière obstétricienne Baïni Kébé***

A tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont aidée à la réalisation de ce travail, MERCI.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye Ag Rhaly

**Directeur du Comité National d’Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie,
Responsable des Cours d’Endocrinologie, de Sémiologie et des Pathologies
médicales à la FMPOS,**

Chevalier de l’Ordre National du Mali,

Ancien Directeur de l’INRSP,

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos immenses occupations. Votre rigueur et votre goût de la perfection nous ont beaucoup impressionnés. Nous vous remercions de votre disponibilité. Vos critiques et suggestions ne feront qu’améliorer la qualité de ce travail.

Nous vous prions de trouver ici Cher Maître, l’expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Docteur Binta Keïta

**Chef de la division Santé de la Reproduction à la Direction Nationale de la Santé
Médecin Spécialiste de Gynécologie-obstétrique**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté tout d’abord d’apporter votre appui dans la conception de ce travail et aujourd’hui de siéger à ce jury. Votre énorme expérience en santé de la reproduction fait de vous une personne incontournable dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre infinie gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou Marouf Keïta

Professeur Agrégé de pédiatrie

Chef de service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré

Président de l'Association Malienne des Pédiatres

Président du comité d'éthique à la FMPOS

Nous sommes fiers de vous avoir comme maître en pédiatrie. Votre culture médicale nous a toujours fasciné. Pour nous, vous êtes et resterez un modèle dont il faut suivre les pas. Merci pour tout.

A notre Maître, Co- Directeur de thèse et juge

Docteur Fatoumata Dicko Traoré

Médecin Pédiatre

Praticienne Hospitalière

Vous nous avez fait aimer la pédiatrie. Après deux années passées à vos côtés, l'occasion nous est donnée aujourd'hui de vous dire merci pour tout le savoir et la rigueur que nous avons appris de vous. Votre sens de la discipline et votre sociabilité sont sans pareils. Nous espérons être toujours dignes de vous et de votre encadrement. Merci encore pour tout.

ABREVIATIONS

3TC : Lamivudine

ACTG076 : AIDS clinical trials group 076 (groupe pour les essais cliniques des thérapeutiques anti SIDA)

ADN : Acide désoxyribonucléique

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti-rétroviral

ASACOBA : Association de Santé Communautaire de Banconi

ASACOBOUL : Association de Santé communautaire de Boulkassobougou

AZT : 3'acido-3'désoxythymidine

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CAP : Connaissances, Attitudes, et pratiques

CD4: Lymphocyte T4

CDC: Center for disease control

CES : Certificat d'Etude Spécialisée

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

CMV: Cytomégalovirus

CV: Charge virale

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post-natale

CROCEP : Conseil Régional d'Orientation, de Conception et d'Evaluation du Plan de développement socio-sanitaire

CS Réf : centre de santé de référence

CSCOM : centre de santé communautaire

CSLS : Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA

ddi: didanosine

ddc : didéoxycytidine

d4T : stavudine

DNS : Direction Nationale de la Santé

EBV: Epstein Barr Virus

ELISA: Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay

EDS/M: enquête démographique et de santé Mali

EFV : efavirenz

HGT : Hôpital Gabriel Touré

I.E.C : Information Education Communication

IMMARV : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux

INRSP : Institut National de Recherche sur la Santé Publique

IP : Inhibiteur de la protéase

NVP : Névirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PCR : Polymérase Chain Reactive

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

SA : Semaine d'Aménorrhée

TME : Transmission mère-enfant

TMF : Transmission materno-foetale

UNICEF : United Nation International Children's Emergency Fund (Fonds des nations unies pour l'enfant)

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	20
II. OBJECTIFS	21
III. GÉNÉRALITÉS	25
1- RAPPELS SUR L'INFECTION À VIH :	25
2- TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	30
3- PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	39
4. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION À VIH	46
5- SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EXPOSÉ AU VIH	51
6- MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI [50]	55
7- LISTE ACTUELLE DES SITES PTME AU MALI	63
IV. METHODOLOGIE	67
1- Cadre et lieu d'étude	67
2- Type d'étude	69
3- Période d'étude	69
4- Population d'étude	69
5- Critères d'inclusion	69
6- Critère de non inclusion	69
V. RÉSULTATS	71
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	89
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	97
VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
IX. ANNEXES	111

JNTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Depuis sa première description en 1981 aux États-unis, le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), pouvant se décrire comme l'ensemble des manifestations infectieuses et/ou tumorales consécutives à une immunodépression provoquée par le VIH, est rapidement devenu une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire[1]. Il a tué plus de 25 millions de personnes depuis son identification, fait 3,1 millions de décès en 2006, dont plus d'un demi- million (570 000) d'enfants [2].

L'Afrique, plus qu'aucun autre continent, est durement frappée par l'infection, surtout celle du sud du Sahara où se trouvent deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH ainsi que 77% de toutes les femmes VIH positives [2]. L'effet combiné de pratiques coutumières néfastes, d'absence de dépistage précoce du virus, et du manque d'information des populations explique en partie cette prévalence élevée, véritable problème de santé publique et de santé de la reproduction pour nos différents états.

Les données disponibles montrent que l'épidémie à VIH a touché au fil du temps proportionnellement de plus en plus de femmes, y compris celles enceintes malgré les stratégies de sensibilisation. On estimait, en 2006, que 17,5 millions de femmes vivaient avec le VIH soit 1 million de plus qu'en 2003 [2].

Si ces deux dernières années l'accès aux antirétroviraux a diminué la morbidité des femmes, le virus, du fait de sa transmission verticale possible, reste la cause d'une part croissante de la mortalité des enfants de moins de 5 ans : en Afrique, cette proportion a passé de 2% en 1990 à 6,5% en 2003 [2]. Ainsi, la nécessité de protéger les enfants fait de la prévention de la transmission mère enfant un moyen crucial pour les mères, leurs enfants et leurs familles d'accéder à la prévention primaire, au traitement, à la prise en charge et au soutien.

Au Mali, la séroprévalence du VIH dans la population générale a été estimée à 1,3% et à 1,5% chez les femmes par l'EDSM/IV 2006 (Enquête Démographique de la Santé au Mali) [3]. Malheureusement, ce taux est encore plus élevé chez les femmes enceintes, couche fragile de la population, comme le suggère le Rapport PNLs/CDC 2006.

De plus, bien que la prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositives soit mal connue, on estime qu'environ 30 à 40% d'entre eux se seraient infectés à travers la filière verticale sans intervention.

Ainsi, pour rattraper l'épidémie, plusieurs moyens de lutte contre la propagation du virus ont été élaborés, impliquant le Programme Nationale de Lutte contre le Sida (PNLS), le Comité Sectoriel de Lutte contre le VIH SIDA (CSLS), la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé (DNS), l'IMAARV (Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux) en collaboration avec les organismes religieux et institutions internationales (UNICEF, OMS, UNFPA...) [4].

Depuis septembre 2001, le Mali a adopté une stratégie nationale de Prévention de la Transmission Mère – Enfant (PTME) basée sur le dépistage volontaire lors des consultations prénatales, l'opportunité de la prise en charge du couple mère- enfant en cas de séropositivité, un choix éclairé d'option de l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive. Le nombre de sites « PTME » est passé de 6 en 2002 à 147 sites en 2007.

Le travail de Gbegnedji KY [5], en 2004, a permis d'avoir une idée générale sur le niveau de connaissances des femmes enceintes sur le VIH/SIDA, le risque de transmission mère-enfant du virus, l'existence d'un programme de PTME au niveau des 5 centres PTME du district de Bamako cette année là. Cependant devant la rareté, et la nécessité de renouvellement des études CAP sur le VIH/sida des femmes enceintes pour le suivi de l'évolution de la représentation sociale du VIH/sida et des comportements de prévention dans notre pays, nous avons estimé nécessaire de réinitier cette étude en nous concentrant cette fois sur les femmes venant pour leur première consultation prénatale au centre de référence de la commune IV.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1- *Objectif général :*

Notre étude avait pour objectif général d'évaluer les connaissances sur le VIH/ SIDA des femmes venant pour la première fois en consultation prénatale.

2- *Objectifs spécifiques :*

- Déterminer les caractéristiques socio- démographiques des femmes venant en CPN.
- Évaluer les connaissances générales sur le VIH des femmes venant en CPN.
- Évaluer les connaissances générales sur la transmission mère-enfant du VIH des femmes venant en CPN.
- Évaluer les connaissances sur le programme national de PTME des femmes venant en CPN.

GENERALITES

III. GÉNÉRALITÉS

I- RAPPELS SUR L'INFECTION À VIH :

1.1 Définitions

- **VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine) [6]** : Agent pathogène du SIDA, appartenant à la famille des Rétrovirus. Il se présente sous forme d'une particule sphérique d'un diamètre de 80 à 100 nm constituée d'une enveloppe externe, surmontée de spicules, entourant un noyau central ou excentré contenant la nucléocapside. Le VIH possède un ARN de haut poids moléculaire transcrit en ADN dit « proviral » grâce à une enzyme : la transcriptase inverse ou reverse transcriptase. Ce virus, responsable d'une chute des mécanismes de défense de l'organisme, est transmissible par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale.
- **SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquis)** : Ensemble des manifestations infectieuses et/ou tumorales consécutives à une immunodépression provoquée par le VIH [7].
- **Séropositivité [6]** : C'est un des 2 états de l'infection à VIH pendant lequel le seul symptôme de la maladie est la présence d'anticorps anti-VIH dans le sang, que l'on détecte à l'aide d'examens biologiques spéciaux. Le virus est présent dans le sang, le sperme, les sécrétions cervico-vaginales, la salive, les larmes, les urines, le liquide céphalo-rachidien, le lait maternel à des degrés différents : la personne séropositive peut donc transmettre la maladie.

1.2 Historique de l'infection à VIH [7,8]

Les premiers cas de SIDA ont été identifiés aux USA entre 1979 et 1981. C'est en juin 1981 qu'a été publié le premier article faisant état d'une maladie étrange, apparaissant nouvelle par l'équipe du Professeur Michael Gohlieb. Dès lors, le SIDA a rapidement été considéré comme la peste du XX siècle. En fin 1982, le CDC (Center of Disease Control) a décidé de donner un nom à cette nouvelle maladie : AIDS ou SIDA en français.

Dès lors une cascade d'événements fut observée :

▪ **Juin 1981:**

- Premier cas groupés de pneumocystose chez les patients homosexuels aux USA

▪ **Juillet 1981 :**

- Mise en évidence d'un syndrome de déficit immunitaire touchant les homosexuels des Côtes Est et Ouest des USA.

▪ **Juillet 1982 :**

- Description des premiers cas de SIDA chez les femmes dont une contamination par voie hétérosexuelle

▪ **Décembre 1982 :**

- Description des premiers cas d'enfants infectés par voie verticale

▪ **Mars 1983 :**

- Description des premiers cas en provenance d'Afrique centrale

▪ **Mai 1983 :**

- Isolement de rétrovirus « LAV » chez un patient présentant un SIDA par un groupe français

▪ **1985-1992 :**

- Identification du premier cas malien de SIDA (VIH1) chez un immigré présentant une tuberculose pulmonaire, une cytomégalovirose, une cryptococcose et une diarrhée profuse

- Estimation entre 30% et 40% de la transmission materno-fœtale à la quatrième conférence internationale sur le SIDA à Stockholm.

- **Juillet 1983 :**

- Description des premiers cas dans le personnel de santé

- **1987 :**

- Premier traitement par Zidovudine ou ZDV, analogue nucléosidique de la transcriptase inverse.

- **1991 :**

- Élargissement de la classe des analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse

- **Novembre 1994 :**

- Description du rôle préventive de la ZDV dans la transmission mère – enfant par une étude franco-américaine (ACTG076) montrant que son administration pendant la grossesse (après le premier trimestre, lors du travail et chez le nouveau-né durant les six premiers semaines de vie) réduisait de 2/3 le taux transmission mère-enfant de l'infection.

- **1995 :**

- Premier traitement par Inhibiteur de la protéase du VIH

- **1996 :**

- Première diminution de l'incidence du VIH dans les pays industriels
- Premiers traitements par inhibiteurs non nucléosidiques

- **1997 :**

- Premières descriptions des lipodystrophies

- **2000 :**

- Premières discussions sur l'accès aux ARV dans pays en voie de développement

- **2001 :**
 - Commercialisation des produits génériques dans les pays en voie de développement
 - Estimation au Mali, selon l'enquête démographique et de santé III (EDSM III), de la séroprévalence au niveau national à 1,7%, le district de Bamako étant le plus touché avec un taux de 2,5% et les femmes étant plus touchées que les hommes (10 femmes pour 6 à 7 hommes infectés).
- **2002 :**
 - Estimation de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes à 3,3%.
- **2005**
 - Estimation du nombre de cas de SIDA notifiés depuis l'épidémie à 15551 au Mali avec 1792 cas de SIDA notifiés rien que pour l'année 2005 (sources : documents de collecte de données du SLIS et des partenaires).
- **2007**
 - nombre de sites PTME au Mali : 147 sites
 - Estimation au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé IV 2006, de la séroprévalence au niveau national à 1,3% [3].

1.3- Épidémiologie

1.3.1 Situation mondiale de l'épidémie à VIH/SIDA [2]

Du début de la pandémie (1981) à la fin de l'année 2006 , le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes. Malgré le fait que le nombre de personnes bénéficiant d'une

trithérapie antirétrovirale du VIH dans les pays à faible et moyen revenus a triplé depuis fin 2001, en 2006, trois millions de personnes sont mortes de maladies liées au SIDA, dont plus d'un demi million d'enfants (570000). La même année, on estime que près de 5 millions de personnes ont contracté cette infection par le VIH. Aujourd'hui, le total de personnes vivant avec le VIH est de 40,3 millions, deux fois plus qu'en 1995 (19,9 millions) dont 17,5 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans.

