

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

ARV : Anti Rétro Viraux

ADN : Acide désoxyribonucléique

ARN : Acide ribonucléique

CDC: Centers for Disease Control

CD4: Lymphocytes T4

CIT : Comité international de la taxonomie

CCDV : Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire

CPN : Consultation Pré Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSLS/MS : Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé

CSREF : Centre de Santé de Référence

CCC : Conseil pour le Changement de Comportement

DES : Diplôme d'études Spécialisées

EDSM : Enquête Démographique de Santé au Mali

EFV :Efavienz

ENV : Enveloppe

FHI : Family Health International

FMOS :Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA

HTLV: Human Tcell Leukemia Lymphoma Virus

IEC : Information Education Communication

ISBS: Integrated STI and Behavior Surveillance Survey (L'enquête Intégrée de Prévalence et de Comportements en matière des IST)

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LTR : Long terminal repeat

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus

LPV/r :Lopinavir /Ritonavir

MDG : Millenium Goal Development (Objectifs du Millénaire pour le Développement)

MST : Maladies Sexuellement Transmissible

NSP : Ne sait pas

NVP : Nevirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies contre le SIDA

PTME : Prévention de la Transmission Mère- Enfant

PF : Planification Familiale

POL : Polymérase

PVVIH : Personnes Vivants avec le VIH

PS : Professionnelles de sexe

SEHCNLS : Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA

SIDA : Syndrome Immuno - Déficience Acquise

TDF :Tenofovir

USAC : Unité de Soins et d'accompagnement

UNGASS: Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le
VIH et le SIDA

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus Immuno-déficienne Humaine

VEB : Virus Epstein Barr

VIS : Virus de l'immunodéficienne simiens

3TC :Lamivudine

% :Pourcentage

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	7
II. CADRE CONCEPTUEL.....	11
1. JUSTIFICATION DE L’ETUDE.....	12
2. QUESTION ET HYPOTHESES.....	13
3. OBJECTIFS	14
4. GENERALITES.....	15
III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	29
IV. RESULTATS.....	44
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	58
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	62
VII. REFERENCES	66
ANNEXES.....	73

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le VIH et le sida restent un problème majeur de santé mondiale d'une portée sans précédent. Ils se propagent dans les pays et ne connaissent pas de frontière.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est probablement le virus le plus étudié dans l'histoire. De nos jours deux(2) virus sont identifiés de la famille des Rétroviridae dont le VIH1 isolé en 1983 par LUC. Montagnier et COLL du département de retro virologie de l'institut Pasteur de Paris ainsi que R.GALLO et COLL et le VIH2 isolé en 1985 par BARLIN et COLL. Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) conséquence de l'infection par le VIH a été décrit pour la première fois aux Etats Unis d'Amérique au début des années 1980. [2]

Au Mali les données des différentes enquêtes (ESDM I, II, III et IV) montrent que la tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 19-49ans [9]

Les jeunes sont au cœur de la pandémie mondiale du VIH et du SIDA. Ils sont aussi notre plus grand espoir pour lutter contre cette terrible maladie. Pourtant plus de trente ans après le début de l'épidémie la grande majorité des jeunes manquent encore d'information sur les questions sexuelles et les infections sexuellement transmissibles [1].

Au Mali les différentes études montrent que les IST constituent un problème de santé publique .Selon l'enquête démographique de santé au Mali (EDSMV)en 2012 la prévalence nationale du VIH était de 1,1% avec un 1,3% chez les femmes contre 0,8 chez les hommes] .La prévalence par région montre que la ville de Bamako est la plus touchée avec 1,7% suivie de Ségou 1,2%,Kayes 1,0%,Koulikoro1,0%,Sikasso 0,8% , Mopti et Tombouctou 0,7% ,Gao 0,6% et en fin Kidal 0,5% [10].

L'étude intégrée sur la prévalence des IST, du VIH et le comportement sexuel (ISBS) chez les groupes cibles à haut risque, menée en 2006 et 2009 ont données des résultats suivants [10] :

Prévalence des IST	Groupes cibles		
	PS	Routiers	Coxeurs
VIH	24,2%	2,7%	3,5%
Gonorrhée	11,4%	1,7%	0,9%
Chlamydia	10,7%	7,1%	4,4%

Le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a chuté à 1,8million [1,6-1,9million] en 2010 contre un pic de 2,2millions [2,1-2,5millions] au milieu des années 2000 .Au total 2,5millions de décès ont été évités dans les pays à revenus faibles et intermédiaires depuis 1995[6].

De grands efforts ont permis : une réduction de 33% de nouvelles infections à VIH depuis 2001, une réduction de 29% de décès liés au sida depuis 2005, une réduction de 52% de nouvelles infections à VIH chez les enfants. L'accès au traitement antirétroviral a augmenté de 40 fois environs entre 2002 et 2012.Selon la répartition en Afrique Subsaharienne, on a compté 1million d'infection à VIH en moins en 2012.C'est une baisse de près de 40% .Au moyen Orient et en Afrique du Nord, le nombre estimé de personnes nouvellement infectées par le VIH a augmenté de plus de 50% [2].

Les femmes enceintes courent le risque de transmettre à leur nourrisson qui risque d'augmenter le taux de prévalence.



En absence de traitement efficace du sida ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH, la lutte contre cette maladie doit reposer essentiellement sur la prévention et le traitement des IST. C'est pourquoi nous avons entrepris cette étude pour évaluer les connaissances ; en matière des IST et du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au CS Réf de la Commune I du district de Bamako.

Cette activité rentre dans le cadre des travaux de fin d'étude pour l'obtention du grade du Docteur d'état en Médecine de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie(FMOS) et permettra d'apporter des éclaircissements sur les hypothèses qui ont motivé cette étude.

CADRE CONCEPTUEL

II CADRE CONCEPTUEL

1 JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Des progrès notoires réalisés en matière de prévention et de soins dans certains pays comme le notre, n'ont pas empêché de nouvelles infections au VIH en Afrique Subsaharienne. En Afrique, le Sida tue maintenant chaque année dix fois plus d'individus que la guerre. L'épidémie nous montre sans ambiguïté que les stratégies appliquées rapidement avec courage et détermination, peuvent abaisser les taux d'infection au VIH et atténuer les souffrances des personnes touchées par l'épidémie. La croissance continue de l'épidémie du VIH n'est pas une fatalité ; mais si l'action de lutte ne s'intensifie pas de manière radicale, les ravages déjà observés sembleront dérisoires par rapport à ce qui nous attend. Il est difficile de minimiser les effets d'une maladie qui risque de tuer plus de la moitié des jeunes adultes dans les pays en développement [3].

L'analyse de la situation confirme la large prédominance de la transmission hétérosexuelle du VIH. Elle a fait ressortir les déterminants majeurs de la propagation de l'épidémie qui sont des déterminants comportementaux (multi - partenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels non protégés et rapports sexuels précoces). Quant aux populations à vulnérabilité particulière, ont été identifiés : les migrants, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les professionnelles de sexe , les jeunes en milieu scolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale, les personnes vivants avec le VIH(PVVIH).[4]

2 QUESTION ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

Cette étude s'explique par le fait que la commune I en général ;

*Quels sont les facteurs de risque de survenue des IST et VIH/SIDA chez les femmes enceintes au CSRefCI ?

*La fréquence du VIH chez les femmes enceintes est élevée au niveau du CS Réf de la Commune I

* Il existe un écart entre les savoirs populaires et les connaissances scientifiques sur les IST.

Devant cette disparité entre les connaissances scientifiques et le savoir populaire, il nous est apparu judicieux d'effectuer cette étude qui nous permettrait d'évaluer les connaissances en matière d'IST et du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au CS Réf de la Commune I du district de Bamako. Afin de l'améliorer et pour ce faire les objectifs suivants ont été établis.

3 OBJECTIFS

Objectif général

- Evaluer les connaissances en matière des IST et du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au CS Réf de la commune I du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- 1_ Déterminer la fréquence du VIH chez les femmes enceintes
- 2_ Déterminer le profil socio démographiques des enquêtées.
- 3_ Déterminer le niveau de connaissance des femmes enceintes sur le mode de transmission et la prévention des IST et du VIH.
- 4_ Déterminer l'attitude des femmes enceintes face au dépistage du VIH.

4 GENERALITES

Définitions opérationnelles des concepts

Les définitions ci-après concernent l'usage que fait des termes dans notre étude :

Evaluation : c'est déterminer la valeur de quelques choses

Connaissance : l'ensemble des idées ou des informations partielles, complètes ou utiles sur les IST/SIDA.

Matière : Discipline qui est l'objet d'un enseignement.

