

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2018

N° 152

**DEPISTAGE DU VIH DANS LE CADRE DE L'ELIMINATION
DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT AU DISTRICT
SANITAIRE DE ZIGUINCHOR EN 2017 : ATTITUDES ET
PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTES**

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALES
DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Présenté et soutenu publiquement

Le 08 Aout 2018

Par le

Docteur Abdoulaye BARRY

Né le 13 Janvier 1980 à Ziguinchor (Sénégal)

Président :	M. Alassane	DIOUF	: Professeur
Membres :	M. Philippe	MOREIRA	: Professeur
	M. Mamadou Lamine	CISSE	: Professeur
Directeur de Mémoire	M. Serigne Modou Kane	GUEYE	: Maître de Conférences Agrégé
Co-directeur	M. Omar	GASSAMA	: Maître-Assistant

Au Nom d'ALLAH, Le Très Miséricordieux et Le Tout Miséricordieux.

Que Dieu répande son salut sur son Prophète Mouhamad (PSL) le dernier venu
et l'iman des envoyés, sur sa Famille et ses Compagnons.

AMEN



DEDICACES

IN MEMORIUM

A mon Père,

A mon frère Assane Barry

A ma sœur Ndeye Barry

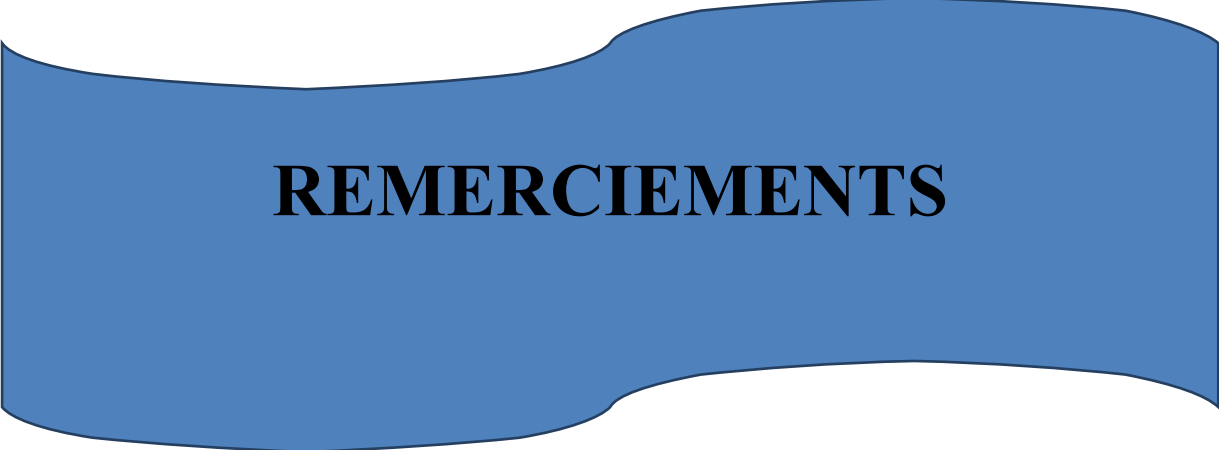
Nos prières ne cesseront de vous accompagner. Que la terre vous soit légère AMEN, qu'ALLAH vous accueille dans le plus haut de ses paradis.

Je dédie ce travail

A, ma Maman vous avez fait de moi ce que je suis devenu et tout le mérite vous revient. Que Dieu vous accorde une longue vie et une santé éternelle.

A mon épouse bien aimée, Hawa BARRY, exceptionnelle tu l'es. Tu es ma meilleure amie, mon sourire, tu es ce qui me fait croire à la vie. Tu es la preuve que l'amour sincère et généreux existe et que le cœur ne se résigne jamais. Tu es mon étoile et je sais que je surmonterai tous les obstacles de cette vie à tes côtés. Merci, et sache que je t'aime et je t'aimerai jusqu'à la fin de ma vie.

A mes frères et sœurs, vous m'avez toujours accompagné et soutenu pendant les moments difficiles. Que Dieu vous accorde longue vie et santé.



REMERCIEMENTS

Mes remerciements

- Au Professeur Jean Charles MOREAU, Vous nous avez ouvert les portes de la spécialisation en Gynécologie-Obstétrique. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

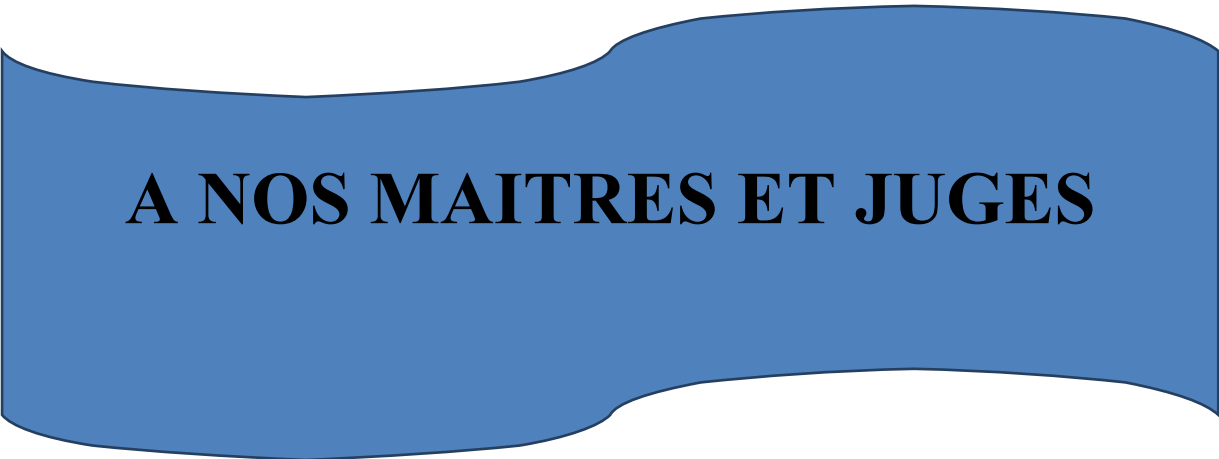
- Au Professeur Alassane DIOUF, merci pour la confiance que vous m'accordez. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

- Au Docteur Omar GASSAMA, merci pour tout l'appui que vous nous avez accordé depuis notre première année du D.E.S qu'Allah vous donne longue vie et vous mène au sommet de cet art qu'est la Gynécologie-Obstétrique.

- Au Docteur Mamour GUEYE, merci pour la rigueur et disponibilité que vous incarnez dans le cadre de notre formation, que DIEU vous accorde longue vie et beaucoup de réussite

- Au Professeur Cheikh Tidiane CISSE
- Au Professeur Agrégé Djibril DIALLO
- Au Professeur Mariame GUEYE BA
- Au Professeur Mamadou Lamine CISSE
- Au Professeur Philippe Marc MOREIRA
- Au Professeur Agrégé Serigne Modou KANE GUEYE
- Au Professeur Marie Edouard FAYE DIEME
- Au Professeur Maguette Mbaye
- Au Docteur Abdoul Aziz DIOUF
- Au Docteur Mouhamadou Mansour NIANG
- Au Docteur Babacar BIAYE
- Au Docteur Dieynaba Ndao
- Au Docteur Ngoné Samba
- Au Docteur Chieukh Diop
- A toute l'équipe de la CGO

- A toute l'équipe du CEFOREP
- A tout le personnel de la maternité de Nabil Choucair, de Philippe Senghor, du centre de santé de Ziguinchor, de Youssou Mbargane et de Pikine
- A mes condisciples
- A mes enfants
- A ma famille
- A mes amis
- A tous les médecins en spécialisation en Gynécologie et Obstétrique



A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître, président du jury

Le Professeur Alassane Diouf

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président de notre jury. Nous avons eu l'occasion de vous côtoyer et cela nous a confortés dans notre décision d'embrasser cette noble spécialité. Vous avez guidé nos pas de la première année jusqu'à maintenant. Vous êtes plus qu'un maître. Votre rigueur scientifique, vos qualités de formateur et votre goût du travail bien fait ne sont plus à démontrer.

Soyez assuré, Cher Maître, de notre profond respect et de notre éternelle reconnaissance.

A notre Maître et juge

Le Professeur Philippe Marc MOREIRA

C'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre sens de la rigueur et de la responsabilité, vos compétences professionnelles ainsi que vos qualités humaines forcent l'admiration.

Trouvez ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Le Professeur Mamadou Lamine CISSE

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi notre jury de mémoire. Vous avez accepté spontanément de juger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Nous avons été particulièrement séduits par votre simplicité, votre abord facile et votre culture médicale.

Veuillez croire cher maître à l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de mémoire
Le Professeur Sérigne Modou Kane Gueye

Vous avez dirigé en mains de Maître ce travail.

Votre enthousiasme pour toute recherche, votre attention et la mise en œuvre de vos connaissances et savoir-faire au service de vos étudiants font notre chance et forcent notre admiration.

Tout au long de ce travail, vous avez fait preuve d'une compréhension et d'une disponibilité hors du commun, ceci malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité et votre générosité nous ont permis d'aller au bout de notre travail

Soyez assurée cher Maître, de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de mémoire
Le Docteur Omar GASSAMA

Cher Maître, ami et grand frère, vous avez guidé mes premiers pas au centre de santé Nabil Choucair et en aucun moment vous n'avez failli à votre mission d'enseignant. Vous avez suivi ce travail du début à la fin et n'avez ménagé aucun effort pour sa réalisation. Votre amour pour le travail bien fait, votre modestie et votre humilité nous ont beaucoup marqué.

Veuillez recevoir, cher Maître, ami et frère notre profonde gratitude. Puisse Allah vous donner une longue vie et une carrière comblée.