1.3.2 Situation de l'épidémie à VIH en Afrique subsaharienne [2]

L'Afrique subsaharienne reste la plus touchée, elle qui compte 25,8 millions de personnes vivant avec le VIH, soit près d'un million de plus qu'en 2003. Elle compte deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH ainsi que 77% de toutes les femmes vivant avec le VIH (soit treize millions et demi de femmes).

L'Afrique australe a les taux de VIH les plus élevés au Monde. Les taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes atteignent 20% - ou d'avantage- dans six pays : Afrique du sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zimbabwe.

1.3.3-Situation de l'épidémie à VIH au Mali

Depuis l'identification du premier cas malien de SIDA (VIH1) à l'Hôpital Gabriel Touré par l'équipe du Professeur Guindo, en 1985, chez un immigré, le nombre de séropositifs ainsi que de malades au stade de SIDA a régulièrement augmenté.

En 2006, la quatrième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM IV), initiée par le gouvernement, avait déterminé que le taux de séroprévalence du VIH dans la population générale est de 1,3 dont 1,5% chez les femmes et 1% chez les hommes, la tranche des 25-39 ans étant la plus touchée pour les deux sexes.

Cependant, le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est beaucoup plus élevé comme le suggère le Rapport PNLS/CDC 2003

faisant état d'une séroprévalence VIH entre 2,3% et 3,4% chez les femmes enceintes participant aux Consultations prénatales (CPN) dans le District de Bamako.

Le nombre d'enfants affectés ou infectés par le VIH/SIDA est estimé à 45.000, avec environ 7000 nouveau-nés infectés par an à travers la transmission mère-enfant, soit 1,5% des naissances. Ainsi, on peut dire que le Mali est un pays où l'épidémie VIH est de type généralisé puisque la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est supérieure à 1%).

2- TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

2.1- Épidémiologie de la transmission mère-enfant du VIH

Depuis le dépistage systématique des donneurs de sang, la transmission mère-enfant du VIH constitue le mode de transmission quasi-exclusif des enfants infectés rendant la prévalence du VIH chez l'enfant, actuellement, étroitement liée à celle de la femme enceinte [9,10].

Chaque année, environ 600 000 nouveaux- nés sont infectés par le VIH via la transmission mère-enfant (soit pendant la grossesse, soit lors de l'accouchement ou encore au cours de l'allaitement maternelle)[11,12]. En effet, en l'absence de mesures de prévention du VIH, 35% environ des enfants nés de mères séropositives au VIH contracteront le virus et la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne, est loin d'atteindre les niveaux nécessaires [2].

2.2- Mécanismes et moments de Transmission:

La prévalence de l'infection à VIH chez les enfants est actuellement étroitement liée à la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes. La transmission materno- fœtale du VIH constitue le mode de contamination quasi exclusif des enfants infectés [10].

La transmission mère-enfant peut s'effectuer in utero (dans les semaines qui précèdent l'accouchement), au moment de l'accouchement et en période post natal en cas d'allaitement maternel [11,12].

Les différents mécanismes de transmission ne sont pas tous élucidés à ce jour. Plusieurs hypothèses coexistent, faisant intervenir soit le virus libre soit le virus associé aux cellules, soit une infection du placenta. Le rôle des anticorps neutralisants maternels et des cellules T cytotoxiques présentes chez la mère est aussi à préciser [13].

2.2.1 – Transmission du VIH in utero [11,14]

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

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

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

- un passage de virus via le liquide amniotique ;
- des échanges sanguins materno-foetaux favorisés par des brèches placentaires ;
- un passage transplacentaire du virus via certaines cellules permissives à l'infection comme les macrophages placentaires.

2.2.2. Transmission du VIH en intrapartum

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

Les mécanismes de cette transmission ne sont pas connus précisément [15]. Le passage du nouveau-né dans la filière génitale et le contact de ses muqueuses avec les particules virales libres ou associées aux cellules maternelles des sécrétions vaginales sont sans doute impliqués. Des échanges sanguins foeto-maternels favorisés par des microlésions dans la barrière placentaire au moment des contractions utérines ont aussi été évoqués [16,17].

Enfin, une infection par le liquide gastrique via la muqueuse intestinale peut être aussi évoquée chez les nouveau-nés [18].

L'ensemble de ces points justifie l'importance de la phase périnatale dans la prévention de la transmission mère-enfant par des antirétroviraux [19].

2.2.3 .Transmission post-partum ou postnatale [14, 20,4]

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

Les facteurs de risque élevés sont :

- L'allaitement mixte, le colostrum surtout en cas de charge virale élevée.
- Les crevasses, les abcès du sein, les mastites.
- Les affections buccales du nourrisson : muguet, plaies.
- La durée de l'allaitement : si l'allaitement maternel est prolongé le risque additionnel est de 1% par mois après les six premiers mois.

2.3. FACTEURS DE RISQUE

2.3.1. *État immunovirologique maternel*

- Charge virale

La charge virale maternelle est le facteur prédictif le plus important de la transmission périnatale du VIH type1 [21,22]. Les auteurs retrouvent une association significative entre la charge virale moyenne et le risque de transmission au cours de la grossesse et à l'accouchement.

Pour Garcia [23] le taux de transmission est de 40% si la charge virale est supérieure à 100.000 copies d'ARN HIV/ml, de 30% entre 50.000 et 100.000copies/ml, de 20% entre 10.000 et 50.000 copies/ml et de 17% entre 1000 et 10.000 copies/ml.

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

Plusieurs études ont montré que le risque de transmission augmentait de façon parallèle avec l'augmentation de la charge virale, mais là encore il n'existe aucune valeur en dessous de laquelle il n'y a pas de transmission [6].

- Taux de CD4

Le risque de transmission augmente de façon proportionnelle au déficit immunitaire, dont témoigne la diminution du taux de lymphocytes CD4 [24]. Lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³, le risque de transmission est doublé ; du moins sans traitement ou avec la Zidovudine (AZT= ZDV) seule. Le chiffre absolu

de CD4 peut diminuer pendant la grossesse du fait de l'hémodilution, mais le pourcentage n'est pas modifié [25].

L'état immunitaire et la CV maternels étant fortement liés, il est difficile de déterminer le poids de chaque élément, ce d'autant plus qu'il varie selon que la mère est traitée ou non. En l'absence de traitement, le risque est élevé lorsque le taux de lymphocytes CD4 est bas, quelle que soit la CV. Lorsque le taux de lymphocytes CD4 est conservé, au-dessus de 500 /mm³, l'élément déterminant est la CV plasmatique [26].

2.3.2. État clinique maternel

L'état clinique est un élément important en l'absence de traitement car une mère au stade de SIDA avéré a un risque de plus de 50 % d'avoir un enfant contaminé. Toutefois un antécédent de maladie opportuniste chez une femme dont l'infection est actuellement stabilisée sous traitement ARV n'a pas la même signification péjorative [27].

2.3.3. Caractéristiques du virus

Outre le niveau de la charge virale maternelle, les caractéristiques des virus sont également impliquées dans la transmission. Plusieurs études phylogénétiques ont montré que les virus retrouvés chez l'enfant infecté sont homogènes. Cette homogénéité virale pourrait s'expliquer par une infection à très faible inoculum ou par une sélection des virus au tropisme le plus adapté. Dans cette dernière hypothèse, cette sélection proviendrait de l'utilisation de corécepteurs particuliers [28].

Des études ont montré que les mères ayant un virus de phénotype SI, utilisant préférentiellement les corécepteurs CCR5 et CXCR4, ont un risque plus important d'infecter leur enfant que les mères avec un virus de phénotype NSI [34].

Paradoxalement d'autres études montrent que la transmission verticale a principalement lieu avec des souches NSI utilisant préférentiellement le corécepteur CCR5 [29].

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

C'est le cas du VIH2, bien moins pathogène que le VIH1, et dont le taux de transmission est nettement plus faible que pour le VIH1 :10,2% vs 24.7% [30].

L'éventuelle différence de pathogénicité entre les sous types viraux n'a pas été mise en évidence dans le cadre de cette transmission dont le taux reste identique dans les différents pays du monde, quelle que soit la répartition des sous- types viraux [9].

2.3.4. Facteurs obstétricaux

- Mode d'accouchement [31]

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

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

- Accouchement prématuré et rupture prolongée des membranes

La transmission augmente de façon linéaire en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf, ce qui signifie qu'il n'y a pas de seuil en de ça ou bien au-delà duquel le taux de transmission se stabiliserait. A l'inverse, la durée du travail ne semble pas être liée au risque de transmission [14].

- Infections maternelles [14]

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

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

Ces différents facteurs sont liés, et recouvrent la problématique des accouchements prématurés et de la rupture prématurée des membranes, probablement par le biais des infections bactériennes latentes [14].

Dans l'Enquête Périnatale Française (EPF), la présence d'un liquide amniotique sanglant, due le plus souvent à un placenta praevia ou à un décollement était un facteur de risque élevé mais peu fréquent [32].

- Gestes invasifs ou traumatisants pendant la grossesse

Les gestes invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie) étaient associés à un risque accru de TME dans l'EPF [32]. Cette relation est plus difficile à évaluer depuis l'introduction de la prophylaxie antirétrovirale, en raison du nombre plus faible d'enfants infectés [14].

Quant aux gestes pendant l'accouchement aucun n'a de valeur prédictive, qu'il s'agisse de l'épisiotomie ou des déchirures vaginales, ou de l'extraction instrumentale par forceps ou par ventouse [14].

2.3.5. Les facteurs démographiques

L'origine géographique notamment européenne ou africaine, le mode de contamination de la mère, sexuelle ou sanguine, ne sont pas liés au risque de transmission [24].

Une étude avait suggéré que lorsque la mère avait donné naissance à un enfant infecté le ou les enfants suivants avaient un risque accru, mais cela n'a pas été confirmé par la suite **[25]**.

Quand au statut du père, il ne semble pas jouer sur le risque de transmission de la mère à l'enfant **[25]**.

Tableau 1 : Facteurs de risque de transmission mère-enfant du VIH [6].**1. Statut clinique et biologique de la mère**

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

2. Particularités viro-immunologiques

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

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

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

4. Allaitement

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

3- Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH

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

- **Objectifs du traitement antirétrovirale [33]**

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

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

Ces objectifs sont couplés à celui de limiter au maximum les risques de toxicité médicamenteuse pour le fœtus et pour la mère.

3.1.1. Recommandations OMS2006 [34]

- Femme séropositive VIH ayant besoin d'un traitement ARV pour elle-même, désirant un enfant ou déjà enceinte : le schéma de première intention privilégié est : ZDV + 3TC+ NVP (proscrire EFV). Il est à poursuivre pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Le schéma prophylactique recommandé pour le nourrisson est NVP dose unique+AZT donné à partir de la naissance pendant une semaine. Dans le cas où la mère reçoit moins de 4 semaines de

traitement antirétroviral avant l'accouchement, il est recommandé de donner au nourrisson l'AZT pendant quatre semaines.

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

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

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

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

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

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

En cas d'accouchement imminent, il ne faut pas donner la dose de NVP à la mère, et suivre les mêmes recommandations que pour les enfants nés de mère vivant avec le VIH qui n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale antépartum et intrapartum.

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

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

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

3.1.2- Recommandations maliennes [35]

➤ Chez la mère

La conduite à tenir devra tenir compte de plusieurs facteurs:

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

- Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV

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

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

Si l'évolution de l'infection à VIH chez la mère nécessite la mise en place d'un traitement antirétrovirale pour elle-même (stade III ou IV de l'OMS, CD4<350/mm³), la prise en charge sera celle du traitement de l'adulte

ou de l'adolescent. Ce traitement sera débuté rapidement avec une surveillance particulière de la grossesse.

- Si la femme est asymptomatique (stade I) ou peu symptomatique (stade II), avec des $CD4 > 350/mm^3$, on proposera au mieux une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée au début du troisième trimestre de la grossesse, donnée pendant l'accouchement et poursuivie jusqu'à la fin de l'allaitement si allaitement maternel exclusif.
- Dans le cas, où la trithérapie n'est pas réalisable (structure non accréditée pour la prise en charge antirétrovirale, centre de traitement ARV éloigné, femme n'acceptant pas la référence), on proposera une bithérapie prophylactique selon les modalités suivantes :
 - AZT en commençant au mieux dès la 28^{ème} semaine de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente
 - AZT pendant l'accouchement (dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à la Névirapine à dose unique en début de travail
 - AZT + 3TC pendant 7 jours après l'accouchement, si disponible, pour minimiser les risques de résistance à la Névirapine
- Femme enceinte non suivie et non traitée et dont le diagnostic de l'infection a été retardé.

Deux situations :

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

- Si la femme se présente très tardivement (début de travail), on proposera l'un ou l'autre des schémas suivants :
 - AZT + NVP { AZT (cp 300 mg) : dose de charge 600 mg puis 300 mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon) associée à 1 comprimé de 200 mg de Névirapine dose unique en début de travail}
 - AZT + 3TC pendant le travail et poursuivi pendant 7 jours après l'accouchement.
- Cas particulier du VIH 2

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

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

➤ **Chez le nouveau-né**

- Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

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

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

- Mère traitée moins d'une semaine ou n'ayant pas reçu de prophylaxie

AZT + NVP {AZT sirop, 2mg/kgX2/j pendant quatre semaines associé à nevirapine dose unique}

Ou AZT + 3TC pendant 14 jours

- Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par VIH2

AZT + 3TC pendant 14 jours

- Traitements associés chez le nouveau né

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

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

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

3.2- Autres mesures de prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

3.2.1- Mesures obstétricales générales [36]

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

Le suivi obstétrical doit s'efforcer de prévenir des principaux facteurs de risque connus : l'infection cervico-vaginale ou les infections sexuellement transmissibles, l'accouchement prématuré, et la rupture prématurée des membranes. Il est recommandé de procéder rapidement à l'accouchement au besoin par césarienne en urgence.