1-MST ou IST : Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies Transmises lors des contacts ou rapports sexuels [56]. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation maladies Sexuellement transmissibles (MST) ; actuellement dénommées infections Sexuellement transmissibles (IST). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers. Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Les IST sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons, ou des virus.

Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celle qui constitue un fléau Mondial le VIH/SIDA.

2- SIDA :

2-1 Historique :

L'histoire du SIDA commence dans deux villes des Etats-Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés dans les communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 [19].

La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée au paravent fut confirmée par les travaux du professeur Luc Montagnier et son équipe qui en

1983 isole le virus du Sida à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du Syndrome de Lymphadénopathie Chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ou virus associé à la lymphadénopathie [39-40]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela H.T.L VIII [19-20].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris [8]. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex Et appelé HTL VIV la même année [16].

En revanche, en Mai 1986, le comité international de la taxonomie (CIT) des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine « Human Immuno Deficiency Virus (HIV) ».

-En 1993, la classification CDC du virus est faite.

- En 1995, ce fut le développement des bithérapies et de la mesure de la charge virale.

- En 1996, les trithérapies se développent.

2-2- Epidémiologie de l'infection par le VIH :

2-2-1- Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Selon les estimations de l'ONU SIDA en 2012, 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH-SIDA depuis le début de la pandémie dont 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveau cas en 2007 s'élevait à un total de 2,5 millions de personnes dont 2,1 millions d'adultes et 420 milles enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès dû au SIDA dans le monde en 2012 et en 2013 s'est respectivement réduit à 2,9 et à 2,1 millions de personnes sur des populations vivantes avec le VIH.[41]

3-2-2- Afrique et SIDA :

En 2013, dans le monde, un peu plus de 33,2 millions d'adultes et enfants sont porteurs du VIH ; 94 % de cette population vit dans les pays en développement

(22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2006 où ce nombre était estimé à 24,7 millions) [40, 42]. En Afrique subsaharienne, les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence proche de 7,4 % pour toute la région, mais cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie que les nombres de nouveau cas égalisent les décès dus au SIDA. La fréquence des IST favorise la survenue des infections concomitantes par le VIH, pour deux principales raisons : Primo le VIH et certaines IST ont des modes de contaminations similaires ; secundo les IST constituent des portes d'entrées propices au VIH. Les conflits ouverts, les catastrophes écologiques ou naturelles, les guerres, ont contraint des milliers d'Africains à abandonner leur domicile, et à se tourner vers des moyens de survie comportant de pratiques sexuelles à très haut risque ; ces déplacements des populations ont provoqué une propagation du VIH/SIDA [45].

De bons renseignements sont la clé pour une action appropriée. Pour cela il faut absolument des données comportementales, sociologiques, et contextuelles fiables pour atteindre des taux plus faibles ainsi qu'un arrêt définitif de la propagation du virus

2-2-3- Agent Pathogène [12-21-29-48] :

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des Rétroviridae. Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du SIDA. Les rétrovirus auxquels appartient le VIH possèdent les caractéristiques communes qui sont :

-La possibilité de transcrire la molécule d'ARN de la cellule infectée en une molécule d'ADN virale à partir de l'ADN de la cellule infectée grâce à une enzyme appelée la transcriptase reverse.

-L'ADN néoformé possède à chaque extrémité une même séquence répétitive de taille variable dite LTR (long terminal repeat). Il peut alors s'intégrer de

manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus ;

-La latence : Ce provirus peut rester silencieux et être transmis aux cellules filles par mitose. Il peut aussi s'exprimer et être transcrit en ARN puis traduit en protéine virale et donner les particules virales identiques aux virus infectieux de départ ;

-La variabilité génétique : Elle explique la possibilité de résistance à certains traitements. Deux types de VIH présentant des pronostics et des taux de transmissions différents ont été identifiés :

VIH 1 : isolé en France puis aux Etats-Unis en 1983, il fut synonyme de LAV et de HTLVIII. Ce virus se divise en trois groupes :

-Groupe M (majeur)

-Groupe O (outlier)

Ils regroupent un nombre limité de variant très éloignés de M qui représenteraient près de 50% de divergences avec les autres VIH1 ;

-Le groupe nouveau (N) ou non M et non O :

Le premier isolant a été identifié en 1995 chez des patients Camerounais.

VIH2 : isolé en Afrique en 1986 plus proche du virus de l'immunodéficience simienne (VIS), car présentant des propriétés communes : morphologie et morphogénèse tropisme pour les cellules possédant la molécule CD4, cytopathogénicité, pathogénicité (immunodéficience) ; organisation génomique surtout pour les gènes de régulation.

Sensibilité : Le VIH est fragile dans le milieu extérieur il est inactivé par la chaleur à 55° C pendant 30 mn, l'alcool à 70° C pendant 30 mn, l'acide hypochloridrique (eau de javel) dilué au 1/10 pendant 40 mn, l'eau oxygénée à 0,3 % mais résiste au froid ; au rayon, X ; U V.

Affinité : Le VIH a une affinité pour les cellules porteuses de la molécule CD4 : lymphocytes TCD4, macrophages, monocyte qui sont ses principales cibles ; le

VIH affecte également d'autres cellules porteuses de CD4 : précurseurs médullaires, lymphocytes B immortalisés par le virus Epstein Barr (VEB), cellules intestinales, cellules gliales du cerveau, cellules de l'endothélium vasculaire avec production d'interleukine 6.

L'infection de certaines de ces cellules se fait par l'intermédiaire du récepteur CD4 par liaison avec le groupe GP 110 du virus. D'autres récepteurs seraient aussi mis en jeu.

Exemple : Les canaux ioniques, ce qui explique la formation du syncytium in vitro et le fait qu'in vivo des cellules ne possédant le récepteur CD4 puissent être infectées ; exemples : cellules nerveuses non macrophagiques.

Le récepteur macrophagique CCR-5 découvert en 1996 interviendrait dans la transmission sexuelle du VIH au début de l'infection.

2-2-4- Structure :[12-29]

L'étude de la structure génétique du VIH permet de comprendre la complexité du virus, certaines de ses manifestations cliniques et biologiques.

Le virus apparaît sphérique au microscope électronique avec un diamètre de 80 à 120nm.

Sa structure comporte :

- une enveloppe de couche lipidique ou « core » portant à sa surface, 72 boutons de longueur 9 à 10nm et de largeur 14nm.
- A l'intérieur de l'enveloppe se trouve une matrice protéique de 5 à 6nm d'épaisseur jouant le rôle de facteur stabilisant de la particule virale mature et de facteur supportant la projection de surface.
- Molécule d'ARN associée à la transcriptase inverse.

En coupe, on observe, une sorte de barreau conique de 10nm de long et 45nm de large. L'espace vide entre le core et la matrice protéique est partiellement occupée par les masses denses d'électrons (corps latéraux).

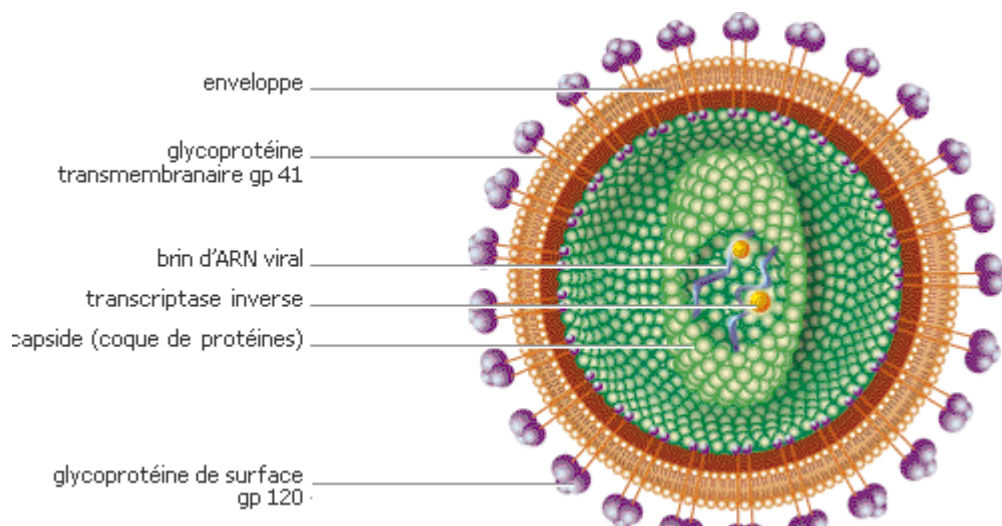


Figure1 : structure du VIH [29]

2-2-5 Organisation génétique [12-21]

Le génome viral compte plus de 9.700 nucléotides ;le génome est composé de l'extremite3' vers l'extremite5' de trois gènes caractéristiques des rétrovirus codant les composants structuraux du virus :

- Le gène « gag »(Groupe antigène) code pour les protéines internes appelées du « core » qui sont : P50 et P40 qui se cliveront en P18et P13 ;
- Les protéines du noyau P24, P17, P13 ; ce dernier se clivent en P6 et P9 ;
- Le gène « Pol. »(Polymérase) code pour les enzymes de réplication P68 et P67 constituant la reverse transcriptase P34 correspond à l'intégrase ;
- Le gène « ENV » (enveloppe) code pour les glycoprotéines GP110 et GP41 issue de GP160 qui est un précurseur moléculaire.