LISTE DES ABREVIATIONS

VIH	: virus de l'immunodéficience humaine
TME	: transmission mère-enfant du VIH
OMS	: organisation mondiale de la santé
UNICEF	: fond des nations unies pour l'enfance
ONUSIDA	: programme des nations unies pour le sida
ADN	: acide désoxyribonucléique
ARN	: acide ribonucléique
GP	: glycoprotéine
PTME	: prévention de la transmission mère-enfant du VIH
ARV	: antirétroviraux
SIDA	: syndrome d'immunodéficience humaine
VHC	: virus de l'hépatite C
VHB	: virus de l'hépatite B
PCR	: polymérase chaîne réaction
CPN	: consultation prénatale

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Structure du VIH.....	7
Figure 2: Cycle du VIH.....	8
Figure 3: Transmission mère-enfant du VIH.....	9
Figure 4: Protocole ARV chez la femme enceinte.....	13
Figure 5: Prise en charge nouveau-né de mère séropositive.....	18
Figure 6: Carte du département de Ziguinchor.....	21
Figure 7: Répartition des patientes selon la parité.....	27
Figure 8: Répartition des patientes selon l'acceptation du test de dépistage VIH.....	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition du personnel du centre de santé de Ziguinchor en fonction de la catégorie professionnelle.....	24
Tableau II: Répartition des patientes selon l'âge.....	26
Tableau III : Répartition des patientes selon la gestité.....	26
Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	28
Tableau V: Répartition des patientes selon le motif de refus au dépistage VIH.....	29
Tableau VI: Taux d'acceptabilité au dépistage VIH chez des femmes enceintes africaines en 2002 selon l'UNICEF.....	32

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. GENERALITES

1. Définition
2. Modalités de transmission mère-enfant du VIH
 - 2.1. Au cours de la grossesse
 - 2.2. Au cours du travail et de l'accouchement
 - 2.3. Au cours de l'allaitement
 - 2.3.1. Chez la mère
 - 2.3.2. Chez l'enfant

II. ACTIVITES DE LA PTME

1. Conseil et le dépistage
2. Traitement et la prophylaxie antirétrovirale chez la mère
3. Accouchement à moindre risque
 - 3.1. Choix du mode d'accouchement.
 - 3.2. Manœuvres
 - 3.3. Accouchement prématuré
 - 3.4. Déclenchement
 - 3.5. Amniocentèse
4. Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive
 - 4.1. Allaitement
 - 4.2. Prophylaxie ARV
 - 4.3. Diagnostic de non-infection ou au contraire d'infection du nourrisson

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général
2. Objectifs spécifiques

III. CADRE D'ETUDE

1. Présentation du département de Ziguinchor

1.1. Situation géographique

1.2. Caractéristiques sociodémographiques et religieuses

1.3. Situation administrative et sanitaire

1.3.1. Situation administrative

1.3.2. Situation sanitaire

1.3.3. Données économiques

2. Présentation du district sanitaire de Ziguinchor

2.1. Personnel socio-sanitaire et communautaire

2.2. Ressources financières

III. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

2. Population d'étude

3. Critères d'inclusion

4. Critères d'exclusion

5. Collecte de données

6. Saisie et analyse de données

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques

2. Disponibilité PTME

2.1. Proposition

2.2. Réalisation

3. Attitudes et pratiques des femmes

3.1. Acceptabilité

4. Résultats du test

5. Raisons du refus au dépistage

V. DISCUSSION

1. Caractéristiques socio-démographiques

2. Disponibilité PTME

2.1. Proposition

2.2. Réalisation

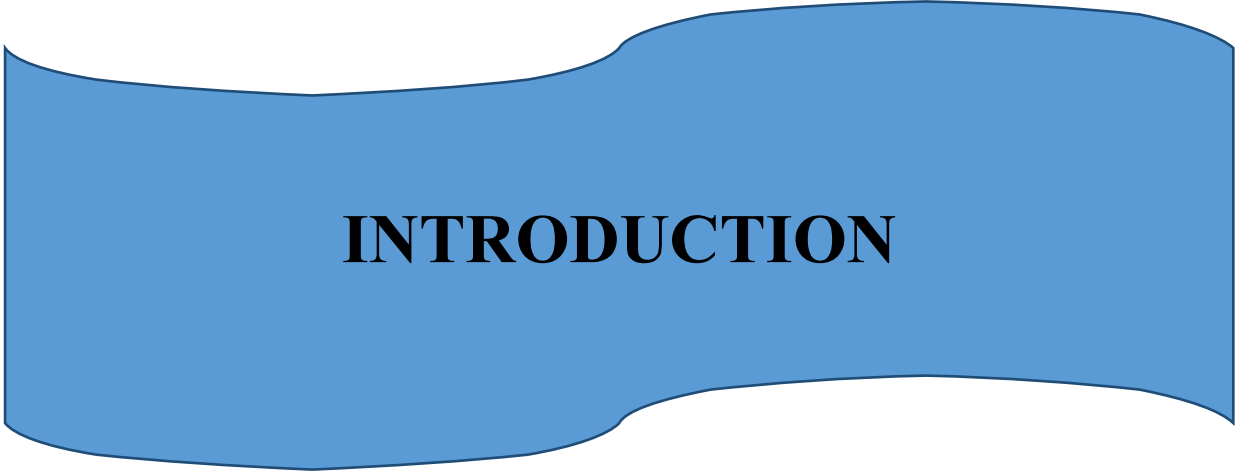
3. Attitudes et pratiques des femmes

3.1. Acceptabilité

4. Résultats du test

5. Raisons du refus au dépistage

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



INTRODUCTION

La transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) de la mère à l'enfant (TME), appelée également transmission verticale, est le mode de transmission le plus fréquent des nouveaux cas d'infection chez les enfants avant l'âge de 15 ans [1]. En l'absence d'intervention, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant atteint les 30% à 40% [2].

Plusieurs études réalisées au cours des dernières années ont démontré clairement que la transmission mère-enfant peut être diminuée par l'application de protocoles standardisés préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On estime que depuis 2001, il y a eu une réduction de 24% du nombre de nouvelles transmissions chez les nourrissons, grâce aux programmes qui s'harmonisent autour de trois axes majeurs que sont:

- traiter la mère infectée ou lui offrir le traitement prophylactique antirétroviral ;
- s'assurer que les procédures soient fiables pour un accouchement à moindre risque ;
- conseiller et soutenir la mère pour une alimentation à moindre risque associée à la prophylaxie antirétrovirale chez le bébé [3].

Le respect de ces étapes est un levier important pour éviter la transmission des nouveaux cas d'infection chez le nouveau-né.

Selon le fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) en fin 2016, 1,4 millions de femmes enceintes vivent avec le VIH et 160.000 nouvelles infections avec 120.000 décès chez les enfants de 0 à 14 ans [4].

La répartition par région permet d'identifier avec précision les endroits sur lesquels se concentrer. Parmi les régions où des données sont disponibles, l'Afrique de l'Est et Australe, où l'on trouve 50 % des nouveaux cas d'infection au VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) affiche le taux le plus élevé de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral efficace pour la PTME, soit 88 %. En revanche, en Afrique de l'Ouest et centrale, le taux de

couverture n'atteint que 49 %, ce qui représente 38 % des nouveaux cas d'infections chez les enfants et 25 % pour l'ensemble des enfants porteurs du VIH [2,4].

Au Sénégal, le taux de séroprévalence est de 0,8% chez les femmes de 15-49 ans, est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges qui est de 0,5%. En effet, on note dans le pays une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005 à 1,6 en 2010.

Le taux de transmission VIH de la mère à l'enfant reste stable : 3,1% par rapport à la dernière enquête de 2015, bien qu'on note une diminution sur la moyenne par rapport à 2014 qui était de 4,5% [5]. Selon le Conseil National de Lutte contre le SIDA, en 2017 on estime à 4297 enfants de 0 à 14ans infectés et 1673 femmes ayant besoin de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)[1].

La généralisation de la (PTME) est l'une des plus grandes réalisations de ces derniers temps dans le domaine de la santé publique.

En 2016, le monde s'est à nouveau fixé des objectifs ambitieux en faveur des femmes, des enfants et des adolescents vivant avec le VIH ou risquant d'être contaminés. C'est alors qu'a émergé « l'initiative Accélérer la riposte » avec comme objectifs:

- éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant en réduisant le nombre d'enfants nouvellement infectés à moins de 40 000 par an d'ici à 2018, et à moins de 20 000 par an d'ici à 2020 ;
- Limiter le nombre de nouveaux cas d'infection chez les adolescentes et les jeunes femmes à moins de 100 000 par an d'ici à 2020 ;
- Dispenser un traitement contre le VIH à 1,4 million d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) et 1 million d'adolescents (âgés 15 à 19 ans) d'ici à 2020 [1].

Bien qu'on ait assisté à des progrès dans la prévention des infections au VIH chez les enfants, une analyse des données du programme de l'organisation des

Nations unies destiné à coordonner l'action des différentes agences des Nations unies pour lutter contre la pandémie du VIH/Sida (ONUSIDA) réalisée par l'UNICEF révèle que, si nous ne redoublons pas d'efforts, les objectifs fixés par «l'initiative Accélérer la riposte» pour 2020 ne seront pas atteints [1].

C'est dans cette dynamique qu'au Sénégal, le dépistage de la femme enceinte reste une priorité pour éradiquer la transmission mère-enfant du VIH [5].

L'objectif de notre étude sera de déterminer les facteurs liés au refus du dépistage.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH
(TME)

I. GENERALITES

1. Physiopathologie virale [1, 2, 7, 8]

Les virus sont des entités dont le génome est un élément d'acide nucléique, acide désoxyribonucléique (ADN) ou acide ribonucléique (ARN), qui se produisent à l'intérieur de cellules vivantes et qui utilisent le mécanisme synthétique de ces cellules pour diriger la synthèse de particules spécialisées (les virions) qui contiennent le génome viral et le transfèrent à d'autres cellules.

Le VIH est un lentivirus de la famille des rétrovirus. Les rétrovirus sont des virus à ARN dont la caractéristique principale est de porter une enzyme spécifique qui est la transcriptase inverse.

Il existe 2 types de VIH, le VIH-1 et le VIH-2, distincts par leur répartition géographique :

- le VIH-1, de loin le plus répandu, le plus virulent, est présent dans le monde entier ;
- le VIH-2, plus rare, est essentiellement localisé en Afrique de l'Ouest.

Le VIH est caractérisé par une diversité génétique importante, liée essentiellement à la survenue « d'erreurs » lors de la réplication virale.