3.2.2- Césarienne programmée [37, 38, 39, 40]

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

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

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

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

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

3.2.3 Mesures chez le nouveau-né en salle de naissance [27]

A la naissance, la mise en œuvre rapide d'un bain du nouveau-né est recommandée, bien que l'intérêt de cette mesure n'ait jamais été démontré. L'utilisation d'un antiseptique virucide dans le bain, tel qu'une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium et de chlorure de sodium à 0,06 p100, peut être discutée, mais là aussi sans preuve de son intérêt. La désinfection oculaire est habituellement réalisée en salle de travail. L'aspiration gastrique doit être la moins traumatique compte tenu de la présence documentée du virus dans l'estomac ou dans les sécrétions nasopharyngées.

3.2.4- Alimentation artificielle [41]

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

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

3.2.5 Autres moyens de prévention envisagés [42]

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

4. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION À VIH

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

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

La détection d'anticorps spécifiques du virus : c'est le diagnostic indirect.

4.1- Principe du diagnostic [43] :

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

Simultanément à la décroissance des anticorps d'origine maternelle, l'enfant va synthétiser ses propres anticorps et présenter une sérologie constamment et définitivement positive s'il est infecté.

4.2- Différentes méthodes de détection du virus

4.2.1- Méthode Direct : diagnostic précoce

4.2.1.1- Culture virale :

La culture virale consiste à faire pousser in vitro du virus par les lymphocytes infectés de l'enfant. La première étape consiste en la séparation des lymphocytes par élimination des hématies et des polynucléaires. Les lymphocytes de l'enfant sont ensuite mis en culture après avoir été activés afin de stimuler la production virale d'éventuels lymphocytes CD4 quiescents et infectés [44]. L'un des avantages majeurs de la recherche du virus par la culture lymphocytaire est qu'elle peut s'appliquer à tout type de virus VIH [45].

4.2.1.2- PCR ADN : détection du provirus VIH dans les lymphocytes [41]

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

4.2.1.3-. Détection des ARN-VIH dans le plasma [41]

Il s'agit de la détection des génomes des particules virales libres présentes dans le plasma. Cette mesure est utilisée pour quantifier la charge virale circulante lors du suivi de patients infectés. Trois techniques standardisées sont donc disponibles faisant appel à des méthodes

différentes. La PCR-ARN comprend une étape de transformation de l'ARN en ADN avant l'amplification de l'ADN.

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

4.2.2- Méthode indirecte : diagnostic tardif

4.2.2.1- Tests enzymatiques

C'est la technique la plus usuelle et toujours utilisée en première intention pour la recherche des anticorps anti-VIH : ELISA [27].

4.2.2.2- Elisa VIH-2

Il existe des trousse spécifiques ELISA VIH-2 pour la détection des anticorps anti-VIH-2 par réaction croisée entre VIH-1 et VIH-2 basée sur le principe « sandwich » [46].

4.2.2.3- Western-blot = immuno-transfert

C'est aujourd'hui, la technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité VIH [27].

4.2.2.4- Autres méthodes de diagnostic indirect [27]:

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

4.3- Diagnostic d'infection et de non infection avant 18 mois [47].

4.3.1- Tests virologiques disponibles

Un seul test PCR négatif permettra d'affirmer l'absence d'infection.

Le diagnostic est affirmé sur la base d'un test positif à partir de 4 à 6 semaines d'âge.

- Enfants nourris au lait artificiel

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

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

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

- Enfants nourris au lait maternel

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

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

4.3.2- Tests virologiques non disponibles

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

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

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

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

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

NB :

Lorsque la mère et le nourrisson ont reçu des ARV : ce traitement n'affecte pas les résultats lorsque l'examen utilisé est la PCR à ADN. L'ADN reste détectable dans le sang périphérique des enfants infectés qui ont reçu des ARV et ont une charge virale indétectable. Cependant il n'est pas encore bien établi si la sensibilité de l'ARN viral ou l'antigénémie p24 n'est pas affectée par les ARV maternels et infantiles de la PTME.

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

5- SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EXPOSÉ AU VIH

5.1- Suivi clinique et biologique : Recommandations maliennes [48]

Le calendrier de suivi varie selon la structure de santé.

♥ Centre de santé communautaire et Centre de santé de référence

- Naissance : Névirapine 2mg/kg avant 72H et AZT 2mg/kg 4 fois/jour pendant 4 semaines

- Évaluation clinique + Polio 0 + BCG + counseling pour l'alimentation.

- Jour 7 : Évaluation clinique + counseling pour l'alimentation.

- Jour 45 : Évaluation clinique + Penta 1 + Hépatite 1 +counseling sur l'alimentation. Mise sous cotrimoxazole.

- M2 et ½ : Évaluation clinique + Penta 2 + Hépatite 2 + counseling sur l'alimentation

- M3 et ½ : Évaluation clinique + Penta 3 + Hépatite 3 + counseling sur l'alimentation

- M6 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation

- M9 : Évaluation clinique + vaccin Rouvax + sérologie VIH + fièvre jaune
Sérologie VIH

Il existe deux situations possibles :

- Sérologie VIH positive :

Enfant symptomatique : Bilan clinique et classification selon les critères de Bangui, puis le malade est référé pour prise en charge selon l'IMAARV.

Enfant asymptomatique : Pas d'alarme

M12 et M15 : Évaluation clinique + conseling sur l'alimentation.

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

- Sérologie VIH négative :

M12 et M15 : Évaluation clinique + conseil sur l'alimentation.

M18 : Évaluation clinique + sérologie de confirmation qui lorsqu'elle revient négative rassure les parents.

♥ Hôpital National

- Naissance : Névirapine 2mg/kg avant 72H et AZT 2mg/kg 4 fois/jour pendant 4 semaines

- J 2 : Évaluation clinique

- J7 : Évaluation clinique + conseil pour alimentation

- M 1 : Évaluation clinique+ virologique : PCR 1+ biologie : NFS

- M 2 : Évaluation clinique

- M 3 : Évaluation clinique += virologique : PCR2, NFS +TGO+TGP+CREAT+CD4

Il y a deux situations possibles :

- *Enfant non infecté* :

➤ Nourri au lait artificiel :

- Évaluation clinique tous les 3 mois

- Sérologie à 18 mois

▪ Positive : Mettre l'enfant sous ARV

▪ Négative : Rassurer les parents

➤ Nourri au lait maternel :

- Évaluation clinique tous les 3 mois

- PCR à 6 mois et 2 mois après arrêt de l'allaitement maternel

- Sérologie à 18 mois.

- **Enfant infecté** : Suivi clinique mensuel + bilan inclusion et la mise sous ARV de l'enfant.

5.2- Prophylaxie au cotrimoxazole [49]

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

- **Indications**

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

- **Durée du traitement**

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

- **Circonstances d'arrêt**

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

Chez l'enfant exposé au VIH, le cotrimoxazole peut être arrêté seulement quand l'infection VIH a été définitivement écartée :

Chez l'enfant de moins de 18 mois non allaité au sein : test virologique (ADN ou ARN) négatif.

Chez l'enfant de moins de 18 mois allaité au sein : test virologique négatif réalisé au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement

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

- Doses à administrer

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

Si les comprimés peuvent être ingérés, ½ comprimé adulte standard (400mg/80mg) écrasé peut être utilisé chez les enfants jusqu'à 10 kg, 1 comprimé entier chez les enfants entre 10 et 25 kg. En cas d'allergie au cotrimoxazole, la dapsonne est l'alternative préférée.

5.3- Vaccination

Le calendrier vaccinal mérite d'être légèrement modifié chez l'enfant né de mère séropositive. Cette restriction ne concerne toutefois pas les pays en voie de développement où le programme élargi de vaccination doit être maintenu, quel que soit le statut sérologique de l'enfant [26].

Les vaccins inactivés et les anatoxines (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio injectable, pneumocoque, Haemophilus influenzae, grippe, hépatite B) ne posent aucun problème, même en cas de déficit immunitaire. La seule question concerne leur réelle efficacité lorsque l'enfant souffre déjà de perturbations immunitaires [18].

Les vaccins vivants (polio oral, rougeole, oreillons, rubéole, fièvre jaune, BCG) posent d'autres problèmes. La persistance du BCG plusieurs années après l'inoculation, même chez un enfant immunocompétent, représente un réel problème. Si la tolérance à court terme est toujours bonne, la diffusion généralisée du BCG dans l'organisme est possible en cas d'effondrement de l'immunité cellulaire, même s'il intervient plusieurs années après la vaccination [26]. Il n'est donc pas logique de se baser sur

le statut immunitaire de l'enfant le jour de la vaccination pour décider ou non de le réaliser.

6. MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI [50]

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

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

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

Ceci avait permis de faire :

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

Les activités ont pu alors commencer dans 5 centres à savoir les Centres de Santé de Référence des Communes 1, 5 et 6, les CSCOM (l'ASACOBA, l'ASACOBOUL II) et l'Hôpital Gabriel Touré, également site IMAARV et référence pour le suivi des enfants nés de mères séropositives. Les critères de sélection de ces centres étaient:

La forte prévalence dans la zone concernée ;

Le taux de CPN au-delà de la moyenne nationale ;

Les conditions minimales en terme de personnel, d'équipements et d'infrastructures (existence d'un laboratoire).

6.1. Stratégies adoptées :

Prévention de l'infection chez la femme en âge de procréer (sensibilisation) ;

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

6.2. Organisation des activités :

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

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

- le counseling post dépistage au niveau des unités CPN /Salle d'accouchement
- le Conseil /Accompagnement prénatal des femmes séropositives
- l'accompagnement et prise en charge post-partum des Femmes VIH+ et leurs enfants
- le suivi du couple mère-enfant dans les centres jusqu'à 18 mois
- la référence du couple mère-enfant vers les centres de prise en charge

6.3- Mécanisme de suivi des activités :

Pour pouvoir apprécier cette activité plusieurs actions ont été menées :

6.3.1- Développement des outils :

Certains supports ont été élaborés et mis en place

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

6.3.2- Supervisions :

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

6.3.3- Revues :

Des revues ont été organisées :

- Deux revues régionales de Bamako en Mai 2003 et janvier 2005
- Un atelier national en juin 2003
- Une revue nationale en Novembre 2005
- Trois revues régionales en novembre 2007 dans les régions de Kayes, Koulikoro et Mopti

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

Tableau II : Calendrier d'installation des sites PTME au Mali [50]

Années	Régions	Nombre de sites	Noms des sites	Date de démarrage
2002	Bamako	6	Csref commune V Csref commune VI Csref commune I CSCOM de Banconi Cscm de BoulkassoumbougouII Hopital Gabriel Touré	Septembre 2002
	Total 2002	6		
2003	Bamako	3	Cscm de faladié banankabougou Cscm de Daoudabougou Cscm de Bacodjikoroni	Novembre – Decembre 2003
	koulikoro	1	Csref de Koulikoro	Novembre 2003
	Segou	2	Csref de Ségou Hopital Regional de Ségou	Novembre- Decembre 2003
	Total 2003	6		
2004	Bamako	5	Csref commune II Cscm de Bozola Csref commune IV Cscm de Sebenikoro Hopital Mere enfant luxembourg	Octobre Novembre 2004
	Koulikoro	4	Csref de Banamba Cscm de Koulikoroba Cscm de kolebougou Cscm de Banamba Central	Juillet 2004 Janvier 2004
	Mopti	2	Csref de Mopti Cscm de Sevaré	Octobre 2004
	kayes	4	Hopital regional kayes Csref de Kayes Cscm de Lafiabougou Cscm de Kayes Ndi Cscm de khasso (fermé)	Septembre octobre 2004
	Total 2004	15		

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

	Mopti	3	Csref et CSCOM Central de Djenné Centre INPS de Mopti	Mai 2006
	Tombouctou	4	Hôpital Régional Csref Cscm de Kabara Cscm de Belafarendi	Mai 2006
	Gao	7	Hôpital Régional Csref Cscm de Gadèye Cscm du Chateau Cscm de Boulgoundjé Cscm de Aldjanabadia Centre de l'INPS	Mai 2006
	Kidal	3	Csref Cscm de Aliou Cscm de Etambar	Mai 2006
	Bamako	4	Cscm de Bozola/Niaréla/Bagadadji Cscm de Médine Cscm de Koulouba/PointG Cscm de Bamako Coura	Février 2006 Novembre 2006
	Total 2006	30		
2007	Kayes	2	Csref de Kéniéba Cscm du Khasso Kayes	juillet
	Koulikoro	30	Cscm de Gouni CMIE Csref de Dioila Csref de Fana Csref de Kolokani Cscm Central de Kolokani Csref de Kangaba Cscm Central de Kangaba Csref de Ouéléssébougou Cscm Central de Ouéléssébougou Cscm de Kiban Banamba Cscm deTouba Banamba Cscm de Banamba Ouest CSRef de Kati Cscm de Kati Koko Cscm de Kati Farada Cscm de Kati Malibougou Cscm de Kati Sananfara PMI de Kati	Janvier 3 èmè trimestre

			maternié de la Garnison de Kati Cscm de CSCOM de Dialakorodj Cscm de Dio Gare Cscm de Kabalabougou Cscm de Moribabougou Cscm de Sangarebougou Cscm de Dogodouma Cscm de Sanankoroba Cscm de Sirakoro Méguetana Cscm de Bancoumana Cscm de Kalaban Coro	
Sikasso	2		Csref Kadiolo Csref Kolondiéba	3 ^{ème} trimestre
Ségou	4		Cscm Central de Kountienso Csref Macina Cscm Central de Macina Cscm Konobougou	Janvier 2007 3 ^{ème} trimestre
Mopti	7		Csref de Koro Cscm Central de Koro Csref de Badiangara Cscm Central de Badiangara Csref de Douenza Cscm Central de Douenza Cscm Central de Téninkou	3 èmè trimestre
Tombouctou	2		Csref et Cscm de Bourem Sidi Arma	octobre
Gao	4		Csref d'Ansongo, Cscm de Bara, Bazi-Haoussa et Tassiga	mai
Kidal				
Bamako	8		Cscm de Djikoronidjénékabougou et de Niamakoro II Aniasco Cscm de Djélibougou, Doumazana, Sibiribougou, Sabalibougou I, Garantiguibougou et Yirimadio	Janvier juin
	Total 2007	59		
	Total General	147 sitesPTME		