GP110 est responsable de l'interaction avec la membrane de la cellule cible au niveau du récepteur CD4 permettant la pénétration du VIH ;

GP110 correspond aux boutons hérissant la surface du virus ;

GP41permet d'induire le syncytium (fusion cellulaire) qui est un des éléments cytophylaxie du VIH.

Contrairement aux autres rétrovirus, le VIH possède d'autres gènes intervenant dans sa réplication, ceci explique probablement son haut pouvoir pathogène. Il

s'agit de gènes régulateurs se retrouvant chez le VIH1 et VIH2 ; c'est :

- TAT favorisant l'augmentation du niveau de la synthèse des protéines virales ;
- REV qui favorise l'augmentation des ARN messagers correspondant aux protéines gag, Pol et ENV ;
- VIF qui permet d'augmenter l'infectuosité ;
- NEF dont le rôle est inconnu.

Il existe d'autres gènes n'appartenant pas aux deux types de virus :

- VPU est présent chez le VIH1 ;
- VPX se trouve chez le VIH2 et VIS

2-2-6- Variabilité génétique [31-36] :

L'analyse phylogénétique de nombreuses souches du VIH1 d'origine géographique diverse a révélé trois grands groupes distincts de virus nommés M pour majeur ou main, N (pour new ou non O) et O (pour out lier) le groupe O ne représente que 50 % d'homologie avec les souches du groupe M dans les séquences du gène de l'enveloppe. La grande majorité des souches de VIH1 responsables de la pandémie appartient au groupe M dans lequel l'analyse phylogénétique a permis d'identifier 11 sous types (de A à K), et près de 20 % des isolats sont recombinants, avec des parties du génome appartenant à deux sous types différents. Il est important de distinguer les sous types purs des virus recombinants. Pour être classés comme des sous types, les isolats doivent se ressembler entre eux et non à d'autres sous types sur le génome entier. Sur cette base, il y aurait seulement neuf sous types au sein du groupe M, étant que le virus du prototype E et I dans l'enveloppe est des recombinants avec des fractions importantes du génome appartenant à d'autres sous types.

2-2-7- Réplication virale [18] :

La fixation et la fusion des virus sur les récepteurs cellulaires sont les premières étapes du cycle viral, les structures de surface du VIH y jouent un rôle principal et les deux glycoprotéines de l'enveloppe sont directement impliquées dans le

mécanisme de fixation et de fusion. La glycoprotéine trans-membranaire participe à la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire.

L'intégration génomique : Après que le noyau viral ait été introduit dans la cellule, il est décapsidé et l'ARN du virus est libéré dans le cytoplasme.

Le brin de l'ARN est copié en ADN intermédiaire simple grâce à une polymérase. On obtient un hybride ARN ADN.

Une ribonucléase intervient alors pour détruire l'ARN d'origine viral ; et la polymérase produit alors un second brin d'ADN en utilisant le premier comme matrice ; polymérase et ribonucléase sont souvent désignées sous le nom de transcriptase inverse ; l'ADN double brin migre vers le noyau, et une troisième enzyme, l'intégrase ou endonucléase, intervient. Elle permet l'intégration de la copie d'ADN du génome viral dans le génome cellulaire sous forme de provirus, l'information virale répliquant chaque fois que la cellule se subdivise. Le provirus reste silencieux ou entre dans un cycle reproductif quelque soit le facteur déclenchant le cycle reproductif ; il provoque l'activation virale (par le gène TAT) et lève l'inhibition de la réplication (liées au gène VIF). L'ADN intégré est alors transcrit en ARN. Les copies de l'ARN du génome ainsi que les ARN messagers migrent alors vers le cytoplasme où ces derniers sont traduits en protéines grâce aux ribosomes. La protéine et l'ARN viral sont assemblés pour donner des structures sphériques qui bourgeonnent à la surface de cellule. En sortant de la cellule, le virus s'enveloppe, retrouvant les constituants de l'enveloppe qui ont été transportés et sont insérés au niveau de la membrane cellulaire indépendant du noyau viral. Après un bourgeonnement, les particules vont alors infecter à leur tour d'autres cellules cibles dans l'organisme accélérant ainsi la dissémination virale.

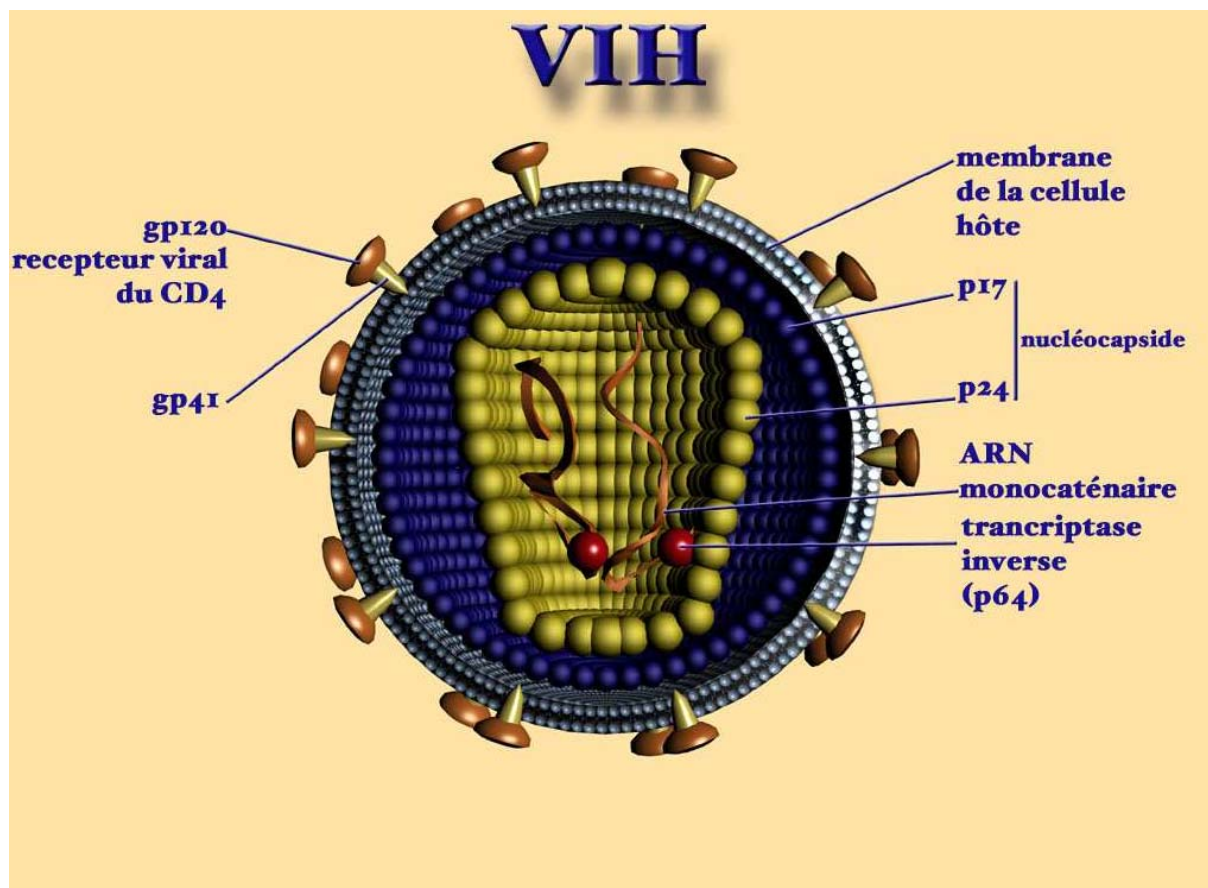


Figure 2 : Réplication du VIH [36].

3-Mode de transmission :

La transmission du VIH se fait par l'intermédiaire des lymphocytes T infectés contenus dans le sang, dans la lymphe et dans le sperme du porteur de virus. Le virus a également été isolé dans les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les larmes et le lait maternel [17].