1.1. Structure et réplication du VIH

Le VIH comporte :

- une enveloppe externe constituée d'une double couche de lipides, dans laquelle sont fixées deux glycoprotéines : la glycoprotéine 120 (gp120) et la glycoprotéine 41 (gp41) ;
- une matrice protéique tapissant l'intérieur de l'enveloppe, associée à la protéase, une des 3 enzymes virales ;
- une capside protéique renfermant les 2 autres enzymes virales, la transcriptase inverse et l'intégrase,
- deux brins d'ARN constituant le génome viral.

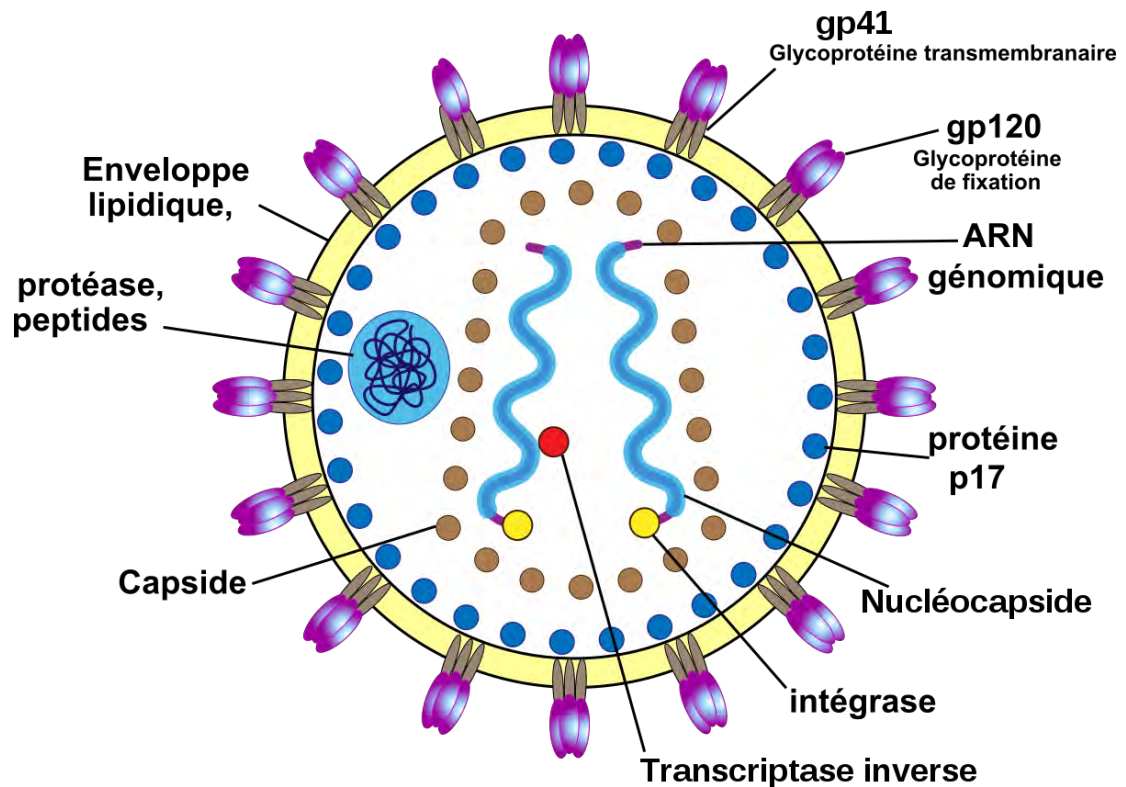


Figure1 : Structure du VIH [9]

1.2. Réplication du VIH

Les lymphocytes CD4 du système immunitaire sont les principales cellules cibles du VIH.

Le VIH est incapable d'assurer par lui-même sa réplication, c'est-à-dire la reproduction de son patrimoine génétique nécessaire à la production de nouveaux virus. Pour se répliquer, il doit pénétrer dans certaines cellules cibles de l'organisme qu'il a infecté, afin de pouvoir utiliser l'ADN présent à l'intérieur de leur noyau.

Les cellules cibles du VIH sont celles qui portent à leur surface des récepteurs appelés récepteurs CD4, à savoir essentiellement les lymphocytes CD4 du système immunitaire. Lors de sa réplication, le VIH s'attaque donc en priorité aux lymphocytes CD4.

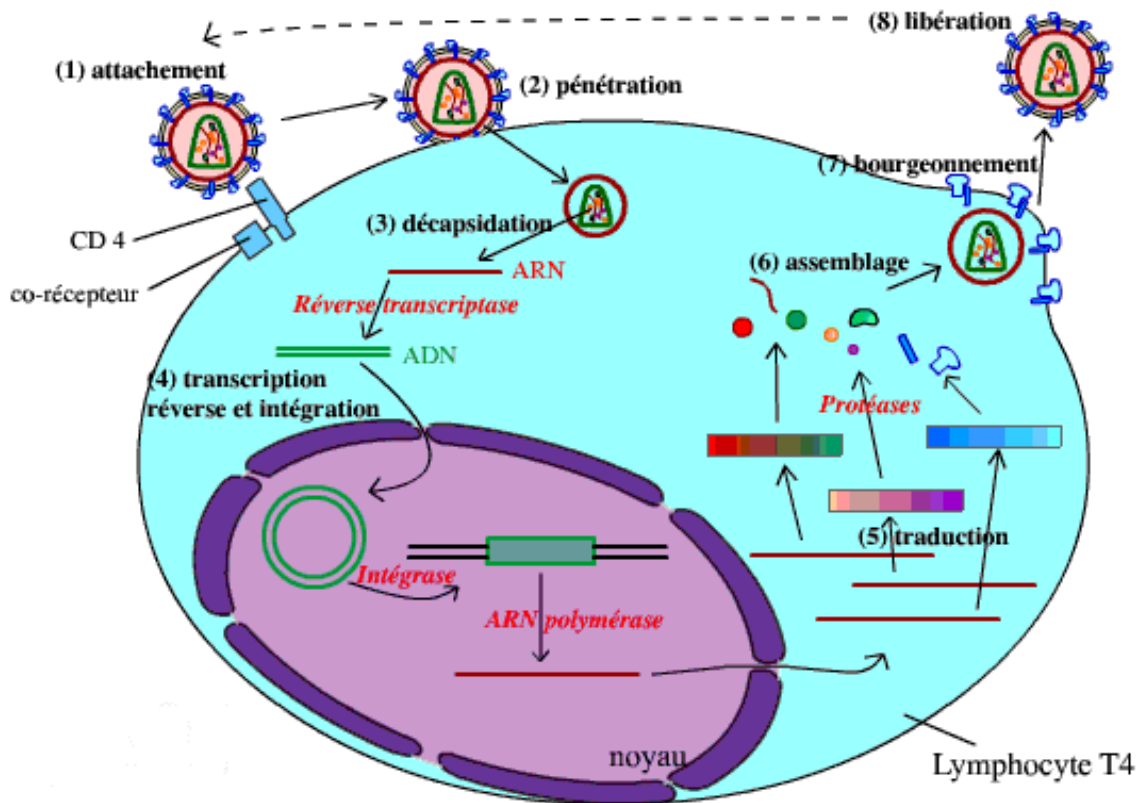


Figure 2 : Cycle du VIH [9]

1.3. Modes de transmission [10]

On distingue trois voies de transmission du virus :

- Voie sexuelle, la plus répandue.
- Voie sanguine.
- Voie verticale ou transmission mère enfant.

2. Elimination de la transmission Mère-Enfant [4,8]

On entend par programme d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'ensemble des programmes et interventions mis en place par les différentes entités pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans l'ensemble, l'ETME est un protocole de prise en charge familiale de l'infection à VIH. Elle cible la mère, l'enfant, le partenaire et la famille. Cette prise en charge est basée sur une approche globale et multidisciplinaire.

2.1 Modalités de la transmission mère-enfant du VIH [2,8].

Cette transmission du VIH de la mère à son enfant se fait:

- pendant la grossesse,
- au moment du travail,
- au moment de l'accouchement,
- par le lait maternel.

Le risque global de transmission est égal à 35%. Ce risque peut se décomposer comme suit :

- ✓ au cours de la grossesse, du travail ou de l'accouchement est estimé à 20% environ,
- ✓ en postnatal (après l'accouchement), par l'allaitement, est d'environ 15%.

• Grossesse -----
(5-10%)



• Accouchement -----
(10-15%)



• Allaitement -----
(5-20%)



Figure 3 : Transmission mère-enfant du VIH [8]

➤ Au cours de la grossesse [2]

La transmission mère-enfant a lieu surtout au cours du dernier trimestre de la grossesse, essentiellement durant les dernières semaines.

La transmission au deuxième trimestre est possible mais concerne des circonstances exceptionnelles notamment l'accouchement prématuré.

Cette transmission se fait :

- ✓ par voie ascendante à travers les muqueuses du fœtus,
- ✓ par voie transplacentaire lors du passage de cellules infectées ou de particules virales à travers la barrière placentaire.

➤ **Au cours du travail et de l'accouchement**

La transmission mère –enfant a lieu pendant la période péri partum dans 2/3 des cas. Cette transmission est surtout due :

- ✓ au passage du VIH du sang maternel infecté dans la circulation fœtale lors de la contraction utérine pendant le travail,
- ✓ au contact intra partum du fœtus avec le sang et les sécrétions maternelles (présence de VIH dans les sécrétions cervicales et vaginales), le risque de transmission est d'autant plus important que le délai entre la rupture de la poche des eaux et le dégagement du fœtus est long,
- ✓ à une réaction inflammatoire au niveau du col induite par les contractions utérines: les leucocytes chargés de VIH qui y sont accumulés représentent un risque de transmission,
- ✓ au passage dans le liquide amniotique de cellules chargées de virus qui peuvent infecter le fœtus par la déglutition lors de la rupture de la poche des eaux.