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

7- Liste actuel des sites PTME au Mali

Tableau III : Sites PTME au Mali [50]

REGIONS	CERCLES/COMMUNES	SITES PTME
Kayes (8)	Kayes : 5	CSRéf, hôpital, Cscm Lafiabougou , Kayes n'di et Khasso
	Yelimané : 1	CSRéf
	Diema : 1	CSRéf
	Kéniéba : 1	CSRéf
Koulikoro (35)	Koulikoro: 5	CSRéf, CSCom Koulikoro Ba , CSCom de Kolébougou, , Cscm de Gouni, CMIE,
	Banamba : 5	CSRéf, CSCom central, Kiban, Touba et Banamba Ouest
	Ouélessébougou :2	CSRéf et Cscm Central de Ouélessébougou
	Dioila : 1	Csref Dioila
	Fana : 1	Csref Fana,
	Kolokani : 2	Csref Kolokani et Cscm Central de Kolokani,
	Kangaba : 2	Csref Kangaba, Cscm Central de Kangaba,
	Kati: 17	CSRef Kati, CSCOM de Kati Koko, Kati Farada, Kati Malibougou, Kati Sananfara, PMI de Kati, maternié de la Garnison de Kati, CSCOM de Dialakorodj DioGare, Kabalabougou, Moribabougou, Sangarebougou, Dogodouman, Sanankoroba, Sirakoro Méguetana, Bancoumana et Kalaban Coro
Sikasso (18)	Sikasso : 7	Hôpital ; Centre de Santé de Mancourani, Cscm Médine, Hamdallaye, Wayerma,

		SanoubougouII et le Camp Tiéba
	Bougouni : 4	CSRéf, Cscm Bougouni Est, Bougouni Ouest et Bougouni Sud
	Koutiala : 5	CSRéf, Cscm Hamdallaye, Sogomougou, Médina Coura et Centre Confessionnel de la mission
	Kadiolo : 1	CSRef
	Kolondiéba : 1	CSRef
Ségou (23)	Ségou : 8	CSRéf , Hôpita, Cscm Dar Salam, Médine, Pélingana, Ségoucoura, Infirmierie Garnison et Clinique Maya BOLLY
	Bla : 3	CSRef , CSCom central Bla et CSCom central Kountienso
	Niono : 4	CSRef, CSCom Central, Molodo et C3
	San : 3	CSRef, CSCom Central, CSCom de San Lafiabougou,
	Tominian : 2	CSRef, CSCom Central
	Macina : 2	CSRef et CSCOM Central
	Baouéli ; 1	CSCOM Konobougou
Mopti (12)	Mopti : 3	CSRéf , CSCOM Sévaré et Centre de l'INPS
	Djenné : 2	CSRéf de Djenné et CSCOM de Djenné Central
	Koro: 2	Csref et Cscm Central de Koro,
	Badiangara: 2	Csref et Cscm Central de Badiangara
	Douenza: 2	Csref et Cscm Central de Douenza
	Téninkou: 1	Cscm Central de Téninkou
Tombouctou (6)	Tombouctou : 4	Hôpital, CSRef, Cscm de Kabara et Belafandi
	Diré	Csref et Cscm de Bourem Sidi Arma
Gao (11)	Gao : 7	CSRéf , Hôpital, Cscm de Gadèye, Château, Aldianabadja, Boulgoundjé et INPS
	Ansongo : 4	CSRéf , Cscm de Bara, Bazi Haoussa et Tassiga
Kidal (3)	Kidal : 3	CSRéf , Cscm de Aliou et

		Etambar
Bamako (31)	Commune I : 6	CSRéf, CSCOM Asacoboul II, Asacoba, Asacodou, Asacodjé et Ascomsi
	Commune II : 4	CSRéf, CSCOM Abosac, Boniaba et Médine
	Commune III : 6	CSRéf, CSCOM Asacodrab, Asacobakon, Asacokoulpoint, Ascom et HGTouré
	Commune IV : 6	CSRéf, l'Hôpital Mère Enfant (Luxembourg), Maternité de Hamdallaye, CSCOM Asacosek, Asacosekassi et Asacodjénéka
	Commune V : 5	CSRéf, CSCOM Asacobakodji, Asacosab I, Asacoga et Adasco
	Commune VI : 4	CSRéf, CSCOM de Asacobafa, Asacoyir et CSCOM de Aniasco
TOTAL = 147 SITES		

Méthodologie

IV. MÉTHODOLOGIE

1- Cadre et lieu d'étude

Notre étude a eu lieu dans le service de consultation prénatale du Centre de santé de Référence de la commune IV. La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako pour une population de 225 785 habitants. Cette commune est située sur la rive gauche du fleuve Niger et a pour limites :

- à l'est et au nord, la commune III
- à l'ouest, le cercle de Kati
- au sud, le fleuve Niger

1.1- Le Centre de Santé de Référence de la commune IV

Le centre de santé de référence de la commune IV a été créé en 1980. A cette époque, il s'agissait d'un service de Protection Maternelle et Infantile. Ce n'est qu'en 2002 que la référence a été octroyée pour la prise en charge des urgences gynéco obstétricales.

Ce Centre de santé a le taux de consultations prénatales le plus élevé de la commune : 75% **[51]**.

Actuellement, le centre est composé de quatre blocs principaux :

- le bloc administratif
- le bloc opératoire
- le bloc des services d'hospitalisation
- le bloc des services spécialisés comprenant : les salles de consultation ophtalmologique, odontologue, pédiatrique et chirurgicale, le laboratoire, la pharmacie, les salles de CPN, la salle de consultation post-natale(CPON), la salle de vaccination, la salle de pansements post-opératoires, le service de médecine générale.

Il compte en plus de ces quatre blocs principaux, les annexes suivantes :

- le DAT (pour les tuberculeux)
- la morgue
- une salle des internes
- une salle de consultation ORL
- une cantine
- un bureau des entrées

1.1.1 - Le service de consultations prénatales

- **les locaux** : les consultations prénatales se déroulent au niveau de 2 salles : une grande salle où se déroulent les consultations proprement dites et une petite salle où ont lieu les counseling individuels pré-dépistages.

Le service de consultations prénatales dispose également d'un espace IEC et d'une salle d'attente.

- **le personnel** : il est constitué de :

- 7 sages femmes
- 1 infirmière obstétricienne

1.1.2 – Déroulement des activités dans le service de consultations prénatales

Les femmes participent à une séance d'IEC en groupe sous un hangar aménagé pour la circonstance. Cette IEC peut porter sur le thème VIH ou tout autre problème de santé maternelle et infantile.

Après cette séance d'IEC, les femmes rentrent dans la salle de consultation prénatale selon leur ordre d'arrivée pour un examen prénatale effectué par une des sages-femmes de service puis elles sont

conduites dans la salle de counseling individuel. Dans cette salle, les femmes reçoivent un counseling prédépistage, au cours duquel leurs connaissances en matière de VIH sont explorées et un test VIH est proposé. En cas d'acceptation du test, un test rapide est effectué ainsi qu'un counseling post-test. Ce counseling consiste à vérifier une bonne connaissance de la transmission du VIH, à discuter les implications sur le plan personnel et familial, la prise en charge.

2- Type d'étude

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

3- Période d'étude

Notre étude prospective s'est étendue sur trois mois : du 1^{er} juin au 31 août 2006.

4- Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les femmes venant leur première consultation prénatale au centre de santé de référence de la commune IV.

5- Critères d'inclusion

Toutes les femmes venant pour la première fois en consultation prénatale au cours de la grossesse actuelle et consentant à participer à l'étude.

6- Critère de non inclusion

- toutes les femmes ayant déjà fait au moins une consultation prénatale au cours de leur grossesse actuelle au centre de référence de la commune IV
- toutes les femmes refusant de participer à l'étude
- toutes les femmes ayant assisté à une séance d'IEC sur le thème VIH quelques minutes avant d'être interrogées

7 - Déroulement pratique de l'enquête :

L'enquête a porté sur les femmes venant dans le cadre de leur grossesse actuelle, pour leur première consultation prénatale .Elle a débuté au mois de juin 2006 et a pris fin au mois d'août 2006. Le consentement a été verbal et obtenu en présence de la sage femme chargée de la consultation prénatale. À leur sortie de la consultation prénatale, les femmes étaient individuellement interviewées pendant 10 minutes en moyenne ; les fiches d'enquête étaient individuelles, confidentielles, numérotées afin de rester dans un cadre confidentiel.

Quelques difficultés ont jalonné notre enquête :

- L'impatience de certaines femmes lors de l'interview
- Le caractère intime des questions, le thème abordé rendant certaines femmes peu enclines à poursuivre l'interview
- La perte de vue de certaines femmes après leur consultation gynécologique
- Et parfois l'indisponibilité de la salle de counseling rendant alors peu commode l'interview des femmes

8- Variables étudiées

Les variables étudiées sont :

- les caractéristiques sociodémographiques des femmes (âge, profession, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession du conjoint, antécédents gynéco-obstétricaux)
- les connaissances générales sur le VIH/SIDA (mode de transmission du VIH, les moyens pour l'éviter, les moyens pour le dépister), l'existence du traitement antirétroviral
- la connaissance du statut sérologique du couple

- la connaissance du risque de transmission mère–enfant du VIH/SIDA et de l’existence du programme PTME au Mali.

9- Recueil de données

Les données étaient notifiées sur des fiches anonymes d’enquête individuelles, préalablement testées un mois avant le début de notre enquête, au niveau du dit Centre de santé sur 20 gestantes venues pour leur première CPN.

10- Saisie et analyse des données

Les données de l’enquête ont été saisies et analysées à l’aide du logiciel SPSS version 10.0. Il s’agit d’une analyse essentiellement descriptive des déterminants de l’utilisation du service prénatal de la commune IV.

11- Considérations éthiques

Les fiches d’enquête ont été numérotées par ordre d’arrivée afin d’éviter toute traçabilité des femmes après l’interrogatoire par soucis de confidentialité.

Ces fiches avaient été pré-testées au centre de référence de la commune IV sur 20 gestantes en présence d’une sage femme un mois avant le début de l’enquête.

Nous avons choisi de tenir compte du consentement verbal de la participante à notre enquête au début de l’interrogatoire, après le counseling de la sage femme, en présence de cette dernière, par égard pour les considérations éthiques que requière toute enquête menée sur le VIH/SIDA.

Pour s’assurer de la bonne compréhension de la gestante interrogée, les questions étaient toutes traduites en bambara (langue nationale).

RESULTATS

V. RÉSULTATS

2-1. Caractéristiques socio -démographiques des femmes enceintes venues en consultation :

Tableau IV : Répartition des femmes selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
[21-25 ans]	99	30,7
[14-20 ans]	91	28,3
[26-35 ans]	88	27,3
[36-46 ans]	22	6,8
Non précisé	22	6,8
Total	322	100

Agés extrêmes = 14 ans et 46 ans

Moyenne d'âge = 25 ans (écart type 6,21)

La tranche de 21-25 ans était la plus représentée (30,7%).

Tableau V : Répartition des femmes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	278	86,3
Célibataire	41	12,7
Veuve	2	0,6
Divorcée	1	0,3
Total	322	100

La grande majorité des femmes interrogées étaient mariées au moment de l'enquête (86,3%). Parmi elles, 21,7% avaient au moins une co-épouse.

Tableau VI : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	127	39,4
Ecole coranique	68	21,1
Secondaire	63	19,6
Primaire	61	18,9
Supérieur	3	0,9
Total	322	100

Plus du tiers (39,4%) des femmes enceintes venues en CPN n'avaient jamais été à l'école. Seulement 0,9% avaient un niveau supérieur d'étude.

Tableau VII : Répartition des femmes selon leur profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	189	58,7
Commerçante	54	16,8
Aide-ménagère	15	4,7
Teinturière	9	2,8
Autres ***	12	2,6
Coiffeuse	6	1,9
Couturière	5	1,6
Employée de bureau	1	0,3
Total	322	100

***= lavandière, enseignante, monitrice, militaire, proviseur de lycée, matronne, cuisinière, chimiste.....

Plus de la moitié (58,7 %) des femmes venues en CPN étaient « femmes au foyer » ; viennent en deuxième et troisième position les commerçantes (16,8%). 9,6% étaient élèves ou étudiantes.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la qualité de la personne ayant conseillé la consultation

<i>Statut du conseiller</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Vous- même	169	52,5
Un proche ***	64	19,9
Le géniteur	63	19,6
Un agent de santé	26	8,1
Total	322	100

*** = grande sœur, patronne, mère, belle-mère, belle-sœur, amie, tante, voisine, oncle, beau-frère

52,5 % des femmes affirmaient être venues de leur propre chef en CPN et environ 20% sur conseil du géniteur.