3-1- Transmission sexuelle :

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensés étaient des homosexuels, en Amérique, en Europe, en Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représente le mode de contamination dominant [39]. Cela est dû à des facteurs socioéconomiques tels que la pauvreté et l'augmentation sans cesse croissante de la prostitution. Elle s'effectue par l'intermédiaire des muqueuses buccales,

vaginales ou rectales lorsqu'elles rentrent en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

Lors d'une pénétration vaginale, le risque de transmission est supérieur d'un homme séropositif vers une séronégative à celui qui existe d'une femme séropositive vers un homme séronégatif surtout lorsque la femme est en règle.

La pénétration anale multiplie ce risque par trois [28].

La contagiosité d'un porteur du VIH est variable dans le temps, car la quantité de virus présente dans les sécrétions sexuelles est fonction de l'état latent ou non de ce dernier. Cela explique qu'un porteur du virus puisse contaminer plusieurs personnes dans un laps de temps, par contre d'autres porteurs ne contaminent pas leur partenaire, malgré une vie sexuelle sans protection pendant des mois, des années. C'est ce qui explique la contagiosité du VIH1 par rapport au VIH2 [28].

3-2- Transmission sanguine :

C'est la voie la plus directe de transmission, et comporte deux modes distincts.

La transmission par des objets souillés (aiguilles, lames, seringues, couteaux). Le Partage de seringues entre les toxicomanes est l'un des facteurs essentiels de l'extension de l'épidémie du VIH dans plusieurs régions du monde : Russie , Europe Orientale, Inde , Indonésie, Chine, Etats-Unis, Proche et Moyen Orient. Ce mode de transmission concerne essentiellement les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse. Il représente aux Etats-Unis la deuxième voie de contamination après celle des relations sexuelles entre homosexuels [28]. Au 1er février 1988 ; 17 % des 50 000 cas signalés par le CDC d'Atlanta étaient représentés par des hétérosexuels utilisateurs de drogues[4], 8 % étaient des homosexuels toxicomanes. Ce mode de transmission est également incriminé en Afrique par l'utilisation de seringues, d'aiguilles ou de lames usagées [50]. Lors de scarifications, circoncisions ,excisions.

Bien que rares, les contaminations professionnelles (infirmiers, médecins ,

biologistes, etc.) par inoculation accidentelle de sang contaminé par le VIH, les piqûres accidentelles avec des aiguilles contaminées par le sang frais existe également.

La transmission par transfusion sanguine : les premiers cas de SIDA furent décrits en 1982 aux Etats-Unis chez les hémophiles après les homosexuels [18].

L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit le risque de transmission. Néanmoins il subsiste une " fenêtré " chez des donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti- VIH détectables.

3-3- Transmission verticale :

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

In utero : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;

Intra partum : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas

Par l'allaitement : la période d'allaitement présente un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7 % [25].

Le taux de transmission materno-foetale du VIH-1, en l'absence de traitements ARV est de 18 à 25 % et ce quelque soit le mode de contamination de la mère ou son origine géographique ; contrairement au VIH-2 où le risque de transmission de la mère à l'enfant serait de 1 % [25].

3-4- Autres Modes de transmission :

Même s'il a été retrouvé dans la salive, les urines, les larmes, le liquide céphalorachidien ; la transmission du VIH n'est cependant pas automatiquement à cause de la faible concentration de virus présent dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus. Pour ces liquides, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne

permettent pas d'écarter la possibilité de souillure du liquide concerné par le sang. La possibilité de transmission par les insectes hématophages a été écartée [3].

4-Les manifestations cliniques du VIH [49] :

Le VIH est une maladie virale qui évolue très lentement. L'histoire naturelle de cette maladie montre que, dans la majorité des cas, le délai moyen entre la contamination et la survenue de la forme évoluée (SIDA) est de l'ordre de 2 à 10 ans. Une à deux semaines après la contamination survient dans 50 à 90 % des cas un épisode de primo-infection marqué par la fièvre, une pharyngite, des érosions muqueuses, des adénopathies cervicales, plus rarement une méningo-encéphalite aseptique ou une myélite aiguë, une neuropathie périphérique, paralysie faciale, un exanthème maculaire et des troubles digestifs.

Les symptômes peuvent manquer, passer inaperçus ou être confondus avec un syndrome grippal, une mononucléose infectieuse. Cette période est marquée par une forte virémie et à l'infection du système lymphoïde dont l'intensité serait en rapport avec le pronostic ultérieur. Après des mois ou des années surviennent des symptômes de pré SIDA témoignant d'une immuno suppression modérée avec une baisse progressive des lymphocytes T4. Un syndrome de lymphadénopathie chronique est fréquent. Puis la lymphopénie T4 s'aggrave, l'immuno dépression devient sévère, apparaissant les infections opportunistes et les atteintes du SIDA.

Classification OMS 1990 :

Classification en stade clinique : [36]

Stade clinique 1 :

- Patient symptomatique,
- adénopathies persistantes généralisées,
- et / ou degré d'activité 1 : activité normale.

Stade clinique 2 :

- Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,
- Zona (au cours des cinq années précédentes) ;
 - Manifestation cutaneo-muqueux mineures (dermite, séborrhéique, prurigo, onyxis mycotique, ulcération buccales récidivantes perlèche),
 - Infections récidivantes des voies aériennes supérieures,
 - et / ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

- Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,
- Diarrhée inexplicée depuis plus d'un an,
- Fièvre prolongée depuis plus d'un mois,
- Candidose orale
- Leucoplasie chevelue,
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente,
- Infection bactérienne sévère,
- Et/ ou degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps au cour du mois précèdent

Stade clinique 4 :

- Syndrome de cachexie du VIH,
- Pneumocystose pulmonaire,
- Toxoplasmose cérébrale,
- Criptosporidiose avec diarrhée de plus d'un mois,

- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cytomegalovirose autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire,
- Virose herpétique cutanéomuqueux ou viscérale,
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive,
- Mycose profonde endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiomycose),
- Mycobactériose atypique disséminée,
- Tuberculose extra pulmonaire,
- Sarcome de kaposi,
- Encéphalite due au VIH,
- Et/ ou degré d'activité 4 : patient alité plus de 50 % du temps au cours du mois Précédent.

Tableau I : Définition clinique (classification de BANGUI)

Signes majeurs	Signes mineurs
Amaigrissement sup 10%	Toux persistante depuis plus d'un mois
Diarrhée chronique depuis plus d'un mois	Dermatite prurigineuse généralisée
Fièvre(continue ou intermittente)depuis plus d'un mois	Zona récidivant Candidose oro pharyngée Infection à herpes chronique ou disséminée. Lymphadenopathie généralisée.

METHODOLOGIE

Rapport-gratuit.com 

III METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de consultation prénatale du service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako.

a- La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :

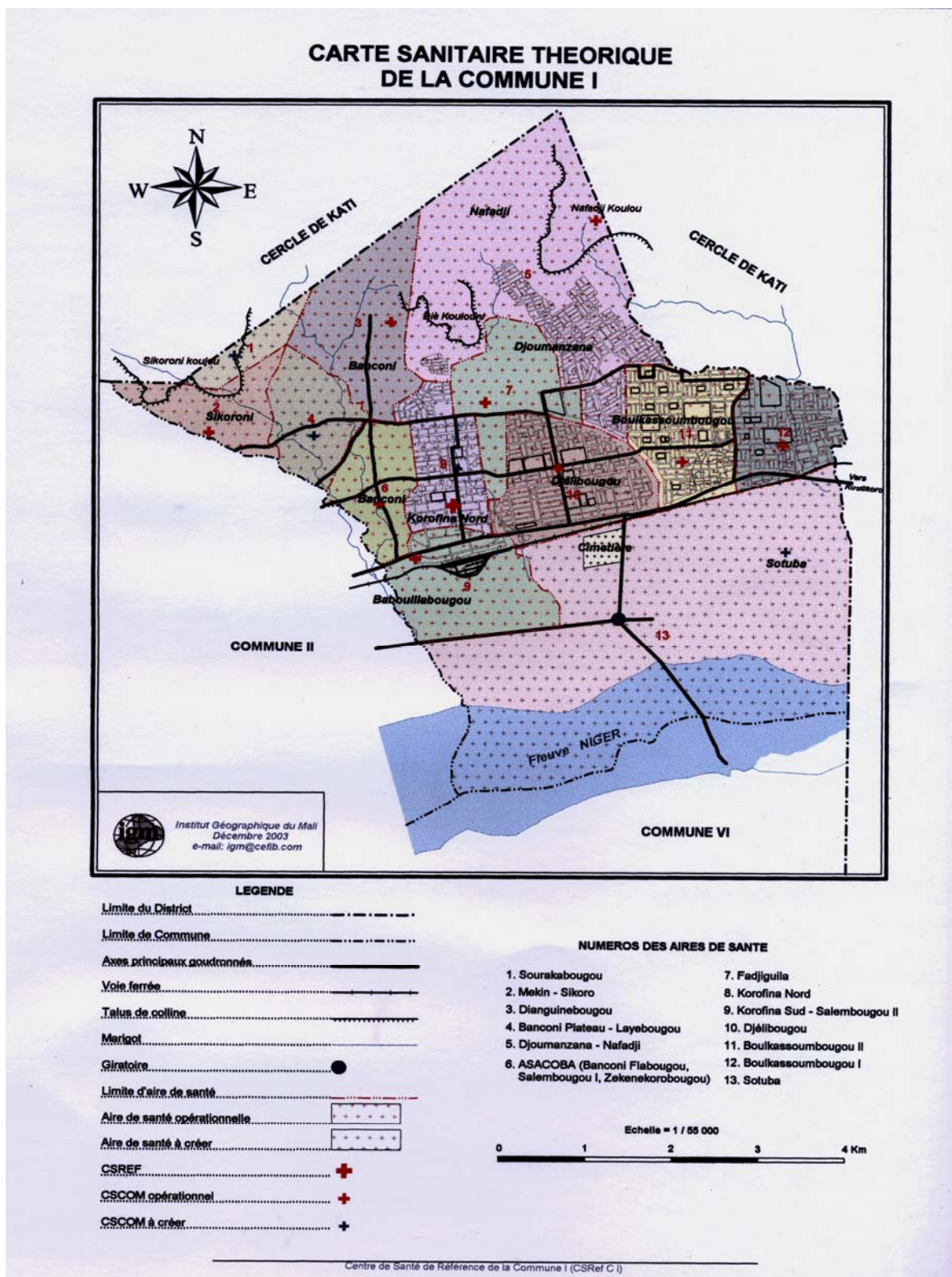


Figure 3 : Carte sanitaire de la Commune I

La commune I est située à l'Est du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

- Korofina (Nord et Sud) ;
- Djélibougou ;
- Boukassombougou ;
- Doumanzana ;
- Fadjiguila ;
- Banconi ;
- Sikoroni ;
- Sotuba.

La surface est de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 376917 habitants (2013) soit une densité moyenne de 11002 habitants/km² (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-Sahélien dominée par les grands arbres comme le Caïlcédrat, le Karitier, le Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;
- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;

- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

- Les infrastructures routières :

- La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest (du marché de Boukassombougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

-Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine. Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

-Les moyens de télécommunications : La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 52 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CS Réf CI, l'ASACOBA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont servies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

-Les canaux de communication :

● **Modernes :**

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont quatre sont en commune I (Djekafo, Kayira, Patriote et Ambiance FM).
- La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que communication.

● **Traditionnels :**

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;
- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

-Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;
- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des cabinets médicaux et des cliniques privées.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service social ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de recherche et formation ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 18 médecins (un médecin chef, trois gynécologues-obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un médecin de santé publique, neuf médecins généralistes) et deux pharmaciens
- 29 sages-femmes ;

- 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odonto-stomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un agent de biologie médicale, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq infirmières obstétriciennes) ;
- 03 Ingénieurs sanitaires (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médicale)
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmacie ;
- 1 matrone ;
- 29 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires :
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;
- 07 manœuvres ;
- 08 secrétaires;
- 01 informaticien
- 1 gardien ;

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natales ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Echographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologiques ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
 - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
 - ❖ Une salle de soins.

- Un bloc opératoire comprenant :
 - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
 - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - ❖ Une salle de réveil ;
 - ❖ Une salle de préparation des patients ;
 - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
 - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
 - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Un médecin DES de gynéco-obstétrique troisième année, en formation ;
- Un gynécologue-obstétricien (médecin stagiaire et personnel d'appui
- Douze médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt- neuf sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;

- Neuf thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides-soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après-midi ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales des malades programmées ;
- La garde est assurée par une équipe dirigée par un médecin généraliste et composée de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
 - ❖ Un gynécologue est appelé au besoin.
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins spécialistes.

La situation socio- sanitaire de la commune en 2014

Le taux de CPN : 100,47%

Nombre de dépistage : 2774

La prévalence du VIH : 3%

2. Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive sur l'évaluation des connaissances en matière des IST et du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au CS Réf CI du district de Bamako. S'étend sur une durée de 06 mois, allant du 1^{er} Aout 2014 au 31Janvier 2015.

3. Population d'étude

Notre étude a concerné toutes les femmes enceintes reçues en salle de consultation prénatale à la maternité du CS Réf de la commune I durant la période d'étude.

Toutes ces femmes ont bénéficié d'un counseling. La PTME est assurée par deux sages femmes qui sont en outre chargées du counseling et du dépistage du VIH chez les femmes enceintes, de la dispensation des ARV et de leur suivi jusqu'à l'accouchement sauf en cas de complication. Dans ce cas elles les réfèrent au médecin de l'USAC.

a) Counseling :

Après une causerie de masse le counseling se fait de façon individuelle par la sage femme responsable de l'unité de PTME .Toute femme enceinte acceptant de faire le test de dépistage du VIH est conduite dans la salle de dépistage.

b) Prélèvement :

Le prélèvement est fait par les sages femmes chargées de dépistage, et le résultat est immédiat grâce au **test de Détermine**.

C) L'annonce du resultat :

Le resultat est annoncé par les sages femmes chargées de la PTME.

Si le premier test est positif elles procèdent immédiatement au deuxième test grâce au test de **SB BIOLANE** qui permet la confirmation et le typage (VIH1 ou VIH2).Il s'ensuit la prise en charge psychologique et médicamenteuse.

Test disponible : Détermine et SB Biolane

d) Dispensation de médicaments pour le traitement du :

VIH1 : Les molécules utilisées sont (**EFV+3TC+TDF**) en raison d'une dose journalière.

VIH2 : Le schéma préférentiel est l'association **TDF+3TC+LPV/r** en raison d'une dose par jour.

NB : Les sages femmes chargées sont en contact permanente avec le médecin responsable de l'USAC.

e)Accouchement :

Une fois qu'une femme séropositive entre en travail dans la salle d'accouchement, l'équipe de garde sera mise au courant et la poche des eaux est respectée jusqu'à la dilatation complète. L'USAC s'occupera du suivi de la mère après l'accouchement.

f) Nouveau -né :

Un nouveau- né issu d'une mère séropositive est immédiatement prise en charge par la sage femme de garde, elle procède à un lavage systématique du nouveau né.

Le choix de l'allaitement (l'allaitement maternel exclusif ou allaitement artificiel) est discuté avec la maman pendant les CPN, si ce n'est pas fait la sage de garde fait dans la salle d'accouchement, et les molécules sont données en fonction du choix de l'allaitement.

Au nouveau-né allaité, le protocole de traitement des ARV est :

*NVP sirop : 2mg/kg une fois par jour à débiter immédiatement après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.

En cas de toxicité ou de non disponibilité de la NVP, utiliser de préférence :

*3TC sirop : 2mg/kg 2fois par jour.

Au nouveau-né sous alimentation de remplacement est donnée :

*AZT sirop : 2mg/kg 2fois par jour.

NB :Si la mère n'a pas reçu les ARV pendant la grossesse ,la prophylaxie chez le nouveau-né continuera jusqu'à 12 semaines.

Le pédiatre s'occupera pour le reste de la prise en charge.

Les autres IST sont prises en charge par les algorithmes.

4. Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon est de 302 gestantes.

5. Critères d'inclusion:

.Toutes les gestantes acceptant de façon volontaire l'enquête et suivies au CSRefC1.

6. Critères de non inclusion

Toutes les gestantes non consentantes.

Toutes gestantes suivies en dehors du CS Réf CI.

7. Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Epi data 3.1.Traites sur SPSS version 20.0

Le document a été rédigé sur l'ordinateur grâce au logiciel Microsoft Word 2010.

8. Aspects éthiques :

- **Valeur scientifique de l'étude** : cette étude servira de base de données pour les chercheurs dans le futur.

- **L'anonymat**: Les noms sont remplacés par un numéro.

-**Consentement éclairé** : l'étude a été expliquée à toutes les gestantes, elles ont compris et adhéré de manière volontaire.

9. Références:

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver.

CHRONOLOGIE DES ACTIVITES (DIAGRAMME DE GANTT)

PERIODE ACTIVITES	ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 – 2015									
	JUIN	JUIL.	AOU.	SEPT.	OCT.	NOV.	DEC.	JAN.	FEV.	MAR.
Revue de la littérature	X	X								
Elaboration du questionnaire	X	X								
Elaboration du masque de saisie et test du logiciel		X								
Enquête sur le site			X	X	X	X	X	X		
Saisie, traitement et analyse des données								X	X	X
Rédaction de la thèse									X	X

RESULTATS

IV RESULTATS

Les fréquences ci-dessous permettront de mieux comprendre les différents tableaux.