➤ **Au cours de l'allaitement**

Le risque de transmission est augmenté dans les cas suivants:

✓ **Chez la mère**

Un déficit immunitaire important et une charge virale plasmatique élevée, entraînant une charge virale élevée dans le lait. Ces situations sont observées

en cas de: primo - infection, absence de prise d'ARV pendant la durée de l'allaitement, mastites, abcès du sein, saignement du mamelon, crevasses du mamelon, états inflammatoires des seins et un mauvais état nutritionnel de la mère.

✓ **Chez l'enfant**

- prématurité,
- présence de lésions buccales ou intestinales.

2.2 Activités de l'ETME [1, 4, 8].

L'ETME est basée sur des interventions, dont le succès dépend de la réussite de chaque étape. Ces interventions sont :

- Le conseil et le dépistage en matière de VIH;
- Le traitement et la prophylaxie antirétrovirale;
- Des pratiques d'accouchement à moindre risque;
- Des pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque;
- L'orientation des mères et nourrissons séropositifs vers des services de traitement, de soins et de soutien.

➤ **Conseil et dépistage**

Le suivi prénatal de la femme enceinte lui permet de bénéficier de soins adaptés. La consultation prénatale est aussi la porte d'entrée des programmes de l'ETME, durant les visites prénatales, la femme enceinte est sensibilisée aux modes et aux moyens de prévention de la transmission du VIH. Cette sensibilisation se fait en groupe, ensuite, il y a le conseil individuel de la femme enceinte sur le dépistage du VIH. Ce conseil se fait en deux étapes, tout d'abord, le pré-test propose le dépistage du test de VIH à la femme. Le post-test annonce les résultats du dépistage. Ces deux étapes doivent être faites par le même prestataire si possible.

Dès la première visite, la femme doit être conseillée en faveur du dépistage, en cas de refus, il faudra renouveler la proposition durant les prochaines visites.

Les résultats doivent être remis dans un court délai.

Pour s'assurer de la confidentialité du test, le même prestataire devrait faire les entretiens pré et post-test, les femmes sont reçues dans une pièce fermée et individuellement. Il est important de mettre en place un système de confidentialité des tests de prélèvement et des résultats.

➤ **Traitement et prophylaxie antirétrovirale chez la mère**

L'utilisation du régime des anti rétroviraux (ARV) à évolué de la monothérapie à la trithérapie. Cette thérapie chez les femmes enceintes permet de réduire la morbidité et la mortalité des patientes. Son rôle est par ailleurs démontré dans la réduction de transmission mère-enfant du VIH.

Le traitement est démarré dès le diagnostique posé et répond aux protocoles en vigueur au Sénégal (voire figure ci-dessous)

POSTE DE SANTE

Poste de Santé

CPN1 :

- Examen clinique complet (stade OMS à la recherche des IO)
- Bilan obligatoire de la grossesse
- Groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières si Rhésus négatif (test de Coombs indirect)
- Numération Formule Sanguine
- Test d'Emmel
- Sérologie syphilitique (RPR/TPHA)
- la sérologie HIV (counseling dépistage à l'initiative du prestataire)
- Recherche d'albumine avec les bandelettes. A partir de deux croix, demander une albuminurie des 24 heures
- Rechercher une Maladie Rénale Chronique par les bandelettes urinaires multifonction et le dosage de la créatinémie
- Echographie de datation
- M1 :
- Bilan pré-thérapeutique
- Biologie : clairance de la créatinémie, ALAT/ASAT, taux de CD4+ si possible, cholestérol, triglycérides, Ag HBS
- Education thérapeutique

CPN2 :

- Idem CPN1
- Evaluation clinique à J15 et M3
- le TPI sous TDO : 16e SA ou dès perception des MAF

CPN3 :

- Idem CPN1
- TPI : 2ème dose 26e semaine d'aménorrhée et toujours en TDO avec utilisation de MILDAR
- A M6 : faire une évaluation clinique et biologique (IFS, Créatinémie, ALAT/ASAT, CD4, CV)

CPN4 :

- Examen Clinique et obstétrical
- Pelvimétrie clinique : recherche du promontoire, mesure du diamètre de Trillat et du diamètre bi ischiatique
- Administration de la 3ème dose de TPI sous TDO, un mois après la deuxième dose
- Faire une évaluation clinique à M 9

A partir de M12

Idem que prise en charge

FEMME DEPISTEE PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL OU LE POST -PARTUM

Bilan initial puis Démarrer le traitement ARV à vie quelque soit le stade clinique ou le taux de CD4

Femme enceinte VIH 1

Hb $\geq$ à 8g/dl et Clairance Créatinémie $\geq$ 50ml /mn

1er choix :

** (TDF+FTC /3TC+ EFV) / 1 cp par j

Alternatives :

** (AZT + 3TC) 2cp/j + EFV / 1 cp le soir

** (AZT + 3TC) 2 cp/j+ NVP 1cp /j pendant 14 jours puis 1cpx2 /jour

* (TDF + 3TC) + NVP

Femme enceinte VIH 1 + 2 ou VIH 2

Hb sup à 8g/dl et Clairance creat. $\geq$ 50ml /mn

(TDF + FTC /3TC) 1 cp/j + LPV/r 2cp X2/j

Hb inf à 8g/dl et Clairance creat. $\geq$ 50ml /mn

(TDF + FTC /3TC) 1cp/j + LPV/r 2 cpX2/j

SITUATIONS PARTICULIERES

SITUATIONS CLINIQUES

CONDUITE À TENIR POUR L'ENFANT NE DE MERE SÉROPOSITIVE

1. Enfant sous alimentation artificielle :

- Prophylaxie ARV (idem que enfant sous AME)

2. Femme enceinte séropositive au HIV1 avec tuberculose évolutive

- Mère sous 1ère ligne : TDF+ 3TC /FTC + EFV
- Mère sous 2ème ligne : (TDF +3TC /FTC) + AZV à (double dose)
- Enfant au sein ou sous alimentation de substitution : donner au mné (AZT + 3TC + NVP) pnt 6 semaines + INH 10 mg/Kg/ jour pendant 6 mois.

3. Femme enceinte séropositive au HIV2 et HIV1+2 avec tuberculose évolutive

- Mère sous 1ère ligne : AZT+ 3TC (FTC) + TDF
- Mère sous 2ème ligne : réajuster
- Enfant au sein ou sous alimentation de substitution : AZT + 3TC + LPV/r sirop pnt 6 semaines + INH 10 mg/Kg/ j pendant 6 mois.
- Commencer le traitement ARV dans les 15 jours après le début des antituberculeux. La Rifampicine diminue la concentration de tout ARV mis excepté les IP et de la NVP. Si on associe IP et Rifampicine, il faut doubler la dose de TPI ou la dose de dolutévir.

4. Femme reçue après l'accouchement

AVANT 72 HEURES

- Femme à mettre sous trithérapie à vie
- Enfant à mettre sous trithérapie ARV pendant 6 semaines (cf PEC enfant né de mère séropositive)

APRÈS 72 HEURES

- Accuse prophylaxie antirétrovirale n'est recommandée chez l'enfant
- Faire une PCR chez l'enfant à partir de 6 semaines
- Intier le TAR chez la mère si elle veut allaiter
- Intier le TAR si la mère est éligible en cas d'alimentation artificielle.

5. Enfant séropositive chez une femme séropositive sous TAR

- Mettre l'enfant sous AZT + 3TC + LPV/r pendant 6 semaines quelque soit le profil sérologique

6. Arrêt TAR pour toxicité chez la mère :

Continuer le protocole en vigueur pour l'enfant.

7. Arrêt TAR pour abandon ou existence observance insuffisante (suspicion d'abus) :

Réintier pour discuter de l'arrêt du TAR.

ONUSIDA, USAID, fhi, Fonds mondial, Organisation mondiale de la Santé, unicef

➤ Accouchement à moindre risque [1,8].

Les procédures recommandées durant le travail sont:

- la non stigmatisation des femmes séropositives en travail au moment de leur accueil dans les institutions sanitaires ;
- le conseil dépistage volontaire (CDV) en salle de travail surtout lorsque le statut de la parturiente n'est pas connu ;
- éviter le rasage de la région pubienne et la rupture artificielle des membranes pour réduire les risques de TME du VIH/SIDA ;
- procéder à la désinfection avant tout toucher vaginal et au suivi du déroulement du travail à l'aide d'un partogramme ;
- éviter l'épreuve du travail soldée par une césarienne mais lui préférer en cas de bassin limité une césarienne élective.

➤ **Choix du mode d'accouchement [2]**

Le rôle protecteur de la césarienne programmée a été établi avant l'ère des multithérapies. En revanche, le risque de transmission chez des femmes ayant une charge virale contrôlée n'est pas lié au mode d'accouchement. Il est impossible de définir un seuil de charge virale au-dessus duquel la césarienne programmée peut être bénéfique, ce qui explique la divergence entre les diverses recommandations: < 50 copies/ml dans les recommandations britanniques, < 400 copies/ml dans les recommandations françaises de 2013 et < 1 000 copies/ml dans les recommandations américaines.

- En cas de charge virale >400 copies/ml, une césarienne est recommandée à 38-39 SA.
- En cas de charge virale < 50 copies/ml, l'accouchement par voie basse est recommandé (en l'absence de contre-indication obstétricale).
- Lorsque la charge virale plasmatique est entre 50 et 400 copies/ml à 36 SA, une discussion au cas par cas est nécessaire.

Indépendamment des causes obstétricales, aucun bénéfice de la césarienne n'est démontré une fois que le travail a débuté ou après rupture des membranes. Chez une femme dont la charge virale est mal contrôlée en début de travail ou après une rupture prématurée des membranes, la décision d'une césarienne en urgence semble justifiée seulement si l'accouchement ne paraît pas proche.

Une co-infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ou le virus de l'hépatite B (VHB) n'est pas une indication de césarienne.

✓ **Manoeuvres**

Classiquement, sont contre-indiquées la version par manœuvres externes, l'amnioscopie, ainsi que la mesure du pH ou la pose d'électrodes au scalp. La réalisation d'une version par manœuvres externes est envisageable si la

charge virale maternelle est < 50 copies/mL au long cours, en tenant compte de la localisation placentaire.