Tableau IX : Répartition selon le motif de la CPN

<i>Motif(s)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Suivi de la grossesse	275	85,4
Maladie+suivi de la grossesse	25	7,8
Maladie	22	6,8
Total	322	100

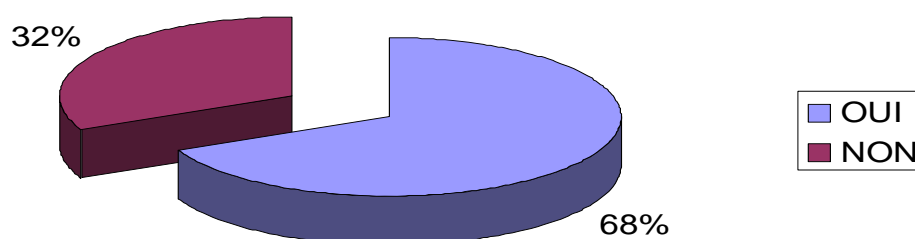
Le contrôle et le suivi de la grossesse étaient majoritairement évoqués comme motifs de la consultation prénatale (85,4 %) contre seulement 6,8 % pour mauvais état de santé de la femme.

2-2. Connaissances générales sur le VIH/SIDA des femmes venues en CPN

Tableau X : Répartition des femmes selon la source d'information sur le VIH/SIDA

<i>Source d'information</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Campagne de sensibilisation	290	90,06
Causerie	94	29,19
Consultation médicale	64	19,87
Maladie ou décès d'un proche	22	6,83
Ecole	22	6,83
Total	322	100

Toutes les 322 femmes enceintes recrutées avaient au moins déjà une fois entendu parler du VIH/SIDA, le plus souvent à travers les médias (90,06 %) ou lors d'une consultation médicale (19,87%).



Graphique 1 : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence des ARV

68% des interrogées connaissaient l'existence des ARV. Parmi celles-ci 5% affirment que c'est un traitement radical.

L'existence des ARV était méconnue par 32% des femmes.

Tableau XI : Répartition des femmes selon le mode de transmission évoqué

<i>Modes de transmission</i>	<i>Effectif (n=322)</i>	<i>Pourcentage</i>
Transmission sexuelle	309	95,96
Transmission par le sang	248	77,01
Pratiques traditionnelles	29	9,00
Manger ou boire dans le même récipient qu'une personne infectée	12	3,72
Inconnu	11	3,41
Transmission mère-enfant	3	0,9

***= Piqûre de moustique, toilettes, projections de crachats lors d'une quinte de toux, rapports sexuels avec chiens de blancs, peigne

Seulement 3 femmes (0,09%) sur les 322 ont cité la transmission mère-enfant comme mode de transmission possible du VIH/sida. La transmission par les rapports sexuels et par le sang viennent en tête dans respectivement 95,96% et 77,01%.

On note également que les fausses croyances restent vivaces.

Tableau XII : Répartition des femmes selon le moyen de prévention évoqué

<i>Moyens de prévention du VIH/SIDA</i>	<i>Effectif (n= 322)</i>	<i>Pourcentage</i>
Usage unique ou individuel d'objets tranchant, pointu ou de matériel d'accouchement	235	72,98
Préservatif	231	72,94
Abstinence	155	48,13
Je ne sais pas	29	9
Le dépistage	12	6,83
Autre*	18	5,54

***Abandon de pratiques traditionnelles telles que excision, tatouage ; Ne pas manger ni boire avec une personne infectée ; Eviter les projections de salive des personnes infectées ;.....

L'usage de préservatif lors des rapports sexuels (72,94%) et l'usage unique ou individuel d'objets tranchants, pointus et du matériel utilisé lors de l'accouchement (72,98%) étaient les modes de prévention majoritairement cités.

Une proportion de 9% n'avait pu citer même un seul moyen de prévention de la transmission du VIH /SIDA.

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

<i>Moyen de diagnostic</i>	<i>Effectif (n=322)</i>	<i>Pourcentage</i>
Sérologie VIH	194	60,2
Autres***	92	28,2
Modification de l'état de santé	13	4
Consultation médicale	12	3,7
Modification de l'état de Santé et sérologie VIH	11	3,4

*** Prélèvements puis examen des urines, prélèvement puis analyse des crachats, confirmation par la personne infectée...

Un peu plus de la moitié (60,2%) des femmes proposait la sérologie VIH comme seule méthode de dépistage de l'infection à VIH

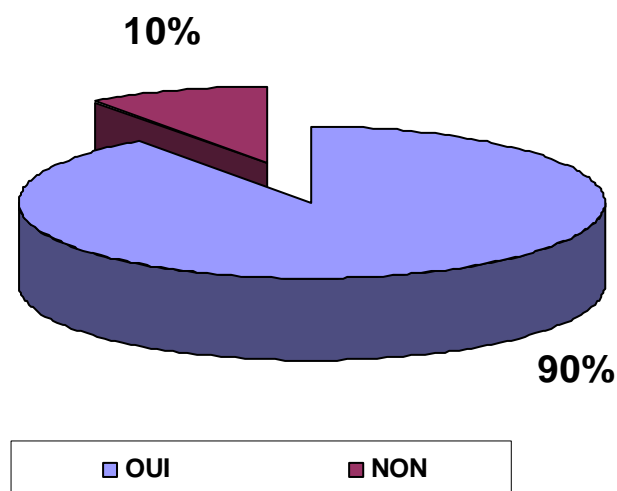
Seulement 4 % des femmes pensaient qu'une modification de l'état de santé permettait de confirmer une infection par le VIH/SIDA.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon leur connaissance des signes de l'infection à VIH

Signes	Effectif (n=322)	Pourcentage
Perte de poids	196	60,86
Diarrhée	119	36,95
Manifestations cutanées (Dermatose, prurit...)	73	22,67
vomissements	55	17,08
Autres***	34	10,55
Alopécie ou modification de la chevelure	20	6,21
Pâleur	17	5,27
la fièvre	11	3,41
Infection à répétition	12	3,72
Déshydratation	10	3,10
Toux	10	3,1
Infection bucco- pharyngée	10	3,1

*** Anorexie, vomissement, convulsions, anorexie, boulimie, polyurie, pollakiurie, céphalées, Dentition jaune

la perte de poids et la diarrhée viennent en tête dans respectivement 60,86% et 36,95% ;



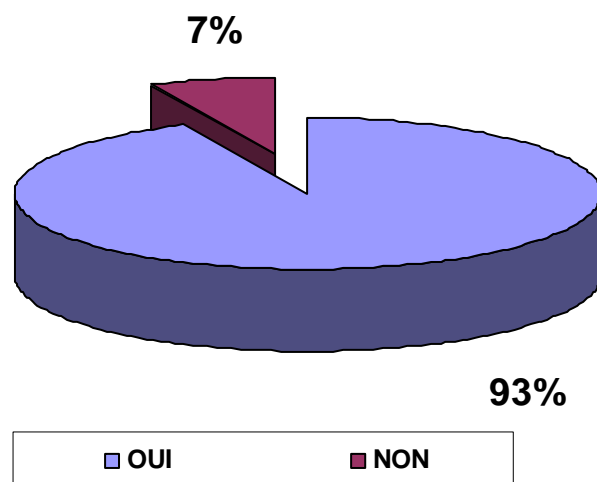
Graphique 2 : Répartition des femmes selon leur connaissance de la possibilité d'une infection à VIH chez le nouveau-né

La possibilité d'une infection à VIH chez le nouveau-né était connue dans 90 % des cas.

Tableau XV : Répartition des femmes selon les modes de transmission de l'infection à l'enfant évoqués

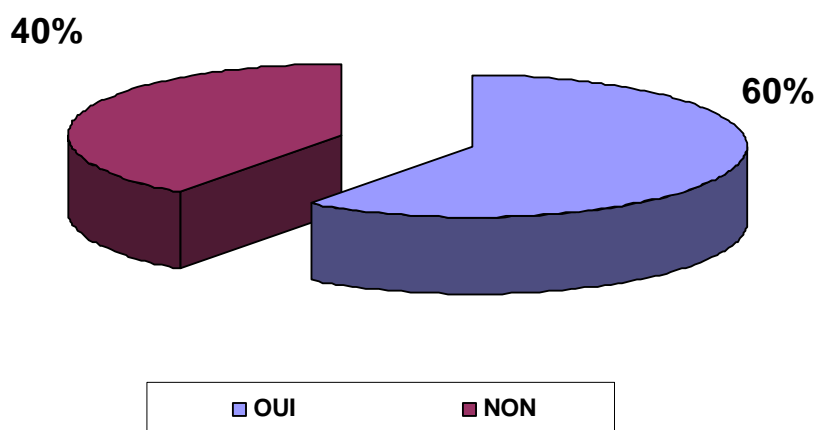
<i>Moyen de diagnostic</i>	<i>Effectif (n=322)</i>	<i>Pourcentage</i>
Transmission pendant la grossesse	270	83,85
Usage d'objets souillés tranchants ou pointus	66	20,49
Allaitement au sein	40	12,42
Je ne sais pas	10	3,10
Pratiques traditionnelles (tatouages,percing...)	5	1,5
La volonté divine	1	0,31
Transfusion de sang VIH+	1	0,31

Les modes de transmission de l'infection à VIH à l'enfant les plus connus par les femmes interrogées étaient : la transmission verticale (83,85 %), l'allaitement au sein (12,42%) et l'usage d'objets pointus ou tranchants souillés (20,49%).



Graphique 3 : Répartition des femmes selon leur connaissance du risque de transmission mère-enfant du VIH

Sur les 322 femmes interrogées, 93% savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant. La transmission verticale du VIH est donc inconnue pour 7% d'entre elles.



Graphique 4 : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence des mesures de PTME

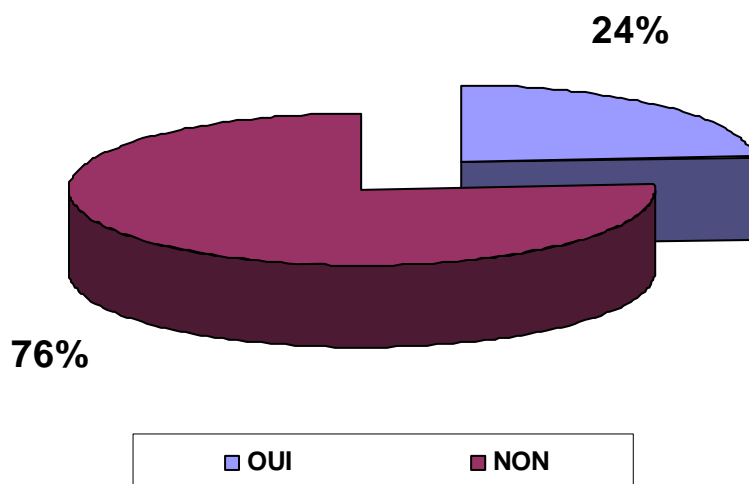
60 % des femmes soit un peu plus de la moitié, pensent qu'il existe des méthodes permettant de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

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

<i>Mesures de PTME évoquées</i>	<i>Effectif (n=322)</i>	<i>Pourcentage</i>
Prise de médicaments pendant la grossesse	67	20,8
Je ne sais pas	60	18,63
Dépistage précoce et Suivi de la grossesse	40	12,42
Allaitement artificiel exclusif	20	6,21
Autres***	10	3,1
Prise de médicaments par le nouveau-né	8	2,4
La volonté divine	7	2,17
Prise de médicaments lors de l'accouchement	5	1,5

*Autres : Accouchement par césarienne ou en milieu hospitalier, groupe rhésus identique de la mère et l'enfant, Père séronégatif et mère séropositive, suivi du programme PTME, section aseptique du cordon ombilical

Le moyen le plus connu par les femmes pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant est la prise de médicaments (20,80%). l'allaitement artificiel exclusif n'était cité que dans 6,21% des cas.



Graphique 5 : Répartition des femmes selon qu'elles aient ou non effectué un test de dépistage du VIH

Seulement 78 femmes (24%) connaissaient leur statut sérologique.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon les circonstances du dépistage

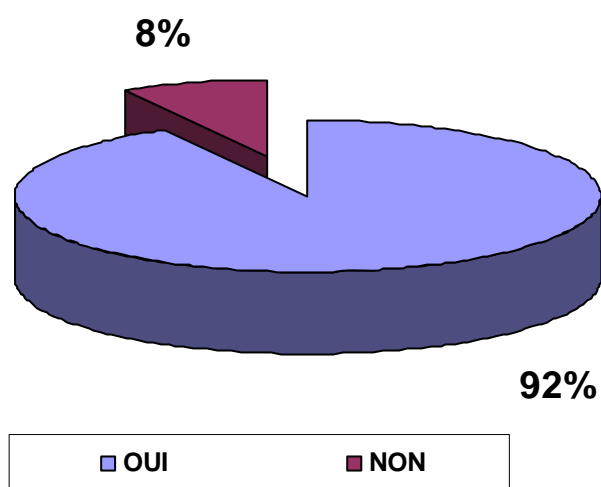
<i>Moyen de diagnostic</i>	<i>Effectif (n=78)</i>	<i>Pourcentage</i>
Lors d'une CPN	49	62,8
Dépistage volontaire	14	17,9
Lors d'un bilan antérieur ou de la maladie d'un conjoint ou d'un proche	14	17,9
Lors d'un don de sang	4	5,12
Total	78	100

Les circonstances dans lesquelles les femmes interrogées ont été dépistées pour le VIH/SIDA étaient : une CPN antérieure (62,8%), un dépistage volontaire (17,9%), un bilan antérieur lors d'une maladie que cette maladie concerne la femme elle-même ou un proche (17,9%), un don de sang (5,12%) .