*Nombre total de CPN=**405**

*Nombre total d'enquêtées=**302**

*Nombre de personnes qui pensaient qu'on peut éviter les IST et
VIH/SIDA=**238/302**

*Nombre de personnes acceptant d'héberger un parent séropositif=**179/302**

*Nombre de personnes n'acceptant pas d'héberger un parent séropositif=**15/302**

*Nombre de personnes réalisant un test de dépistage avant cette étude=**78/302**

*Nombre de personnes acceptants le dépistage du VIH=**217/302**

*Nombre de personnes refusant le test de dépistage=**85/302**

*Nombre de personnes croyant l'existence du traitement au VIH=**220**

*Nombre de personnes séropositives **09/217**

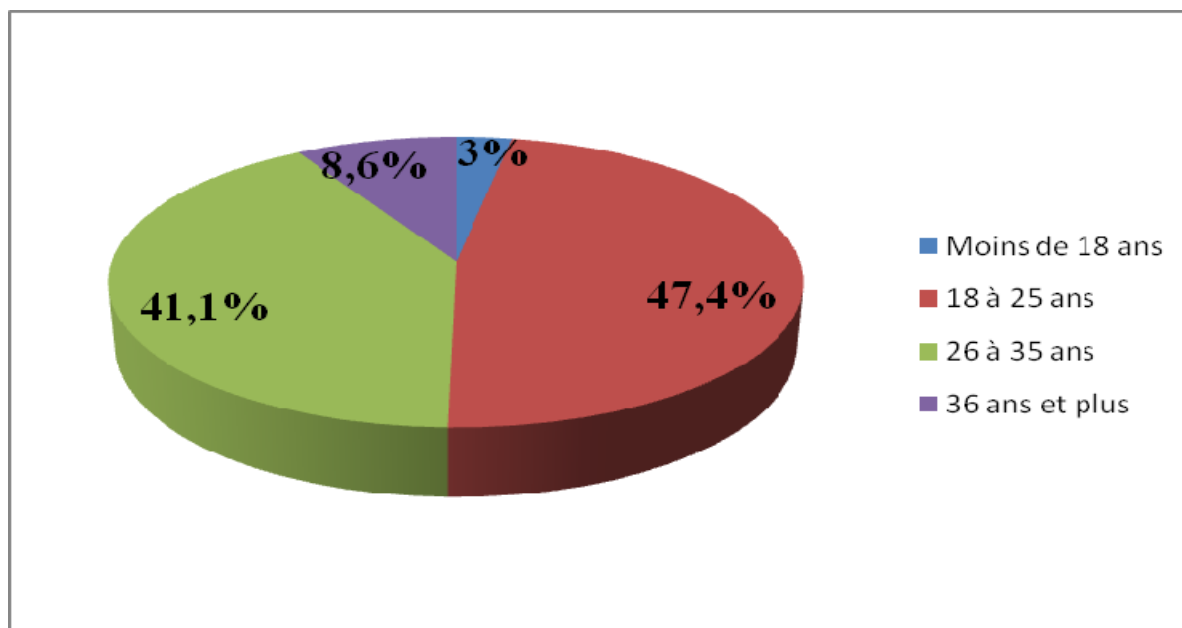


FIGURE 4: Répartition des femmes par tranches d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était **18-25ans** soit **47,4%**

Tableau II: Relation entre la tranche d'âge et la situation matrimoniale

Situation matrimonial	Tranche d'âge			
	Moins de 18 ans	18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 ans et plus
Célibataire	5(1,6%)	25(8,3%)	8(2,7%)	0(0,0%)
Mariée	4(1,3%)	112(37,1%)	104(34,4%)	22(7,3%)
Divorcée	0(0,0%)	6(2,0%)	6(2,0%)	0(0,0%)
Veuve	0(0,0%)	0(0,0%)	6(2,0%)	4(1,3%)

Les mariées étaient majoritairement représentées dans notre étude avec **80,1%**
Et celles qui avaient un âge compris entre **18 à 25 ans** étaient plus nombreuses avec **37,1%**.

Tableau III : Relation entre la tranche d'âge et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Tranche d'âge			
	Moins de 18 ans	18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 ans et plus
Non scolarisée	2(0,7%)	72(23,8%)	90(29,8%)	25(8,3%)
Primaire	5(1,6%)	32(10,6%)	21(6,9%)	0(0,0%)
Secondaire	2(0,7%)	31(10,3%)	9(3,0%)	1(0,3%)
Supérieur	0(0,0%)	8(2,7%)	4(1,3%)	0(0,0%)

Plus de la moitié des sujets étaient non scolarisées soit **62,6%** et celles qui avaient un âge compris entre **26 à 35ans** étaient plus représentées soit **29,8%**.

Tableau IV : Relation entre la tranche d'âge et la profession

Profession	Tranche d'âge			
	Moins de 18 ans	18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 ans et plus
Commerçante	0(0,0%)	16	31	2(0,7%)
Etudiante	1(0,3)	20	3(1,0%)	0(0,0%)
Elève	5(1,6%)	8	0(0,0%)	0(0,0%)
Vendeuse	2(0,7%)	10	6(2,0%)	6(2,0%)
Secrétaire	0(0,0%)	3(1,0%)	0(0,0%)	1(0,3%)
Coiffeuse	0(0,0%)	9(3,0%)	6(2,0%)	0(0,0%)
Ménagère	1(0,3)	60(19,9%)	70(23,2%)	17(5,7%)
Aide-ménagère	0(0,0%)	3(1,0%)	1(0,3)	0(0,0%)
Militaire	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,3)	0(0,0%)
Médecin	0(0,0%)	1(0,3)	2(0,7%)	0(0,0%)
Infirmière	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,3)	0(0,0%)
Sage femme	0(0,0%)	2(0,7%)	1(0,3)	0(0,0%)
Transitaire	0(0,0%)	2(0,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Teinturière	0(0,0%)	9(3,0%)	2(0,7%)	0(0,0%)

Les ménagères représentent **49%** et celles qui ont un âge compris **26-35ans** étaient plus nombreuses **23,2%**

Tableau V : Répartition selon la résidence

Résidence	Effectif	%
Korofina	41	13,6
Djélibougou	53	17,5
Boukassoumbougou	44	14,6
Doumanzana	33	10,9
Fadjiguila	38	12,6
Banconi	57	18,9
Sikoroni	14	4,6
Sotuba	13	4,3
Moribabougou	4	1,3
Sangarebougou	2	0,7
Hippodrome	2	0,7
ATTbougou	1	0,3
Total	302	100

La majorité des enquêtées résident à Banconi avec **18,9%**

Tableau VI : Répartition des sujets selon leur connaissance antérieure des IST et VIH/SIDA.

Entendu parler du sida	Effectif	%
Oui	302	100,0
Non	0	0,0%
Total	302	100%

Toutes les femmes enquêtées ont entendu parler des IST et du VIH/SIDA **100%**

Tableau VII : Relation entre la tranche d'âge et la possibilité d'éviter les IST et VIH/SIDA

Eviction du VIH/SIDA	Tranche d'âge			
	Moins de 18 ans	18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 ans et plus
Oui	9(3,0%)	110(36,4%)	98(32,4%)	21(7,0%)
Non	0(0,0%)	11(3,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)
NSP	0(0,0%)	22(7,3%)	26(8,6%)	5(1,6)

La plus part de nos enquêtées soit **78,8%** étaient d'accord qu'on peut éviter les IST et du VIH/SIDA et celles qui ont une tranche d'âge **18à 25ans** étaient majoritairement représentées soit **36,4%**.

Tableau VIII: Relation entre la tranche d'âge et comment faire pour éviter les IST et du VIH/SIDA.

Si oui, comment faire pour l'éviter	Tranche d'âge			
	Moins de 18 ans	18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 ans et plus
S'abstenir complètement de rapport sexuel	3(1,0%)	75(24,8%)	70(23,2%)	17(5,6%)
Utiliser des condoms chaque fois qu'on a des rapports sexuels	1(0,3%)	30(10%)	18(6,0%)	2(0,7%)
Limiter rapport sexuel avec un partenaire/rester fidèle à un seul partenaire	0(0,0%)	9(3,0%)	2(0,7%)	0(0,0%)
Eviter de partager rasoirs/lames	5(1,6%)	12(4,0%)	13(4,3%)	3(1,0%)
Eviter de partager nourriture avec quelqu'un atteint de sida	0(0,0%)	1(0,3%)	1(0,3%)	0(0,0%)
Chercher protection des guérisseurs traditionnels	0(0,0%)	3(1,0%)	5(1,6%)	0(0,0%)

Plus de la moitié des sujets **61,1%** pensaient qu'on peut éviter les IST et du VIH/SIDA en s'abstenant complètement de rapport sexuel, et la tranche d'âge la plus représentée était **18à25ans** soit **24,8%**.