✓ **Accouchement prématuré**

Le risque de TME pourrait être augmenté en cas d'accouchement avant 33 SA. Il est possible que des facteurs physiopathologiques favorisent à la fois la prématurité et l'exposition périnatale au VIH. Les données actuelles semblent indiquer que ce risque est surtout attribuable au délai bref depuis la mise sous traitement antirétroviral

✓ **Rupture prématurée des membranes**

L'attitude dépend avant tout de l'âge gestationnel.

- A terme, l'extraction est conseillée par déclenchement si les conditions obstétricales et virologiques sont favorables, par césarienne si la charge virale n'est pas contrôlée ou si les conditions obstétricales sont défavorables.
- A partir de 34 SA, les experts recommandent le déclenchement ou la césarienne, car les conséquences pour l'enfant d'une éventuelle infection par le VIH sont supérieures à celles de la prématurité modérée.
- Avant 34 SA, plus le terme est précoce, plus il est légitime de retarder la naissance pour éviter une grande prématurité. La décision doit tenir compte du contrôle virologique et du degré de prématurité.

En effet, contrairement aux études avant l'ère de la trithérapie, les données de cohortes récentes chez les femmes traitées par ARV ne montrent pas d'augmentation du risque de transmission en fonction de la durée de rupture des membranes. La décision doit tenir compte du contrôle virologique et du degré de prématurité. En cas d'expectative, la corticothérapie de maturation et l'antibiothérapie sont systématiques ; l'extraction s'impose au moindre signe de chorioamniotite.

✓ **Déclenchement**

Les experts français recommandent que la maturation-déclenchement soit réservée aux situations où la charge virale plasmatique est < 50 copies/ml depuis plusieurs semaines.

➤ **Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive**

Les objectifs de cette prise en charge sont :

- poursuivre et si besoin d'adapter la prévention de la TME dans sa phase postnatale par l'utilisation des antirétroviraux pendant les premières semaines de vie ;
- poser le diagnostic de non-infection ou au contraire d'infection du nourrisson, le plus rapidement possible ;
- dépister à court, moyen et long terme la toxicité des antirétroviraux auxquels le nouveau-né a été exposé.

✓ **Allaitement**

Les recommandations pour le type d'allaitement varient entre les pays du nord et du sud.

En France, l'allaitement maternel reste contre-indiqué malgré l'accumulation de données en Afrique sur le faible risque de transmission de l'allaitement sécurisé par un traitement ARV chez la mère ou bien chez l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement [2].

Au Sénégal c'est l'allaitement maternel protégé qui est préconisé [8].

✓ **Prophylaxie ARV du nourrisson**

Elle est démarrée dans les premières heures suivant l'accouchement et répond aux protocoles en vigueur au Sénégal (voire figure 4).

✓ **Diagnostic de non-infection ou au contraire d'infection du nourrisson :**

Il se fait par la polymérase chaine réaction (PCR) et la sérologie selon l'algorithme ci-dessous.

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NÉ DE MÈRE SÉROPOSITIVE

Mère VIH 1 qui était sous

1er choix :

TDF + FTC/3TC + EFV

Alternatives :

*AZT + 3TC + EFV - *AZT + 3TC + NVP

*TDF + 3TC (FTC) + NVP

Mère VIH 2 ou VIH1+2 qui était sous

1er choix :

TDF + 3TC (FTC) + LPV/r

Alternative :

*AZT + 3TC + LPV/r

Alimentation Maternelle Protégée

Donner au nné AZT + 3TC + NVP
sirop pdt 6 semaines

Donner au nné AZT + 3TC + LPV/r
sirop pdt 6 semaines

Profil	Poids	Posologie	
		matin	Soir
VIH 1	Inférieur à 6 Kg	1Cp (AZT+3TC+NVP)	1Cp (AZT+3TC)
	6 à 9,9 Kg	1Cp et demi (AZT+3TC+NVP)	1Cp et demi (AZT+3TC+NVP)
VIH2	Inférieur à 6 Kg	1Cp (AZT+3TC) + LPV/r 1 à 1,5ml	1Cp (AZT+3TC) + LPV/r 1 à 1,5ml
	6 à 9,9 Kg	1Cp et demi (AZT+3TC) + 1,5ml LPV/r	1Cp et demi (AZT+3TC) + 1,5ml LPV/r

N.B. : • Pour le VIH 1, commencer par une demi dose durant les 14 premiers jours, puis donner 1Cp (AZT+3TC+NVP) matin et soir. Il est important que l'enfant soit surveillé au risque de survenue de réaction (éruption cutanée, fièvre...) dans ce cas consulter un médecin le plus rapidement possible.

• L'Azt est pourvoyeuse d'anémie et le dosage de l'hémoglobine se fera J0, J7, J10 puis tous les mois.

Algorithme du diagnostic enfant de moins de 14 mois

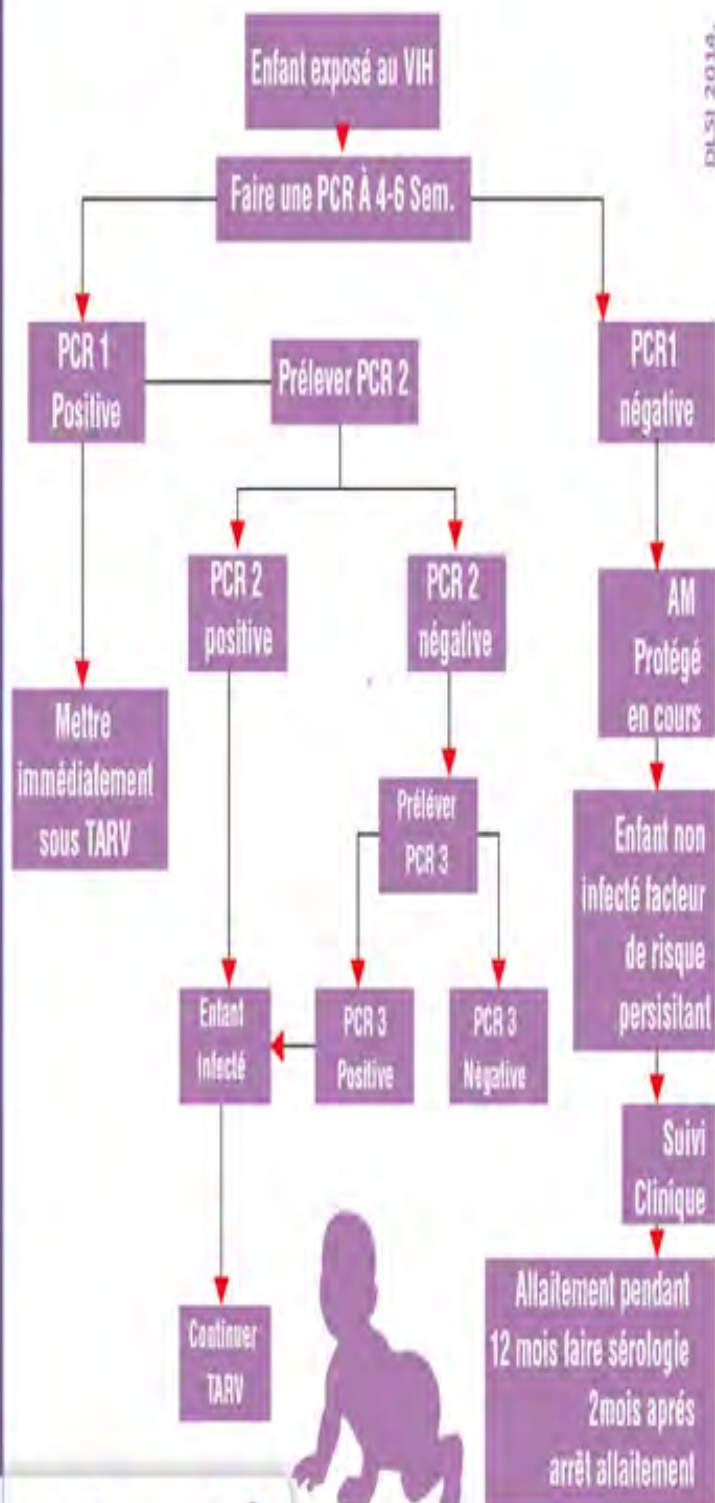
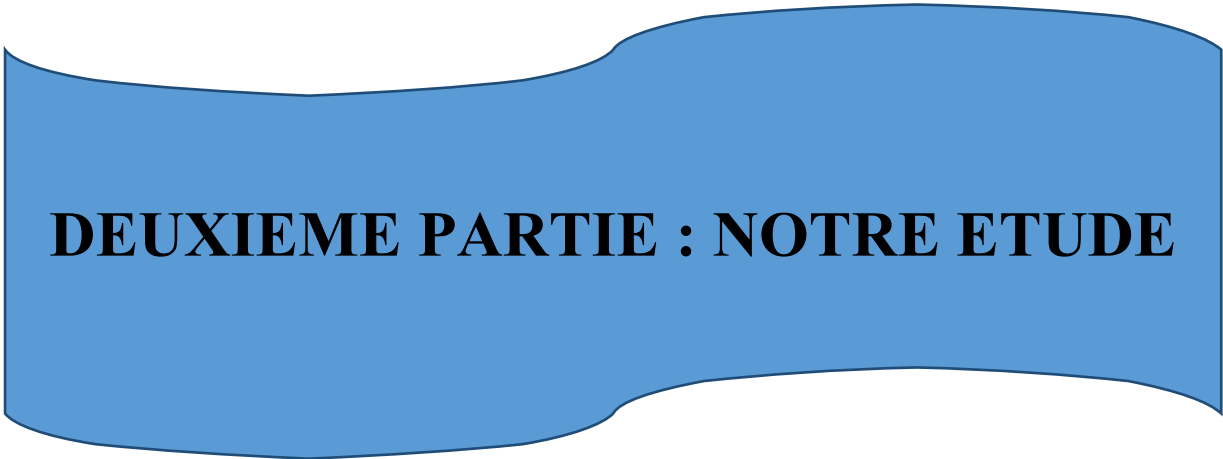


Figure 5: prise du nouveau-né de mère séropositive



DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général

L'objectif général était de Contribuer à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient :

- déterminer le niveau d'acceptabilité et d'accessibilité au dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes de la zone de santé du district sanitaire de Ziguinchor.
- évaluer l'attitude des femmes enceintes dans cette zone de santé vis-à-vis du test de dépistage VIH/SIDA du programme de la PTME.
- identifier les éventuels obstacles socioculturels au dépistage du VIH chez les femmes enceintes.
- proposer des orientations pour les stratégies du programme de la prévention de VIH de la mère à l'enfant(PTME) dans cette zone de santé.