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la connaissance d'un dépistage effectué par leur conjoint

Dépistage du conjoint	Effectif (n=322)	Pourcentage
Je ne sais pas	181	56,2
Non	95	29,3
Oui	46	14,3
Total	322	100

29,3 % des femmes interrogées affirmaient que leur conjoint n'avait jamais passé de test de dépistage du VIH mais on notait que la grande majorité (soit 56,2 %) de ces femmes ne savait même pas si ceux-ci avaient jamais passé le test.



GRAPHIQUE 6 : Répartition des femmes selon leur connaissance d'une possibilité d'infection après un test négatif

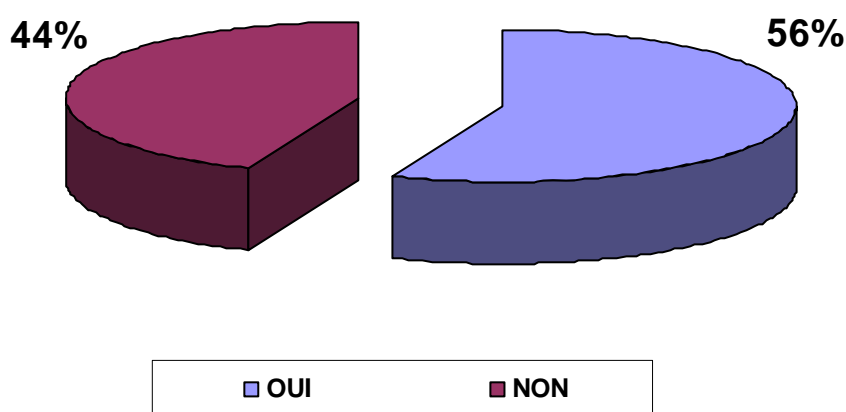
La grande majorité des femmes (soit 92 %) estimaient au moment de notre enquête qu'un test de dépistage du VIH négatif ne protège pas définitivement d'une éventuelle infection par le VIH.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon l'estimation des personnes devant passer le test de dépistage

<i>Personne devant passer le test- VIH</i>	<i>Effectif (n=322)</i>	<i>Pourcentage</i>
Tout le monde	276	85,71
Je ne sais pas	18	5,5
Autres	14	4,34
Les personnes symptomatiques	5	1,55
Les personnes infidèles	3	0,93
les femmes enceintes	3	0,93
Les femmes mariées	3	0,93
Les femmes	2	0,62

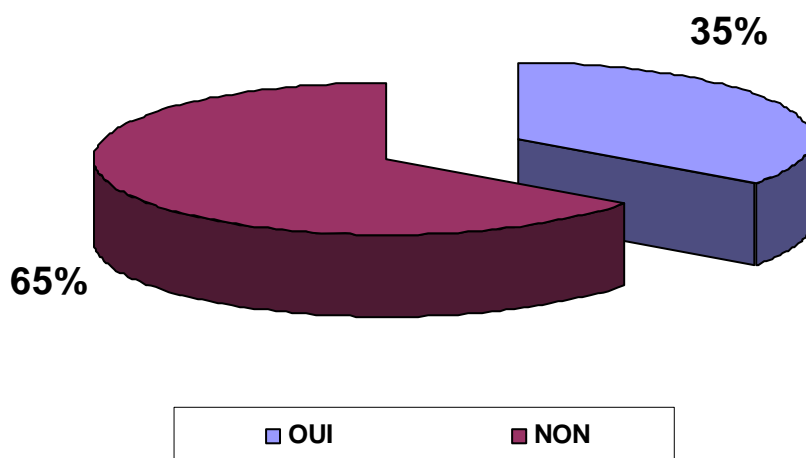
Autres : les personnes instruites, les hommes, les jeunes filles, les professionnelles du sexe, personne, les hommes et les femmes à partir de l'adolescence,

La majorité des femmes (85,71 %) déclaraient que tout le monde devrait connaître son statut sérologique alors que seulement 24 % d'entre-elles connaissaient le leur au moment de notre enquête.



Graphique 7 : Répartition des femmes selon leur connaissance de la gratuité des ARV au Mali

Plus de la moitié des femmes (68%) interrogées connaissaient l'existence des ARV mais seulement 56% savaient qu'ils étaient gratuits au Mali.



GRAPHIQUE 8 : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence du programme PTME

2/3 des femmes interrogées (65%) n'avaient pas connaissance de l'existence du programme PTME au Mali.

2-3. Conseils par rapport au risque de TME

Tableau XX : Répartition des femmes selon leurs conseils pour éviter la TME du VIH

Conseils	Effectif (n=322)	Pourcentage
La prévention	119	39,95
Le suivi médical	121	37,57
Le dépistage	115	35,95
Rien	82	25,46
Allaitement maternel exclusif en cas de séropositivité	6	1,86
De s'en remettre à Dieu	1	0,31

La prévention (39,95%), la connaissance de son statut sérologique (35,71%) et le suivi médical de la grossesse (37,57%) étaient

majoritairement cités comme mesures de réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

On note que moins de 1% des femmes pensait qu'il faut s'en remettre au bon sort.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Bien que ces consultantes ne constituent pas un échantillon représentatif de la population puisqu'elles ont été recrutées par l'intermédiaire de leur venue dans le service de consultations prénatales du CSréf de la commune IV, il s'agit d'un groupe de femmes de profils socio-démographiques divers, issus de quartiers, en général, dit « populaires » de Bamako. Les réponses qu'elles ont apportées aux différentes questions posées donnent donc, des renseignements utiles sur les connaissances générales sur le VIH/SIDA et l'impact des campagnes de sensibilisation dans un groupe de la population générale bamakoise, qui n'est ni plus ni moins confrontée à l'épidémie que le reste de la population

- **Caractéristiques sociodémographiques des femmes**

L'échantillon de l'étude est constitué de 322 femmes enceintes, l'âge gestationnel des gestantes n'étant pas prise en compte.

La plus jeune de l'échantillon avait 14 ans et la plus âgée en avait 46. L'âge moyen des gestantes est 25 ans (écart type 6,21).

La répartition par tranches d'âge montre une relative prédominance des jeunes : 59% des gestantes étaient âgées de moins de 25 ans et la tranche d'âge de 21-25 ans était la plus représentée. 24,2% des gestantes étaient primigestes.

96 % des femmes étaient mariées au moment de l'enquête et 25% vivaient dans un foyer polygame.

La très grande majorité des femmes (58,9%) était des femmes au foyer et non instruite (39,4%). Ce constat n'est que le reflet de la situation de la femme au Mali. Selon EDS III [52], au Mali, un tiers des femmes de 15 à 49 ans, ne travaillent pas et 80% n'ont reçu aucune instruction.

- **Connaissances des femmes sur le VIH/SIDA**

Toutes les femmes interrogées avaient déjà au moins une fois entendu parler du VIH avec comme principales sources d'information les médias (90,06 %), la radio étant le moyen privilégié. Ce résultat va dans le sens de l'EDSM III [52], qui a établi que 69% des ménages maliens possèdent un poste de radio et 14% une télévision. De plus, de la même source, 84% des femmes au Mali regardent la télévision, 83% écoutent la radio et seulement 20% lisent les journaux.

Tous ces résultats nous confortent dans le fait que les médias constituent des partenaires de poids dans la sensibilisation contre le VIH/SIDA mais, soulève également l'insuffisance de la communication sur le VIH au niveau des centres de santé (19,06% au cours de notre enquête) qui devraient pourtant constituer la source d'information par excellence.

- **Mode de transmission du virus**

Le niveau de connaissance est satisfaisant car la voie sexuelle, d'ailleurs principale voie de transmission, était citée dans 96% des cas, la voie sanguine dans 74,8%.

La voie verticale n'était spontanément citée comme voie de transmission du VIH que dans 0,9 %. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médias axent essentiellement leurs campagnes de sensibilisation sur les voies sexuelle et sanguine. Heureusement plus loin, à la question de savoir s'il existe une possibilité de transmission mère-enfant du virus, 93,5 % des gestantes ont répondu oui.

Dans une étude CAP similaire réalisée au Togo, 96,6 % des femmes enceintes connaissaient les différents modes de transmission du virus à savoir la voie sexuelle, la voie materno-fœtale et la voie sanguine, respectivement dans les districts sanitaires urbain de Bè et rural de Kloto [53].

On n'a pu constaté également que les fausses croyances sur le VIH restent vivaces vingt ans après la découverte de premiers cas dans nos

villages où les campagnes de sensibilisation sur le thème sont encore insuffisantes.

- **Moyens de prévention contre le VIH**

Parmi les gestantes interrogées, 88,2 % étaient capables de citer au moins un des moyens spécifiques de prévention du VIH/SIDA, à savoir l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la fidélité.

L'utilisation du préservatif était majoritairement citée (70,8%) puis la fidélité (54%) et enfin l'abstinence sexuelle (48,8%).

La connaissance de l'utilisation du préservatif et de la fidélité comme moyens d'éviter le VIH est plus importante dans la tranche des 21-25 ans.

Nos résultats sont plus importants que ceux de l'EDSM III [52] où les moyens d'éviter le VIH/SIDA cités par les femmes sont l'utilisation du préservatif à 31%, la fidélité à 27% et l'abstinence sexuelle qui a été citée par 16% des femmes.

Ainsi, ce bon niveau de connaissance des femmes est en accord avec la forte médiatisation des mesures de prévention accompagnant la réponse nationale face à l'épidémie.

- **Test de dépistage du VIH**

Parmi les gestantes, 60,2% proposaient la sérologie VIH comme seule méthode de dépistage de l'infection à VIH contre 4% affirmant qu'une modification de l'état de santé suffisait à déterminer si une personne était infectée par le virus.

Les signes cliniques en cas d'infection à VIH majoritairement cités par les gestantes sont la perte de poids (60,86%) et la diarrhée (36,95%).

Ce résultat est différent de celui de Maruba J au Rwanda [54] où le symptôme le plus connu est la toux persistante (85%).

La connaissance du statut sérologique est un facteur important et peut contribuer à limiter la transmission verticale du VIH/SIDA. Dans notre étude, le pourcentage des femmes qui connaissent leur statut sérologique est de 24%.

Dans une étude similaire réalisée à Yaoundé, le nombre de gestantes qui connaissaient leur statut sérologique est plus élevé : 50,9 % [55].

Les circonstances dans lesquelles ces gestantes ont passé leur test de dépistage VIH étaient soit les consultations prénatales (15,21%), soit le dépistage volontaire (4,34%) ou un bilan antérieur (4,34%).

De plus 29, 5% des femmes affirmaient que leur conjoint n'avait jamais été dépisté pour le VIH mais on notait que la grande majorité soit 56,2% n'avait jamais posé la question ces- derniers.

Il est important de prendre en compte cette attitude négative vis-à-vis du dépistage qui pourrait compromettre l'impact des interventions de réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans nos pays en voie de développement qui à priori en auraient les plus besoin, c'est-à-dire ceux où la prévalence est la plus élevée et/ou l'épidémie est la plus ancienne. Il est probable qu'au moment où le test leur était proposé, les femmes enceintes n'étaient pas informées du bénéfice principal du test, à savoir la protection de leur enfant de l'infection à VIH. De plus, il est probable, selon Le cœur [56] que si dans nos régions, où la fécondité et la maternité ont une valeur sociale extrêmement élevée, les femmes avaient été informées de l'existence du traitement préventif, la connaissance de leur statut sérologique aurait été supérieure.

- **Connaissance de l'existence des ARV**

Un peu plus de 2/3 des consultantes enquêtées (68%) ont entendu parler de l'existence de médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH. Ce résultat est supérieur à celui obtenu dans une étude « CAP » similaire réalisée à Abidjan en 1999 et 2000 sur 203 femmes enceintes venues en CPN, au niveau de quatre structures de santé où seulement 1/3 (35%) des consultantes avaient entendu parler de l'existence des ARV [57].

Parmi les femmes informées de l'existence des ARV, la majorité soit 60,9% affirmaient que ce n'étaient pas un traitement curatif tandis que

la proportion croyant à tort que le traitement radical de l'infection à VIH est possible s'élève à 5%.

A titre indicatif, l'enquête française sur les connaissances sur le VIH/SIDA en 2004 retrouvait une bonne connaissance de l'existence des ARV (65,6%) ainsi que de leurs propriétés. Ainsi, 92,4% pensaient qu'ils provoquaient des effets secondaires, 88% qu'ils sont compliqués à suivre, 92,7% qu'ils doivent être pris à vie, 4,8% qu'on en guérit définitivement, 95,3% que les malades vivent plus longtemps et 5,1% que les malades ne transmettent plus le VIH[58].

- **La transmission mère-enfant du VIH**

La transmission mère-enfant du virus est au premier plan des risques de la grossesse chez la femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Elle est la principale origine de l'infection à VIH chez les enfants en dessous de 10 ans [59].