Tableau IX : Répartition des sujets selon leur avis sur la transmission des IST et du VIH/SIDA par piqure de moustiques.

Transmission par piqure de moustique	Effectif	%
Oui	23	7,6
Non	227	75,2
NSP	52	17,2
Total	302	100

Plus de la moitié des sujets, **75,2%** ont évoqué que les IST et le VIH/SIDA ne se transmet pas par piqure de moustique.

Tableau X : Répartition des sujets selon leur avis de la transmission des IST et du VIH/SIDA par le partage de nourriture.

Transmission par la nourriture	Effectif	%
Oui	14	4,6
Non	190	62,9
NSP	98	32,5
Total	302	100

Plus de la moitié des sujets soit **62,9%** ont évoqué que les IST et le VIH/SIDA ne se transmet pas par le partage de nourriture.

Tableau XI : Répartition des sujets selon leur avis sur la prévention des IST et du VIH/SIDA par l'abstinence sexuelle.

Abstinence	Effectif	%
Oui	104	34,4
Non	118	39,1
NSP	80	26,5
Total	302	100

La majorité des sujets soit **39,1%** pensent que l'abstinence sexuelle n'est pas un moyen de prévention contre le VIH/SIDA.

Tableau XII: Répartition des sujets selon leur avis sur la prévention des IST et du VIH/SIDA par le port de condom.

Port du condom	Effectif	%
Oui	198	65,6
Non	18	6,0
NSP	86	28,5
Total	302	100

La prévention des IST par le port du condom a été évoquée dans **65,6%** des cas.

Tableau XIII: Répartition des sujets selon leur avis sur la prévention des IST et du VIH/SIDA par la fidélité.

Fidélité	Effectif	%
Oui	135	44,7
Non	51	16,9
NSP	116	38,4
Total	302	100

La prévention des IST par la fidélité a été évoquée dans **44,7%** des cas.

Tableau XIV : Répartition des sujets selon leur avis sur la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Transmission mère – enfant	Effectif	%
Oui	259	85,8
Non	5	1,7
NSP	38	12,6
Total	302	100

Dans notre étude **85,8%** des sujets connaissaient la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Tableau XV : Répartition des sujets selon leur source d'information sur le VIH/SIDA

Source d'information	Effectif	%
Radio	152	50,3
Télé	144	47,7
L'école	4	1,3
Ami/Parents	2	0,7
Total	302	100

La source d'information la plus évoquée sur le VIH/SIDA a été la radio dans **50,3%** des cas.

Tableau XVI : Répartition selon la connaissance des endroits de dépistage du VIH.

Endroit pour faire le dépistage	Effectif	%
Oui	277	91,7
Non	25	8,3
Total	302	100

Plus de la moitié des sujets connaissent un endroit pour faire le test de dépistage du VIH soit **91,7%**.

Tableau XVII : Répartition des sujets selon leur avis d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

Avis d'hébergement	Effectif	%
Oui	179	59,3
Non	15	4,9
NSP	108	35,8
Total	302	100

La plus part des enquêtées soit **59,3%** étaient d'accord pour héberger un proche ou parent séropositif dans leur foyer.

Tableau XVIII : Répartition selon la raison pour laquelle on peut héberger une personne séropositive.

Motif d'hébergement	Effectif	%
Allez manger avec lui, parce que non transmissible par le manger	137	76,1
Dormir dans la pièce, parce que c'est sans danger	38	21,7
Laisser vos enfants avec lui est sans risque	4	2,2
Total	179	100

Plus de la moitié des sujets, **76,1%** pensent que le VIH ne se transmet pas par le manger.

TABLEAU XIX : Répartition selon la raison de ne pas héberger un parent séropositif.

Motif de refus d'hébergement	Effectif	%
Sa présence est dangereuse pour les enfants	6	40
Simplement n'a pas envie	9	60
Total	15	100

L'étude montre que **60%** des sujets n'ont pas simplement envie d'héberger un parent séropositif.

Tableau XX : Répartition selon la connaissance d'une personne décédée du sida.

Décédé du sida	Effectif	%
Oui	16	5,3
Non	286	94,7
Total	302	100

L'étude nous montre que **94,7%** n'ont pas vu une personne décédée du sida.

Tableau XXI : Répartition selon l'avis sur le non partage du statut sérologique.

Statut secret	Effectif	%
Oui	51	16,9
Non	155	51,3
NSP	96	31,8
Total	302	100

La moitié de nos sujets soit **51,3%** pensent qu'on doit partager son statut sérologique.

Tableau XXII : Répartition selon la réalisation du test de dépistage du VIH avant cette grossesse.

Test de dépistage	Effectif	%
Oui	78	25,8
Non	224	74,2
Total	302	100

Presque toutes nos enquêtées soit **74,2%** n'ont pas fait un test du VIH avant cette grossesse.

Tableau XXIII : Répartition des sujets ayant effectué le test de dépistage selon leur conseiller.

Conseiller	Effectif	%
Parent/Fiancé	4	8,3
Ami	4	8,3
Agent de santé	70	83,3
Total	78	100

Dans notre étude **83,3%** des sujets étaient conseillé par un agent de santé pour effectuer un test du VIH.

Tableau XXIV : Répartition des sujets selon la disponibilité à effectuer le test de dépistage du VIH/SIDA pendant cette grossesse.

Etre prêt à faire le test de dépistage	Effectif	%
Oui	217	76,0
Non	85	24,0
Total	302	100

La plus part soit **96%(N=217)** des sujets étaient prêt à faire le test du VIH, contre **24%(N=85)** des sujets ne sont pas prêt à faire le test du VIH.

Tableau XXV: Répartition des sujets selon les motifs de dépistage du VIH/SIDA.

Motif de dépistage	Effectif	%
Veut connaitre son statut sérologique	201	86,8
Pour pouvoir se traiter précocement	6	5,1
Pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositive	1	0,6
Pour se rassurer	9	7,5
Total	217	100

La majorité des sujets dépistés soit **86,8%** ont comme motif de reconnaître leur statut sérologique.

TABLEAU XXVI : Répartition des sujets selon le motif qui les empêche de faire le test de dépistage.

Motif de refus de faire le test de dépistage	Effectif	%
Par crainte de connaître son statut séropositif	60	75
Par crainte d'être infecté par le test (acte)	10	10
N'a pas envie	15	15
Total	85	100

Plus de la moitié des sujets, **75%** ont refusé le test du VIH par crainte de connaître leur statut sérologique.

Tableau XXVII: Répartition selon la connaissance sur l'existence de traitement du VIH.

Traitement	Effectif	%
Oui	220	72,8
Non	44	14,6
NSP	38	12,6
Total	302	100

Plus de la moitié des sujets soit **72,8%** pensent qu'il ya un traitement au VIH.

Tableau XXVIII : Répartition selon la gratuite ou non du traitement du VIH.

Traitement	Effectif	%
Payant	90	40,5
Gratuit	130	59,5
Total	220	100

La majorité des sujets soit **59,5%** pensent que le traitement est gratuit.

Tableau XXIX : Répartition selon la disponibilité des ARV au Mali.

Disponibilité de médicaments	Effectif	%
Oui	143	67,2
Non	7	2,3
NSP	70	30,5
Total	220	100

Dans notre étude **67,2%** des sujets pensent que les ARV sont disponible au Mali.

Tableau XXX : Répartition selon le résultat de la sérologie.

Le résultat de la sérologie	Tranche d'âge			
	Moins de 18 ans	18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 ans et plus
Négatif	5(2,3%)	95(43,8%)	92(42,4%)	16(7,4%)
Positif	0(0,0%)	3(1,4%)	5(2,4%)	1(0,5%)

La majorité des sujets **95,7%** sont séronégatives contre **4,3%** des séropositives et la tranche d'âge la plus touchée est de **26 à 35ans**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographique :

1. Age et résidence

Nous avons reçu 405 femmes enceintes dans la salle de consultation prénatale dont 302 femmes enceintes ont bénéficié du counseling et 217 ont accepté le test du VIH.

Notre enquête a concerné 302 femmes enceintes, âgées de **16 à 43 ans**. Celles qui avaient un âge compris entre **18 à 25 ans** étaient les plus nombreuses avec une fréquence de **47,4%**.

La même observation a été faite par BAMBANA H. **64%** [55] et GUINDO A. **34,8%** [56].