III. CADRE D'ETUDE

1. Présentation du département de Ziguinchor

1.1. Situation géographique [11]

Le département de Ziguinchor a une superficie de 1153 km². Il est limité au nord par le département de Bignona, à l'est par le département de Sédhiou, à l'ouest par le département d'Oussouye et au sud par la République de Guinée Bissau.



Figure 6: Carte du département de Ziguinchor [12]

Le relief est plat tandis que les sols, selon les zones phytomorphes, sont latéritiques et ferrugineux.

Le climat est continental et subit parfois l'influence maritime. Les différents vents qui soufflent sont la mousson, du sud vers le nord, les alizés maritimes du nord est au sud-ouest. La végétation est de type sud guinéen (palmiers à huile, fromagers, caïlcédrats, baobabs, graminées et légumineuses diverses).

1.2. Caractéristiques sociodémographiques et religieuses [11,12]

La population du département de Ziguinchor est estimée à 289904 habitants.

La densité de population est de 165 habitants au Km². Toujours selon la même source les femmes en âge de reproduction sont estimées à 70157.

Sur le plan ethnique, les Diolas sont majoritaires représentant près de (57,8%), suivent respectivement les mandingues (11,10%), le groupe Pulaars (10,5%), les Ouolofs (3,9%), les Manjacks (3,5%), les Ballantes (2,9%), les Sérères (2,70%) et les Mancagnes (2,4%). Ce brassage ethnique fait de la région de Ziguinchor l'une des plus cosmopolites du Sénégal.

Les religions dominantes sont : l'Islam (78%) et le Christianisme (18%).

1.3. Situation administrative et sanitaire

➤ Situation administrative

Sur le plan de l'administration territoriale, le département de Ziguinchor est divisé en 6 communes: (Niaguis, Nyassia, Adéane, Boutoupa, Enampore, Ziguinchor).

➤ Situation sanitaire

Le district Sanitaire de Ziguinchor épouse la totalité du département, est composé de:

- 03 hôpitaux;
- 01 centre de santé;
- 01 centre ou village psychiatrique;
- 05 cabinets médicaux privés;
- 01 brigade d'hygiène;
- 01 Centre d'Infection Sexuellement Transmissible (IST);
- 01 CDVA (centre de dépistage volontaire et anonyme);
- 33 postes de santé;
- 10 cases de santé;

- 01 Pharmacie régionale d'Approvisionnement (PRA);
- 01 Bureau régional de l'Education et de l'Information pour la Santé (BEIPS).

1.4. Données économiques

Les principaux domaines d'activités du département de Ziguinchor sont : l'agriculture, l'élevage, la pêche, le tourisme, l'artisanat, l'industrie et le commerce.

2. Présentation du district sanitaire de Ziguinchor

Le district sanitaire de Ziguinchor est composé d'un centre de santé de référence et de 33 postes.

2.1 Centre de santé de Ziguinchor

Il comporte : un service de médecine interne, un service de pédiatrie, un laboratoire, une maternité, une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, un dépôt de pharmacie, un service de tri et un cabinet dentaire.

2.1.1 Personnel socio-sanitaire et communautaire

Divers profils de personnes travaillent au centre de santé de Ziguinchor: des agents fonctionnaires de l'Etat, des agents contractuels du Ministère de la Santé, des agents de santé communautaire recrutés par le comité de santé.

La répartition par catégorie socioprofessionnelle est la suivante: voir tableau1

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif
Médecins	03
Chirurgien-dentiste	01
Sages-femmes d'état	17
Infirmiers d'Etat	09
Travailleurs sociaux	02
Assistants Infirmiers	10
Techniciens de labo	02
Aides-soignants	11
Matrones	09
Personnel de soutien	29
Total	93

Tableau I: Répartition du personnel du centre de santé de Ziguinchor en fonction de la catégorie professionnelle

2.1.2 Ressources financières

Les ressources financières du centre de santé proviennent exclusivement des :

- recettes tickets de prestation,
- fonds délégués alloués par l'état,
- fonds délégués alloués par la collectivité locale,
- dons des programmes de santé et associations.

IV. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective du comportement des femmes enceintes vis-à-vis du dépistage du VIH dans le cadre de la Prévention de la transmission Mère-Enfant.

La période d'étude était du 1^{ier} janvier au 31 décembre 2017.

2. Population d'étude

Elle a concerné les parturientes reçues en consultation prénatale sur l'étendu du district sanitaire de Ziguinchor.

3. Critères d'inclusion

C'est d'être parturientes et vue en CPN

4. Critères d'exclusion

L'étude a exclu les femmes séropositives déjà suivies et reçues en CPN.

5. Collecte de données

Les données utilisées ont été recueillies à partir des outils de collectes nationaux que sont : les registres de CPN, de PTME, les cahiers de proposition de test de dépistage VIH et les rapports en santé de la reproduction.

6. Saisie et analyse de données

La saisie et l'analyse des données ont été faites par épi info.

V. RESULTATS

1. Effectif

L'effectif de notre étude était de 7279.

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1 Age

Age	Effectif	Pourcentage
Inferieur à 15 ans	31	0,5%
15 ans à 24 ans	3081	42,3%
25 ans à 49 ans	4167	57,2%
Total	7279	100%

Tableau II: Répartition des patientes selon l'âge

L'âge moyen était de 27,6 avec des extrêmes de 14 et 44 ans.

L'essentiel des patientes était d'âge compris entre 25 et 49 ans (57,2%).

2.2 Gestité

Géstité	Effectif	Pourcentage
1 grossesse	1332	18,3%
2 grossesses	1751	24%
3 grossesses	2832	38,9%
≥ 4 grossesses	1364	18,8%
Total	7279	100%

Tableau III : Répartition des patientes selon la gestité

La gestité moyenne était de 3 avec de extrêmes de 1 à 9.

Les patientes ayant eu 3 grossesses représentaient 38,9%.

2.3 Parité

La parité moyenne était de 2,6 avec des extrêmes de 0 et 7.

Les Paucipares représentaient 49,4%.

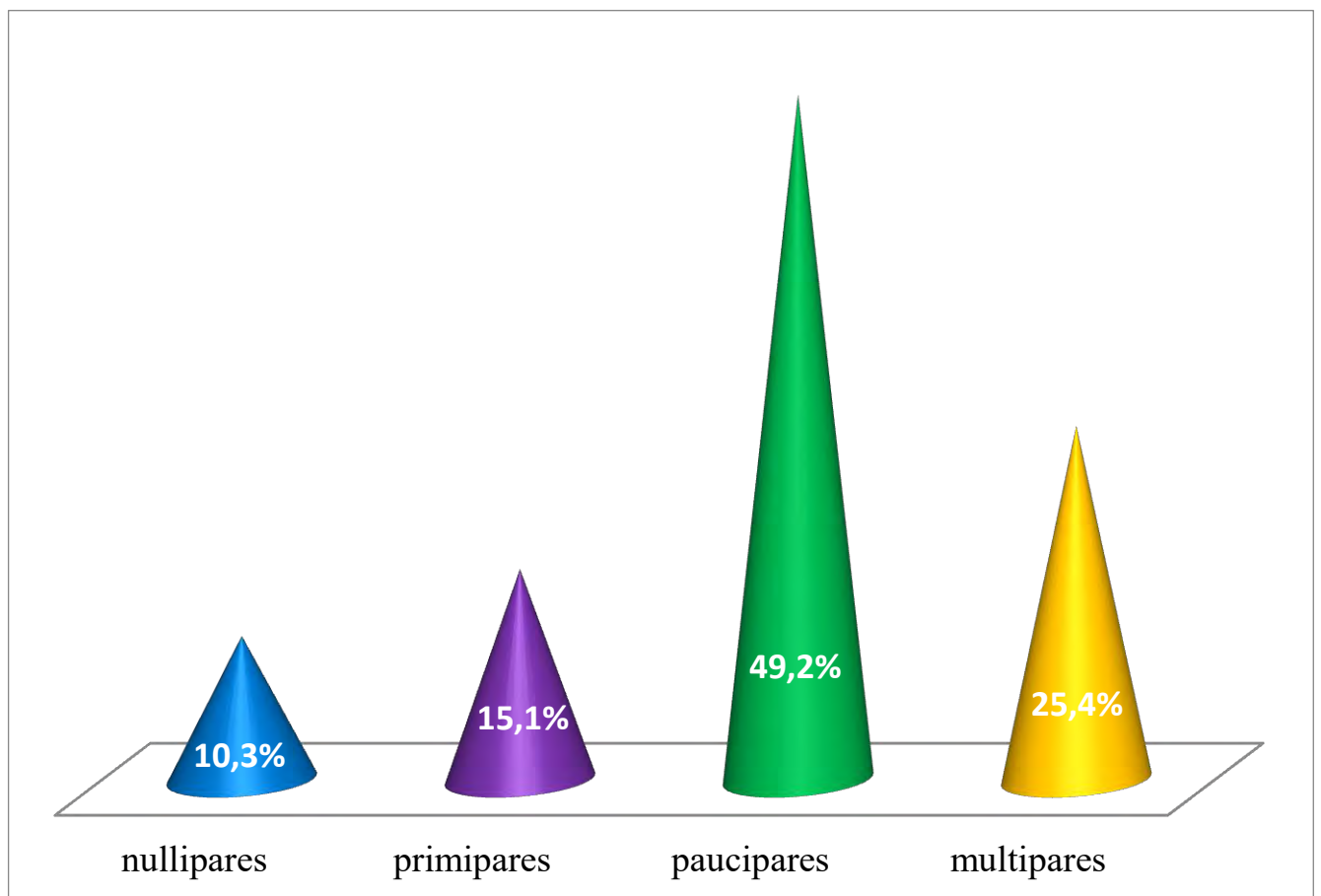


Figure 7: Répartition des patientes selon la parité

2.4 Statut matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
célibataires	1350	18%
veuves	50	0,7%
mariées	5879	81,3%
Total	7279	100%

Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Il y'avait une prédominance des mariées à un taux de 81,3%.