Au Mali, la prévalence de l'infection à VIH chez la femme est de 1,5% avec un taux de transmission mère-enfant qui avoisine les 30-40% en cas d'absence de prévention [61]

Notre étude montre que 93,5% des femmes enceintes interrogées savaient que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant. Ce niveau de connaissance est supérieur à celui retrouvé au Centre Hospitalier Universitaire de Nnamdi Azikiwe Nnewi [60] au Nigéria (76,9%), à Abidjan (1,8%), à Bobo Djoulasso dans des études similaires [62]

Selon l'EDSM III [52], ce sont les femmes du milieu urbain, en particulier de Bamako, et surtout celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, qui sont les mieux informées. Dans la même source, 32% des femmes ont répondu qu'elles ne savaient pas que le virus pouvait se transmettre de la mère à l'enfant pendant l'allaitement.

La majorité des gestantes avaient une connaissance partielle de la période pendant laquelle on peut transmettre le VIH à l'enfant (au plus 2 parmi les 3).

Dans notre étude, on constate que c'est la possibilité de transmission durant la grossesse qui est la plus citée (83,85%) puis l'allaitement maternel. L'accouchement n'a jamais été cité comme période de transmission de la mère à l'enfant du VIH.

Dans une étude menée en Afrique du Sud [55] le niveau de connaissance des différentes voies de transmission verticale chez les femmes enceintes venues en CPN était de 46,1% pendant la grossesse, 16,3% pendant l'accouchement par voie vaginale et de 31,7% pendant l'allaitement.

Par contre, dans une étude réalisée au Kenya, chez 34 patientes, seulement 12 soit 35% étaient informées du risque de transmission du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement [55].

- **Prophylaxie de la transmission mère-enfant du VIH**

La réduction de la transmission materno-fœtale de l'infection à VIH constitue et reste un des domaines prioritaires du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA [51].

Dans notre étude, le moyen le plus connu par les femmes pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant est la prise de médicaments antirétroviraux (23,18%), suivi du dépistage précoce (12,42%) et enfin de l'allaitement artificiel exclusif (6,21%).

Ce résultat est différent de celui de Mbu.R.E et all à Yaoundé [55] où les antirétroviraux étaient cités dans 32% des cas comme moyen de réduction de la TME, l'allaitement artificiel (23,3%) et la césarienne (21,6%).

A propos du traitement antirétroviral, 68,3% des gestantes affirment être au courant de sa disponibilité au Mali mais seulement 56,8% auraient eu vent de sa gratuité.

La prévention (usage du préservatif, fidélité dans le couple, usage individuel ou unique d'objets tranchants ou pointus), la connaissance de son statut sérologique, le suivi médical de la grossesse étaient

majoritairement cités comme conseils aux autres femmes enceintes pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH.

On note que 0,31% des femmes pensent qu'il faut s'en remettre au bon sort.

- **Connaissance du programme national de PTME**

L'étude CAP nous a permis également d'évaluer leur connaissance de l'existence du programme de prévention de transmission de la mère à l'enfant : 65,2% soit 2/3 des femmes interrogées affirment ne jamais avoir entendu parler du programme PTME. Cela soulève le problème de l'insuffisance des campagnes d'information sur l'existence d'un traitement préventif de la TME et du programme PTME au Mali.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'infection à VIH est l'une des causes les plus fréquentes de mortalité et de morbidité en milieu pédiatrique, et la transmission verticale, la principale voie de contamination des enfants par le VIH/sida. Les femmes enceintes constituent donc l'un des groupes vulnérables de la population couramment testé pour la surveillance épidémiologique du VIH/sida et les études CAP vis-à-vis du VIH des outils nécessaires pour le suivi l'évolution de la représentation sociale du VIH/sida et des comportements de prévention.

Notre étude qui s'est déroulée dans le Centre de Référence de la Commune IV a porté sur 322 femmes enceintes reçues en consultation prénatale recensées durant 3 mois.

A son terme, elle nous a permis de constater que les gestantes avaient un âge moyen de 25 ans (écart type 6,21 ans), qu'elles étaient en majorité femme au foyer (58,7%), mariées (96%), multigestes (75,8%) et lettrées (- (65,5%).

Elle nous a également permis de constater une connaissance générale de la gravité de la maladie, des modes de transmission et de prévention de l'infection VIH relativement bonne chez les femmes avec toutefois la persistance de croyances erronées (3,72% des questionnées continuent à penser que le virus peut éventuellement se transmettre en mangeant dans le même plat ou en buvant dans le même verre qu'une personne infectée). Nous notons également que la population d'étude dans son ensemble se sent concernée par la maladie car la perception du risque est forte (85,7% des questionnées pensent que tout le monde devraient passer le test-VIH) et ce quelques soient les caractéristiques sociodémographiques.

De plus, bien que le niveau de connaissances et de perception du risque soit relativement bon chez ces femmes, la démarche de dépistage est rare

(seule une femme sur 5 environs parmi les consultanttes enquêtées a déjà fait le test). La majorité des femmes déclarait l'avoir fait lors d'une CPN (15,21%) d'où la nécessité d'intensifier les causeries éducatives sur les bénéfices du dépistage puisque le dépistage est la première étape obligée de la prise en charge des personnes séropositives.

L'information sur le traitement ARV, sa disponibilité au Mali ainsi que sa gratuité a globalement atteint la population d'étude (un peu plus de la moitié des femmes interrogées) mais reste une information très générale délivrée essentiellement au travers des médias.

On note également que chez les femmes, la proportion de celles qui savent que le VIH/sida peut être transmis de la mère à l'enfant est assez élevée (93,5%) et le moyen le plus connu pour réduire le risque TME du VIH est la prise de médicaments (23,16%).

Mais malgré leur relative bonne connaissance d'une possible TME du VIH, 2/3 de la population d'étude méconnaissait l'existence du programme PTME et les services qu'il leur offre.

Cette méconnaissance doit être prise en compte et corrigée si l'on sait que depuis le dépistage systématique des donneurs de sang, la transmission mère- enfant du VIH constitue le mode de transmission quasi-exclusif des enfants infectés.

L'information, l'éducation, la communication sur le VIH et le programme national PTME ainsi que les services qu'il offre aux femmes enceintes doivent être une priorité de nos jours, car vingt six ans après la découverte de premier cas, le SIDA a cessé d'être uniquement un problème de santé pour devenir un véritable problème de société et de développement.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires, nous recommandons de :

- renforcer l'information, l'éducation et la communication sur le VIH et la PTME par des campagnes de sensibilisation et des publicités sur les médias
- faire connaître les centres de PTME et les services qu'ils offrent aux femmes enceintes séropositives ainsi qu'à leur progéniture
- former tous les agents de santé impliqués dans la PTME et renforcer les compétences de ceux existants par des supervisions périodiques et le suivi régulier (supervisions formatives)
- doter les centres impliqués dans la PTME en équipement audiovisuel et en supports IEC
- prévoir des aménagements au sein des structures sanitaires mis en place afin qu'elles puissent répondre à tous les critères de réussite prévus pour la PTME
- harmoniser les activités de PTME, selon les normes prévues par la DNS, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et organiser des rencontres d'échange d'expérience périodique

Aux agents de santé, nous recommandons de :

- proposer systématiquement et de façon appropriée le test dépistage du VIH dans le bilan prénatal
- prévenir l'infection à VIH chez la femme surtout en activité génitale par une information adéquate et une sensibilisation adaptée à son environnement socio-économique et culturel
- expliquer correctement et de la manière la plus simple aux futures mères les mécanismes, les moments de la transmission mère-enfant du VIH et les stratégies de prévention de la contamination de leurs enfants

A la population cible, nous recommandons d' :

- accepter le dépistage prénatal systématique du VIH
- utiliser les services de PTME
- s'informer sur le VIH/SIDA
- servir de courroie de transmission de l'information appropriée sur le VIH, le programme PTME

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1)- Hady S. A., Gillet M.

La pandémie la plus dévastatrice de l'histoire.
REV Réveillez-vous 2002, p-3-6

(2)- ONUSIDA / OMS.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA
Le point sur l'épidémie de SIDA. Rapport spécial sur la prévention du
VIH, décembre 2006.

(3)- Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.

Enquête démographique de santé Mali IV (EDS IV/MALI), 2006 (*Rapport
préliminaire*).

(4)- UNICEF/STATISTIQUES/VIH SIDA.

Statistiques par pays : MALI, décembre 2001.

(5)- Gbenedji KY.

Évaluation des facteurs déterminant l'utilisation des services de la
prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le district
de Bamako. ThD Pharm. ; 2004.

(6)- Girard P.-M. , Katlama Ch, Pialoux.

VIH.
Édition 2004 ; Doin, 2003, p 630.

(7)- Vincent D., Bayrou O., Chapelon-Abric C.

Le vademecum du diagnostic.
2ème éd.Paris : Mimi Editions Massin ; 2001. p.1063-1069.

(8)- Sepkowitz K. A.

N Engl J. Med 2001. 344(23) : 1764-1772

(9)- Lasfargues G., Courpotin C.

Prise en charge des nouveau-nés séropositifs vis-à-vis de l'immunodéficience humaine. Expérience personnelle à propos de 179 cas.

Pub Med ID 8393176, 3è journées pédiatriques d'Evian, France, Novembre 1992

(10)- ONUSIDA / OMS.

Conseils et dépistages volontaires du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence : données et problèmes, mars 2000.

(11)- Faye A, Blanche S.

Infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine de type I.

EMC (Elsevier SAS, Paris), pédiatrie/maladies infectieuses, 4-310-A-40,2006.

(12)- Gillet J Y, Bongain A, Abrar D, Bourier T, Mariani R.

Les modes de contamination de l'enfant par le VIH.

Revue du praticien 1990 Jan 11 ; 40(2) : 117-9

(13)- Piot P, Coll-Seck A.

Bulletin de l'OMS.

Recueil d'articles, 2; 2000.

(14)- Menu E, Mbopi-Keou FX.

Selection of maternal human immunodeficiency virus type 1 variants in human placenta. European Network for In Utero Transmission of HIV-1

J Infect Dis 1999;179 :44-51.

(15)- Rouzioux C, Coctagliola.

Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) transmission by use of a Markov model. The HIV infection in newborns French Collaborative Study Group.

Am J Epidemiology 1995; 142:1330-7.

(16)- Ait Khaled M, Lyall Egstainsby C.

Intrapartum mucosal exposure to human immunodeficiency virus type 1(HIV-1) of infant born to HIV-1 infected mothers correlates with maternal plasma virus burden.

J Infect Dis 1998; 177:1097-100.

(17)- Gillad P, Verhofstede C, Mwanyumba F.

Exposure to HIV-1 during delivery and mother-to-child transmission.
AIDS2000; 14:2341-8.

(18)- Newell ML.

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

(19)- Mandelbrot L, Burgard M, Teglas JP, Benifla JL, Khan C, Blot P et al.

Frequency detection of HIV-1 in the gastric aspirates of neonates born to HIV-infected mothers.
AIDS 1999; 13:2143-9.

(20)- Philippe M.

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

(21)- Mock P.A., Shaffer N., Bhadrakom C.

Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV transmission,
Bangkok, Thailand.
AIDS 1999; 13:407-14.

(22)- Moffenson LM, Lambert JS, Stiehmer.

Risk factors for perinatal transmission of HIV 1 in women treated with zidovudine.
N Engl J Med 1999; 341:394-402.

(23)- Garcia P, Kalish L, Pitt J.

Maternal levels of plasma human deficiency type 1 RNA and the risk of perinatal transmission.

N Engl J Med 1999; 341:394-402.

(24)- Mayaux M J, Blanche S, Rouzioux C.

Maternal factors associated with perinatal HIV 1 transmission, the french prospective cohorts study: 7 years of follow up observation.

Am J. 1995; 8: 188-94.

(25)- Bérebi A.

Le SIDA au féminin.

2ème éd. Paris : Doin ; 2001. 204-205. p.308.

(26)- Mandelbrot L.

Grossesse et infection par le VIH: moyens de prévention de la transmission mère- enfant.

In: Girard P.-M., Katlama Ch, Pialoux G, éditeurs. VIH. éd. 2001 Paris: Doin; 2001 p635.

(27)- Rouafi O.

Suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré : Bilan de deux années d'activités. Th D Méd, Bamako; 2005, p109.

(28)- Scalati G, Hadara V, Rassi P.

Transmission of HIV-1 from mother to child correlates with viral phenotype.

Virology 1993; 197:624-29.

(29)- Ometto L, Zanotta C, Maccabruni A.

Viral phenotype and host-cell susceptibility to HIV-1 infection as risk factors for mother to child HIV-1 transmission. AIDS 1995; 9: 427.

(30)- Van De Perr.

Mother to child transmission of HIV-1: the all mucosal hypothesis as a predominant mechanism of transmission.

AIDS 1999; 13:1133-8.

(31)- Mayaux M J, Teglas J P, Mandelbrot L.

Acceptability and impact of zidovudine prevention on MTCT of HIV type 1: the french perinatal cohort studies.

J. infect Dis 1997; 17; 131:857-62.

(32)- Mandelbrot L, Mayaux MJ, Bongain A.

Obstetric factors and mother to child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohorts.

Am J Obset Gynecol 1996; 175:661 – 7.

(33)- Delfraissy JF. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.

Flammarion, Médecine Sciences, Paris, 2004; p.264.

(34)- WORLD HEALTH ORGANISATION.

Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infant. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained setting, 2006, p28-37.