3. Disponibilité de l'ETME

2.1 Proposition

7138 femmes avaient bénéficiés la proposition au test de dépistage VIH en CPN (98,1%).

4. Attitudes et pratiques des femmes enceintes

4.1 Acceptabilité

6734 femmes avaient consenti au dépistage VIH (94,4%).

4.2. Refus

404 patientes n'avaient pas consenti au dépistage (5,6%).

4.3 Réalisation

5962 femmes avaient réalisé le dépistage après consentement (88,1%).

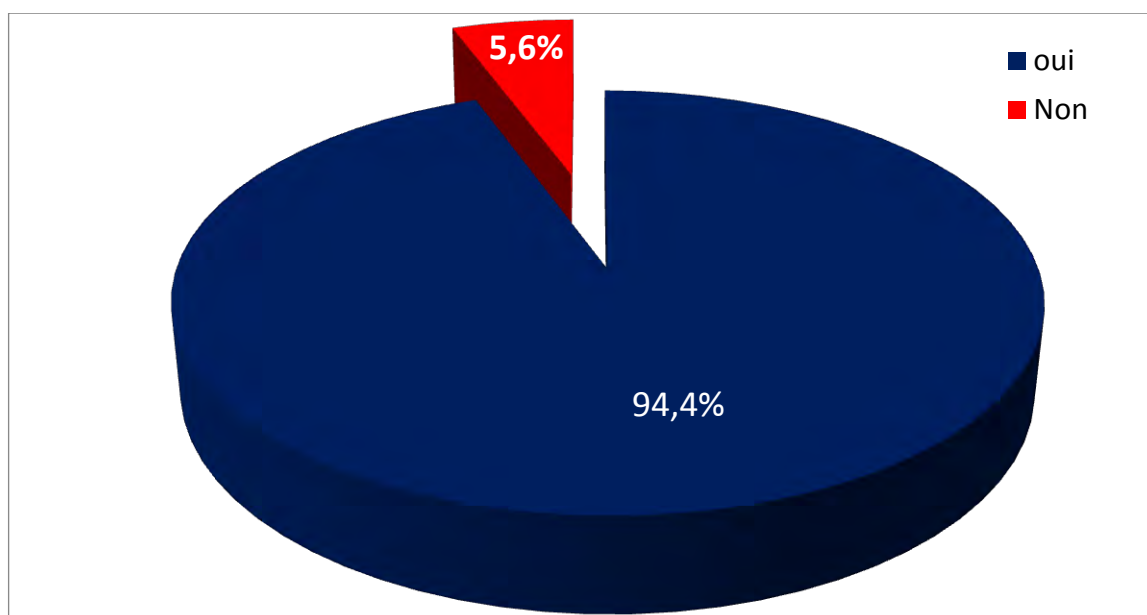


Figure 8:répartition des patientes selon l'acceptation au test de dépistage VIH

4. Motifs du refus au test de dépistage du VIH

Raisons du refus	Effectif	Pourcentage
chercher le consentement du conjoint	235	58,3%
Préfère le faire à la prochaine CPN	72	17,8%
Dit avoir déjà fait le test	35	8,6%
Refus sans motif	62	15,3%
Total	404	100%

Tableau V : répartition des patientes selon le motif de refus au dépistage VIH

Les raisons du refus au dépistage VIH avancées par les femmes enceintes au cours des CPN étaient la recherche du consentement du conjoint dans plus de la moitié des cas (58,3%).

5. Résultat du test de dépistage VIH

La prévalence du VIH dans notre population d'étude était de 1%.

VI. DISCUSSION

1. Effectif

Le nombre de femmes enceintes concernant l'étude était de 7279. L'échantillonnage obtenu représentait 81% des grossesses attendues. Ce résultat est superposable à celui de Baumann qui était de 80% [13].il témoigne par ailleurs d'une bonne couverture en CPN qui représente un facteur réussite de la PTME.

2. caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen était de 26,7 ans avec des extrêmes de 14 à 44 ans.

Les patientes qui avaient un âge compris entre 25 et 49 ans étaient de 57,2%.

Ce profil correspond à celui de la période de fécondité maximale au Sénégal qui se situe entre 20 et 29 ans [11]. Dans une étude faite par Diodio à Dakar, l'âge moyen était de 27,4 avec des extrêmes de 15 et 46 ans [21].

La parité moyenne était de 2,6 avec une prédominance des Paucipares (49,2%), ce taux est superposable à plusieurs résultats retrouvés dans la littérature : Bilon (45,3%) [14], Baumann (39,3%) [13] et Boye (41,5%) [21]. La majorité était mariée (81,3%). Ouassou (79,2%) [15] et Ndour (78,2%) [22] avaient trouvé des résultats similaires. Ce profil semble être en phase avec nos réalités socioculturelles qui n'admettent la grossesse qu'après le mariage.

3. Disponibilité de la PTME

Une minorité des femmes enceintes n'avait pas bénéficié de proposition au dépistage par les prestataires (1,9%). Ce résultat n'est en phase avec les recommandations du CNLS qui exigent dans le cadre de la PTME que toute femme enceinte vue en CPN doit bénéficier d'une sensibilisation sur VIH au bénéfice d'accepter le dépistage pour optimiser la PTME [4].

Par ailleurs, il existe une variation entre le taux de réalisation (82%) et le taux de consentement (94,4%) soit un écart de 12,4%, qui dans les conditions normales de réalisation de la PTME ne pourrait être acceptable étant donné que le CNLS s'est fixée comme objectif dans les dernières directives, un taux de réalisation à 100% [8].

Cependant l'explication qui découle de ce constat après enquêtes auprès des prestataires et des autorités sanitaires locales, est une rupture de trois mois de test rapide au niveau du district. Ce qui avait comme conséquence un allongement du délai entre la proposition et la réalisation du test HIV justifiant alors cet écart.

4. Attitudes et pratiques des femmes enceintes

4.1 Acceptabilité du dépistage du VIH

Le taux global d'acceptabilité du test était de 94,4%. Ce résultat est proche de celui trouvé par Ciss à Dakar en 2008 (99,5%) [16] et Dabo à Ziguinchor en 2014 (89,3%) [17]. Par contre, les taux publiés il y a une décennie par l'UNICEF sont assez variables et largement en dessous de notre résultat (voir tableau ci dessous).

Pays	Taux D'acceptabilité
Botswana	53,1%
Rwanda	82%
Zimbabwe	75%
Cote d'ivoire	73,7%
Burundi	66,2%
Kenya	67,7%
Uganda	64,2%
Zambie	62,2%
Notre étude	94,4%

Tableau VI: taux d'acceptabilité au dépistage VIH chez des femmes enceintes africaines en 2002 selon l'UNICEF [18]

Cette évolution de taux d'acceptabilité serait due à l'effort de la communauté internationale dans la lutte contre le VIH améliorant ainsi l'acceptation du dépistage.

Si notre résultat peut sembler satisfaisant, il reste toutefois susceptible d'être amélioré.

Il faut cependant rester vigilant à ce que la systématisation ou la banalisation du test, effectué au même titre que les autres sérologies prénatales, ne se fasse pas au détriment d'une information préventive de qualité, garante du consentement réellement éclairé de la patiente. En effet, c'est dans les situations où les patientes sont clairement informées sur la transmission verticale du VIH et sur l'efficacité des traitements antiviraux dans la prévention de la transmission mère-enfant que le résultat du test de dépistage est le mieux accepté.

4.2. Résultat du test

Les évaluations reposant sur une proposition du test donnent une approche de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes bien que biaisées par le taux réalisation. Notre étude avait conclut à un taux de prévalence du VIH à 1% chez les femmes enceintes soumises à un test. Ce résultat est proche de celui trouvé par Ciss (2%) [16]. Par ailleurs des taux plus important sont retrouvés dans d'autres pays Africains, Adama au mali (11%) en 2008 [23] et Mévoula au cameroun (6,4%) en 2013 [20]. Cet écart plus important entre pays pourrait s'expliquer par la différence de prévalence nationale de ces pays mais aussi de l'année d'étude.

Le recrutement de cette enquête ne permet pas de faire une extrapolation à l'échelle du Territoire, mais donne une indication réaliste à partir d'un groupe sentinelle important.

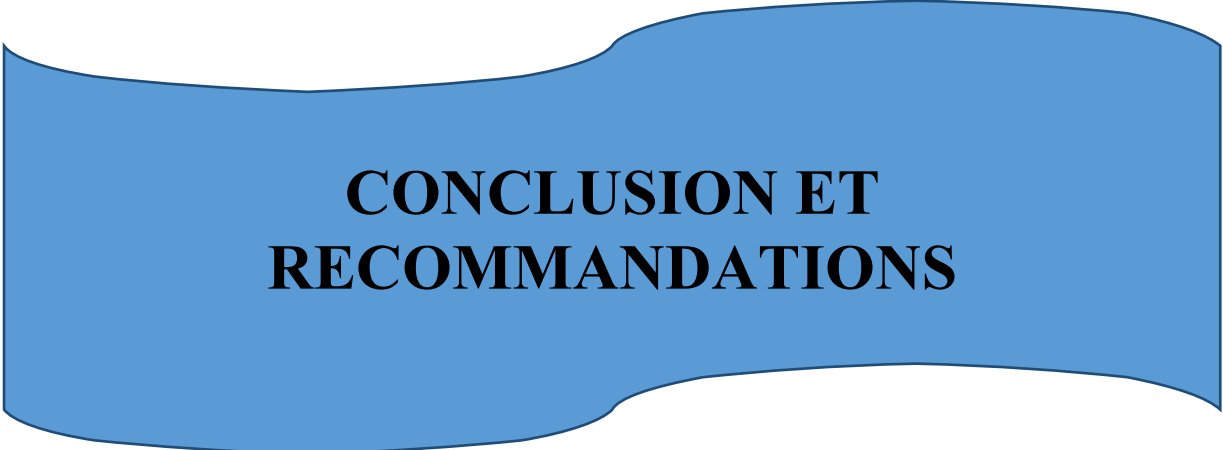
Le suivi dans le temps de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est certainement un moyen intéressant de surveiller la diffusion du virus dans la population générale à Ziguinchor.