(35)-Ministère de la Sante/ Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA. Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA, janvier 2006

- (36)- International Perinatal HIV Group.** The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1-A meta-analysis of 15 prospective cohort studies.
N Eng J Med 1999; 340:977-87.
- (37)- Yacine AM.** Evaluation de la mise en oeuvre de la PTME du VIH à l'Hôpital de la mère et de l'enfant. Th D Méd, Lagune de Cotonou ; 2005.
- (38)- European Mode of Delivery Collaboration.** Elective cesarian section versus delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized trial.
Lancet 1999; 353:1035- 39
- (39)- Kreiss J.** Breastfeeding and vertical transmission of HIV type 1.
Acta Paediatr suppl; 1997; 1114-18.
- (40)- Semba RD, Kumwenda N, Hoover RD.** HIV load in breast milk, mastitis and mother to child transmission of HIV-1.
J infect Dis 1999; 180:93-98.
- (41)- Blanche S, Mayaux MJ.** L'infection à VIH de la mère et de l'enfant.
Médecine thérapeutique, 1996 ; 1 :1114 -18.
- (42)- Amadou H A.** Préparation d'une évaluation de la séroprévalence du VIH en population générale au Niger : quels prélèvements ? pour quels tests ?
Th D Pharm., Bamako, 2002, p.118.
- (43)- Burgard M, Rouzioux C.** Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant.
In : S. Blanche L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant.
Paris : Flammarion, Médecine Sciences ; 1998 ; p.237-239.

(44)- Van Tine BA, Show GM, Aldrovandi G. Transmission mère enfant du VIH pendant la primo-infection.
N Engl; J Med 1999; 341: 1548.

(45)- Sangare Ch. P. O. Infection VIH de l'enfant: aspects cliniques et bilan de six mois de prise en charge des cas par les ARV à la pédiatrie du CHU-GT. Th D Méd, Bamako ; 2003; p.91.

(46)- Belemou B. Les manifestations respiratoires du SIDA pédiatrique au CHU Gabriel Touré à propos de 141 cas. Th D Méd, Bamako ; 2002. p112.

(47)- Tindyebwa D, Kayita J, Musoke P. Handbook on paediatric AIDS in Africa .2004 ANECCA (African Network for the Care of Children Affected by AIDS). RCQBC, FHI, USAID.

(48)- Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé. Directives en PTME : Prise en charge des femmes enceintes et des enfants infectés par le VIH ; septembre 2003. p 59-62.

(49)- Chintu et al. Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): A double blind randomized placebo-controlled trial.
Lancet 2004; 364:1865-71.

(50)- Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.
Rapport annuel PTME ; 2006.

(51)- Gouvernorat du district de Bamako, Directions Nationales de la Santé & du Développement social, Centre de Santé de Référence & Service de développement social de la commune IV (Documents CROCEP 2005).

Bilan d'activités 2005 et plans d'orientation 2006 Commune IV/District – Bamako.

(52)- Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.

Enquête démographique de santé Mali III (EDS III/MALI), 2001.

(53)- Sallah ED, Apaloo YE, Wonegou KP, Amouzou A.

Étude comparative sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en rapport avec le VIH/SIDA auprès des femmes enceintes dans les districts sanitaires urbain de Bè et rural de Kloto (Togo). Médecine d'Afrique Noire 2006 - 53(12). www.santetropicale.com/kiosque/man/sommaire.asp?id-article=830&action=lire.

(54)- Maruba MJ.

Connaissances, attitudes et pratiques des élèves des établissements secondaires de la ville de Gitarama en matière de VIH/SIDA.

Th D Méd, Gitarama, 2001, p 66.

(55)- Mbu RE, Itoua I, Mbopi Keou FX, Nana PN, Ako SN, Tonye RN, Eteki N, Leke RJI.

Connaissance du risque de transmission mère-enfant du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale à Yaoundé (Cameroun). Sidanet, 2006, 3(12):965 www.sidanet.asso.fr/webapps/komplete/index.php?KTURL=Mod-article.html&page=965.

(56)- Sophie Le Cœur.

Attitudes de femmes africaines enceintes vis-à-vis du dépistage VIH.

In : Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites, VIH-AFRIQUE. n°73-avril 1999.

(57)- Desgrées du Lou A, Béchon N.

Attitudes par rapport au SIDA, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative.

In : Attitudes par rapport au SIDA et Accès aux traitements du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

Sidanet, 2000, (6) : p253-67.

(58)- Gremy I, Beltzer N, Lagarde M, Wu- Zhou X.

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004.ORSANRS,
04.www.survivreausida.net/a6700?var_recherche=Chiffres+du+sida

(59)- ONUSIDA /UNICEF/FNUAP/OMS.

Nouvelles données concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant et leurs implications politiques- Conclusion et recommandations.2001.

(60)- Igwegbe AO, Ilika AL.

Knowledge and perceptions of HIV/AIDS and mother to child transmission among antenatal mothers at Nnamdi Azikiwe University teaching hospital, Nnewi.

Nigerian Journal of clinical practice 2005. vol 8 n°2, p 97-101.

(61)- Newell ML, Brahmbhatt H, Ghys PD.

Child mortality and HIV infection in Africa: a review.

AIDS 2004 Jun; 18 Suppl 2:S27-34.

(62)- Cartoux M, Msellati P, Meda N, Welffens- Ekra C, Mandelbrot L, Leroy V, Van de Perre P, Dabis F for the DITRAME.

Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan (Côte d'Ivoire) and Bobo-Dioulasso (Burkina faso).

Study Group (ANRS 049 Clinical Trial) .

AIDS, 1998. (12): 2337-2344.

Fiche signalétique :

Noms : MAÏGA

Prénoms : HABİYATA

TITRE : Evaluation des connaissances sur le VIH/SIDA des gestantes au Centre de santé de Référence de la commune IV.

Année universitaire : 2006-2007

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto- stomatologie de Bamako.

Département : Pédiatrie

Résumé

Les femmes enceintes constituent l'un des groupes vulnérables de la population couramment testée pour la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA. Notre étude qui s'est déroulée dans le Centre de Référence de la Commune IV a porté sur 322 femmes enceintes reçues en consultation prénatale recensées durant 3 mois. Elle avait pour objectifs d'évaluer leurs connaissances générales sur le VIH/SIDA, sur la disponibilité de traitement dans notre pays, la possibilité d'une transmission mère-enfant du VIH et l'existence d'un programme PTME au Mali.

De notre travail, il résulte que toutes les participantes à notre enquête avaient entendu parler du VIH/SIDA avec comme sources principales d'information les médias (90,06%), la radio étant le moyen privilégié. Le niveau de connaissance sur les modes de transmission du VIH était globalement satisfaisant.

La voie sexuelle est connue dans 95,96% des cas. La voie verticale n'était malheureusement pas spontanément citée comme voie possible de transmission du virus (0,9%). Il a été constaté que l'existence des antirétroviraux était connue par 68% des gestantes avec parmi elles, 60,9% affirmant que c'est un traitement non radical.

Le niveau de connaissance sur les moyens de prévention était également satisfaisant car 88,2% des femmes étaient capable de citer au moins un des moyens spécifiques de prévention ; l'utilisation du préservatif était majoritairement citée (70,8%). La sérologie VIH était citée comme moyen spécifique de diagnostic de l'infection à VIH par 60,2% des sujets de l'étude.

Les signes cliniques les plus évoqués chez les femmes étaient la perte de poids (60,86%), suivies des diarrhées (36,95%) et des manifestations cutanées (22,67%).

Très peu des gestantes interrogées avaient fait la démarche de dépistage du VIH (24%), généralement au cours de CPN (15,21%). Une faible proportion (14,3%) des sujets de notre étude connaissait la sérologie du père.

La majorité des femmes (93%) était informées de la possibilité de la transmission mère enfant du VIH/SIDA. La transmission pendant la grossesse est la période la plus citée (83,85%) puis l'allaitement maternel (12,42%) ; l'accouchement n'a jamais été évoqué comme période de TME. Elles ont évoqué comme moyen pour réduire la TME du VIH la prise de médicaments pendant la grossesse (20,8%) ou lors de l'accouchement (1,5%), suivi du dépistage précoce (12,42%) et enfin l'allaitement artificiel exclusif (6,21%).

Malgré ces résultats, 2/3 de la population d'étude méconnaissait l'existence d'un programme PTME au Mali et les services qu'il leur offre d'où la nécessité de repenser les différentes stratégies d'information de ce programme et d'en élargir sa diffusion.

Mots-clés : Connaissance, attitude, pratiques – VIH – SIDA – Femmes enceintes Prévention – Transmission – Mère – Enfant

ANNEXES

IX. ANNEXES

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA DES GESTANTES VENANT AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV

FICHE D'ENQUÊTE

1- IDENTITÉ DE LA FEMME :

1.1 -NUMÉRO :

1.2 -AGE

1.3 -QUARTIER :

1.4 -STATUT MATRIMONIAL :

- Célibataire
- Mariée Si oui 1. Polygame 2. Monogame
- Veuve
- Divorcée
- Remariée

1.5 -NIVEAU D'INSTRUCTION :

- Non scolarisée Primaire Secondaire
- Supérieur Ecole coranique

1.6 -PROFESSION DE LA FEMME :

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

1.7 -PROFESSION DU GENITEUR DE L'ENFANT :

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

1.8- ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

- Nombre de grossesse(s) :
- Nombre d'enfant(s) vivant(s) :
- Nombre d'enfant(s) décédé(s) :
Causes du décès :
- Nombre de fausses couches/avortements.

2. CPN :**2.1- Qui vous a conseillé de venir en consultation prénatale ?*****Djoni yé ilafamoyya kikana iyereladjé ?***

- a. un agent de santé
- b. le géniteur
- c. un proche (à préciser)
- d. vous- même

2.2 -Pourquoi vous a-t-on conseillé de venir en CPN ?***Mouna inana iyereladjé ?***

- a. maladie
- b. contrôle/suivi de la grossesse
- c. autres (à préciser)

3. CONNAISSANCE / CROYANCE VIS-A-VIS DU VIH/SIDA**3.1- Avez-vous déjà entendu parlé du VIH/SIDA ? a = Oui b = Non*****I delila ka sida tógô mè wa ?*****3.1.1-Si oui à quelle occasion ?*****iyamè moun de sénfè ?***

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

3.2- Croyez-vous en l'existence du VIH/SIDA ? 1. oui 2.non***I dalendo ala ko sida beyi wa ?*****3.3- Que savez-vous du VIH/SIDA? *I be mou don sida kola ?***

3.4- Existe-t-il des médicaments pour soigner cette maladie ? 1=oui

2=non

Foura bè sida la wa ?

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

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

Ibi seka sida sôrô sira saba fô angnè wa ?

3.6- Comment peut-on prévenir le VIH/SIDA ?

Mogo bisé ka sida koumbè tiogodi ?

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

Efè moubà sémètiya ko sida bi karissala ?

3.8-Pouvez vous nous citer 3 signes de l'infection à VIH ?

Ibi seka sida bana tanasigné saba fô wa ?

3.9- Selon vous un nouveau-né peut-il être infecté par le VIH ? a - Oui

b – Non

Efè banani bisèka denfitini soro wa ?

➤ Si oui, comment ?

Na ba soro, aba soro tchokodi ?

-
-
-

- Si non, pourquoi ?

Na ta soro Mouna ?

-
-
-

3.10-Savez-vous qu'une mère peut transmettre l'infection à VIH à son futur enfant ?

Ebadon ko demba bisèka banani bila â denna wa ?

a- Oui b- Non

3.11- Savez vous qu'il existe une possibilité de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ?

Ebadonko ketiogoyado bato denti séka bana sôrô a bafé wa ?

a – Oui b – Non

- Si oui comment ?

4 .DEPISTAGE VOLONTAIRE ET IMPRESSION DES FUTURES MERES

4.1-Avez-vous déjà fait votre test de dépistage du VIH ?

a = Oui

b = Non

Eyé ika djoliségékè kaban wa ?

4.1.1- Si oui, en quelle circonstance ?

Moun senfè i ya kè ?

- Lors d'une CPN
- Lors de la maladie ou du décès d'un enfant, d'un conjoint, d'un proche
- Lors d'une maladie/ bilan antérieur
- Autres (à préciser) _____

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

Idjèyongon ya ka djolisègè sègè kékaban wa ?

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

4.3- Avoir un test de dépistage du VIH négatif, protège t-il définitivement d'une éventuelle infection par le virus ? *Nika djoliségè ségè djabi gnéna(obatoitè banagni sôrô bilewa) ou obitangan banagni ma wa ?*

1. oui 2.non

4.4- A votre avis qui doit faire son test de dépistage ?

Ebolo,djon de kakan ka djoli sègè sègè ?

- a- les jeunes (hommes et/ou femmes)
- b- les futurs conjoints
- c- les femmes enceintes
- d- les professionnelles de sexe
- e- les personnes (hommes et/ou femmes) infidèles
- f- Autres (à préciser : -----)

5 .CONNAISSANCES DES SERVICES PTME

5.1- Savez-vous que grâce aux autorités maliennes le traitement antirétroviral est gratuit ?

E ba don ko sida bana be foura kè fou , Mali gnèmogow sababoula wa ?

- a - Oui
- b – Non

5.2- Savez-vous qu'il existe un programme PTME pour aider les futures mères à diminuer le risque de transmission du VIH à leur enfant ? *E ba kalama ko, fèrè do tigèlè do mousso konomaw ye walissa sida banakissè kana yéléma dinyéréni la wa ?*

- 1- Oui
- 2-Non

Si oui depuis quand aviez vous connaissance de l'existence d'un programme PTME au Mali ? *Ni ba kalama, touma djimè ? -----*

5.3-Quels sont vos conseils à l'endroit des femmes enceintes par rapport à la transmission mère-enfant du VIH/SIDA ? *SIDA banakissè yélémani dinyéréni la, é ba mou ladélikan di mousso konomaw ma ?*