4.3. Raisons du refus au dépistage

L'étude avait illustré que la raison prédominante du refus est la recherche de consentement du partenaire (58,3%). Des études semblables effectuées dans d'autres pays ont trouvé la peur d'être stigmatiser comme étant la raison prédominante Mulongo en RDC et Mutula au Cameroun [19,20].

Cette disparité pourrait être due à la religion et aux caractères socioculturels spécifiques à la population étudiée.

Il apparait alors pertinent d'analyser dans une nouvelle étude les raisons de refus selon le niveau socio-économique, la religion, le statut matrimonial, le niveau d'étude, l'origine rurale ou urbaine et les connaissances sur la maladie.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'enquête présentée a concerné 7279 femmes enceintes suivies en CPN au district sanitaire de Ziguinchor sur une période d'un an. Le dépistage a été accepté dans 94,4% des cas ce qui témoigne d'une bonne adhésion des femmes au programme de transmission mère-enfant du VIH. Le refus du test qui a été observé dans 5,6% des cas suggère la conduite d'informations ciblées vers ces femmes prenant en compte les motifs de refus.

Le taux de prévalence observé dans notre population d'étude (1%), non extrapolable à celui devant s'appliquer à l'ensemble du département de Ziguinchor, traduit néanmoins une faible prévalence du VIH dans la population générale.

Le taux de réalisation du test VIH (82%), traduisant une insuffisance dans la mise en œuvre du programme PTME doit être amélioré.

Nos recommandations sont :

A l'endroit des autorités politiques administratives et sanitaires

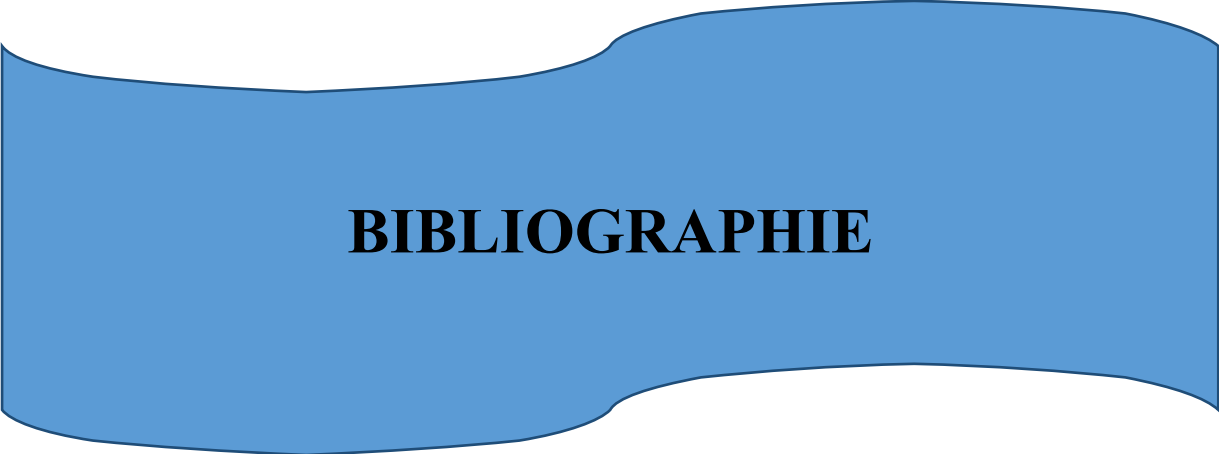
- Former et recycler les sages femmes sur le conseling ;
- Améliorer la confidentialité en mettant à disposition des locaux adaptés aux consultations prénatales de qualités ;
- Mettre à disposition de façon permanente les intrants nécessaires au dépistage rapide du VIH ;
- Organiser de façon permanente des causeries pour la PTME dans les salles d'attente des patientes ;
- Mettre en place un programme de suivi des patientes refusant le dépistage du VIH ;
- Organiser des supervisions régulières d'évaluation de la qualité du conseling fait aux femmes ;

Aux prestataires des services de dépistage

- Systématiser la proposition au dépistage VIH, lors des tous contacts avec les femmes enceintes, les parturientes et les femmes allaitantes ;
- Faire une formation continue et permanente à la pratique du dépistage VIH ;

A la communauté

- Se faire dépister au VIH ;
- Impliquer les époux dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Observer un suivi adéquat en cas de dépistage positif au VIH ;
- Eviter de stigmatiser les personnes vivants avec le VIH ;



BIBLIOGRAPHIE

1. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**
L'OMS valide l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans plusieurs pays. 2016.
<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/mother-child-hiv-syphilis/fr/>. Consulté le 21/5/2016 et disponible.
2. **MANDELBROT. L, BERREBI. A, MATHERON. S ET AL.**
Infection par le VIH et grossesse: nouvelles recommandations 2013 du groupe d'experts français. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014 ; 43, 534 – 548.
3. **PREVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIE-THE DHS PROGRAMME.**
www.dhs.programme.com/pub/pdf/fr_177/15_chapitre_15.pdf. Consulté le 24/5/18 et disponible.
4. **MINISTERE DE LA SANTE ET ACTION SOCIALE**
Rapport d'analyse des goulots d'étranglement et équité dans la mise en œuvre de la PTME au Sénégal, août 2012 Primature, SE/CNLS, Plan stratégique de lutte contre le sida 2011-2015.
5. **SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH. CNLS SENEGAL 2017.**
<http://www.cnls-senegal.org/le-sida-au-senegal/situation-epidemiologie>. Consulté le 21/5/18 et disponible.
6. **MINISTERE DE LA SANTE ET ACTION SOCIALE, DIVISION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA.**
Rapport enquête nationale sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Sénégal, Dakar 2011.
7. **PILLY. E.**
Maladies infectieuses et tropicales : Ouvrage du collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. 22ème édition. Paris : Vivactis Plus.2010; 580.
8. **ETUDE DU PROGRAMME PTME DE L'OMS AU SENEGAL.**
www.cnls.senegal.org/le-sida-au-senegal/etme/. consulté le 22/05/18 et disponible.
9. Monosite.com/media/images/schema-sida_infection.png

10. GUIDE NATIONAL DE TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH PAR LES ANTIRETROVIRAUX.

www.who.int/hiv/pub/guidelines/drc-art.pdf. Consulté le 20/5/18

11. AGENCE NATIONALE DE STATISTIQUE ET DE DEMOGRAPHIE.

http://www.ansd.sn/index.php?option=com_ansd&view=theme&id=9. Consulté le 16/05/18 et disponible.

12. SENEGAL FICHE PAYS

<https://www.populationdata.net/pays/senegal/> consulté le 16/06/18 et disponible.

13. BERLIOZ. A & BAUMANN. F.

Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de Nouvelle-Calédonie bilan d'une année de surveillance. 2002 ;23, 64, 95, 106.

14. BILON. S. C

Evaluation du VIH chez les femmes enceintes et surveillance épidémiologique du VIH à Douala. Thèse N° 45 année 2015; 168-170.

15. OUASSOU. S

VIH ET GROSSESSE: Prise en charge de la femme enceinte séropositive au service de Gynécologie Obstétrique II au CHU HASSAN II (à propos de 24 cas). Thèse N° 22 année 2018 ; 12-45.

16. CISS S.S.

Evaluation du VIH chez les femmes enceintes et évaluation de l'utilisation des données du programme de PTME pour la surveillance épidémiologique du VIH au Sénégal. Thèse N° 58 année 2008; 133, 145, 166.

17. DABO. M

Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH dans le District Sanitaire de Ziguinchor. Mémoire N° 36 année 2014; 125, 157, 158, 166.

18. EVALUATION DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT EN GUINEE EQUATORIALE UNICEF.

https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Rapport_final_Evaluation_PTM_E_3.pdf. Consulté le 22/05/18 et disponible.

19. MULONGO.L.K.

Attitudes et comportements des femmes enceintes face au dépistage du VIH en RDC, raison de refus. Thèse N°69 année 2006 ; 151-155.

20. MUTULA.F.

Prevention de la transmission Mère-Enfant du VIH à Yaoundé. Thèse N°33 année 2012; 125, 128, 152.

21. BOYE.D.

Aspects épidémiologiques cliniques et pronostic de l'accouchement gémellaire dans les maternités de références de Dakar. Thèse N°78 année 2016 ; 112.

22. NDOUR.M.M

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Sénégal, phase d'extension régionale de Ziguinchor. Thèse N°90 année 2009; 125.

23. OUATARA T.

Les accouchements gémellaires dans le centre ville de Ouagadougou. aspect épidémiologique, clinique et pronostic materno-fœtale. Thèse 12 année 1999 ; 142.

RESUME

Objectifs: déterminer le niveau d'acceptabilité et d'accessibilité au dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes de la zone de santé du district sanitaire de Ziguinchor tout en déterminant les obstacles.

Matériels et méthodes: il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée du 01/01/2017 au 31/12/2017 soit une période de 12 mois. Elle a concerné les parturientes reçues en consultation prénatale sur l'étendu du district sanitaire de Ziguinchor. Les données utilisées ont été recueillies à partir des outils de collectes nationaux.

Résultats: 7279 patientes étaient concernées par l'étude. Dans notre série l'âge moyen était de 27,6.la gestité était de 3 avec une parité de 2,6.L'essentiel était des mariées (81,3%).la disponibilité de la PTME était de 82%, la prévalence au VIH était de 1% avec un taux de refus de 5,6%. Les motifs de refus au dépistage ont été pour la plupart la recherche du consentement du conjoint (58,3%).

Conclusion: l'acceptabilité au dépistage du VIH chez les femmes enceintes est un facteur de réussite de la PTME. Les obstacles au dépistage doivent être levés. Cette faible prévalence est un indicateur de la réussite de la lutte contre le VIH dans le district sanitaire de Ziguinchor.

Mots clés: Dépistage VIH, Ziguinchor, PTME