Les femmes enceintes qui résident à Banconi étaient majoritairement représentées avec **18,9%**. Cela s'explique par le fait que Banconi est le quartier le plus peuplé de la commune I.

2. Profession, situation matrimoniale et niveau d'instruction

Dans notre étude **80,1%** des sujets étaient mariées. Ce résultat est nettement inférieur à ceux trouvés par HAIDARA M.I. [53] avec **69%** des cas. Il pourrait s'expliquer par le fait que les femmes non mariées utilisent des méthodes de contraceptions pour éviter de tomber enceintes avant le mariage.

L'étude nous a permis de savoir que la majorité des femmes enceintes étaient non scolarisées avec **62,6%**.

La profession ménagère était la plus représentée avec **49%** suivie des commerçantes **16,2%**. Dans notre société, les ménagères et les commerçantes sont les couches socioprofessionnelles les plus nombreuses, cela pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation des filles dans notre pays.

3. Connaissance en matière des IST et du VIH/SIDA

Toutes les participantes dans notre étude avaient entendu parler des IST et du VIH/SIDA soit **100%** avec comme principale source d'information la radio dans **50,3%** des cas. Ces résultats sont supérieurs a ceux d'EDSMIV [54]qui trouve respectivement **85,9% et 46%**.

A propos des moyens de prévention du VIH, l'abstinence était évoquée chez **34,4%** comme un moyen de prévention des IST et VIH/SIDA.

Le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués avec respectivement **65,6%, 44,7%**.

Ces taux sont inférieurs à ceux de COULIBALY MD. [3] qui trouve respectivement **76,6%, 73,6% des cas**. Cette différence des taux s'expliquent par le fait que la population enquêtée n'ayant pas encore d'informations suffisantes sur le mode de prévention du VIH.

Dans notre étude 75,2% des sujets enquêtés pensaient que les IST et VIH/SIDA ne se transmettent pas par piqure de moustique. Tandis que la transmission par le partage de nourriture a été la moins évoquée avec 4,6% des sujets.

Dans notre étude **85,8%** des sujets connaissaient la transmission mère –enfant du VIH/Sida et **12,6%** des sujets n'avaient aucune idée sur ce mode de transmission. Contrairement a ceux de COULIBALY MD **47,5%** des sujets ne connaissent pas la transmission mère-enfant et 25,9% des sujets n'avaient aucune idée sur ce mode de transmission.

Le moyen de communication la plus évoquée été la radio suivi de la télévision avec respectivement **50,3% et 47,7%**.La même observation a été fait chez COULIBALY MD.

La plupart des participantes dans notre étude connaissent un endroit pour faire un test de dépistage soit **91,7%**. Ce qui temoigne que des efforts remarquables ont été faits en matière de communication.

Attitudes et pratiques comportementales :

Dans notre étude, une grande proportion de nos sujets enquêtés étaient consentantes à héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer soit **59,3%**, **4,9%** ne l'étaient pas et **35,8%** n'avaient aucune idée.

Ces résultats sont contraires a ceux de **MAIGA S.** [35] qui trouve respectivement **25%,60% et 15%**.

Dans notre étude **96%** des sujets étaient prêts à faire le test de dépistage du VIH/SIDA ce qui montre qu'une grande avancée a été faite en matière de sensibilisation.

A propos du traitement, plus de la moitié des sujets savent l'existence, la **gratuité** et la **disponibilité du traitement ARV** au Mali soit respectivement **72,8%, 59,5% et 67,2%**.

Cette étude nous a permis d'obtenir une prévalence de **4,3%** du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au CSRefCI et la tranche d'âge la plus touchée est de **26 à 35ans**. Ce taux est inférieur à celui de **KOINA D.** [57] qui trouve **6,2%** en 2012.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. Conclusion :

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances en matière des IST et du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. 302 femmes enceintes répondant à nos critères d'inclusion ont été recensées.

Au terme de cette étude, nous avons trouvé une prévalence de 4,3% du VIH chez les femmes enceintes malgré leur connaissance moyenne sur le mode de transmission et les moyens de préventions du VIH /SIDA.

La transmission verticale c'est-à-dire de la mère à l'enfant n'est pas encore connue par certaines femmes.

Cette situation par certaines femmes doit être prise en compte et corrigée car 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/SIDA doivent être une priorité de nos jours, car trente ans après la découverte de premier cas, le SIDA a cessé d'être uniquement un problème de santé publique pour devenir un véritable problème de société et surtout de développement.

Les difficultés rencontrées sont nombreuses :

- Manque de local idéal de counseling.
- Nombre insuffisant de personnel chargé de la PTME.
- Rupture des réactifs et des ARV parfois.

Ceux-ci nous ont permis de formuler certaines recommandations.

VII. RECOMMANDATIONS :

2. Recommandations

Au terme de cette étude, les présentes recommandations sont formulées et s'adressent :

Aux autorités sanitaires et politiques

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur les medias portant sur la PTME.
- Former et superviser régulièrement les agents de santé impliqués dans les activités de la PTME;
- Créer des sites de PTME au niveau de tous les centres de santé et y affecter du personnel qualifié;
- Assurer une disponibilité permanente de tests de dépistages dans les salles de consultations prénatales.

Au centre de santé de référence de la commune I :

- Assurer une disponibilité permanente des ARV au niveau de la maternité ;
- Créer un local idéal de counseling au niveau de la maternité afin de garantir la confidentialité.

Aux populations :

- Fréquenter les unités de soins prénataux tout en adhérant au programme de PTME;

Au personnel de santé :

- Considérer la grossesse chez une femme infectée par le VIH comme une grossesse à haut risque sur le plan médical et en assurer t la prise en charge est pluridisciplinaire,
- Respecter les gestes préventifs conseillés pour les femmes séropositives en salle de consultation prénatale, d'accouchement et aux nouveau-nés en post-partum immédiat,

REFERENCES

Rapport-gratuit.com 

VII REFERENCES

1-Cheick H. KOUNTA

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes lycéens en matière des IST du VIH et du sida dans la commune urbaine de Sikasso, Mali. Thèse de Médecine 2012.

2- FOMBA B.

Connaissances ; attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens face aux IST VIH/SIDA en milieu scolaire dans la commune I du district de Bamako. Thèse de Médecine 2009.

3- COULIBALY MD.

Connaissances ; attitudes et pratiques comportementales des jeunes de 15 a 24ans face au VIH/SIDA dans la commune rurale de sangarébougou .Thèse de Médecine 2012.

4-Stratégie mondiale du secteur de la santé sur VIH/SIDA 2011-2015.

5- ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie Mondiale de sida 2013.

6- ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale 2011.

7-GOUNT H.

Étude sur les Connaissances, Attitudes, Pratiques et Comportements des Adolescents en Matière de Sexualité, Procréation et VIH/SIDA. Université de Brazzaville 2008.

8-. Plan National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010.MALI

9. Programme des subventions ROCARE pour la recherche en éducation (Impact de la connaissance du VIH et SIDA sur le comportement sexuel chez les élèves dans deux établissements de Sikasso. Edition 2009.

10-Module sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

11-Della Betta- Fiel. M. NLLAGAM, ISLAM.M

La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids cap/
USAID 1997 ; 5-15

12-Description du VIH : disponible sur [http : // . w . w . w . / France . com / seb IV / descrip . / ttm](http://.w.w.w./ France.com/seb IV/ descrip. / ttm)

13-Djiré M, Gueye, Konaté MK, Sames O

Santé de la reproduction au sahel : les jeunes en danger. Résultat d'une étude
des cinq pays de l'Afrique de l'ouest. CERPOD, 1996 ; 47p

**14-Direction nationale de la santé publique, programme national de lutte
contre le SIDA.**

La prise en charge syndromique des MST . Manuel d'appui 1997; p 4 et p 8

**15-E .PICHARD; A.GUINDO; G.GROSSETTE, FOFANA Y; MAIGA,
B.KOUMARE
et coll.**

L'infection par le VIH au Mali, MedTrop, octobre-décembre 1988 volume
48,no4 pages 345-349

16-ESSEX M.

Isolation of HTLV retrovirus related from wild caught Africa green Monkeys.
Science vol 230 new 25; 1985 p 951-954

17- Fleury HJA 2eme édition Paris

Virologie humaine paris Masson 2éme édition paris Masson 1997 ;
195enfant(PTME)

18-Fleury HJA.

Virologie humaine paris Masson ,2000; 928p

19-Gallo R-C.

Detection, isolation and continuous production of cytophatic retrovirus from
patients, with AIDS and Arcs. Science 1984; 224; 497P

20-Gallo R-C.

Frequent detection and isolation of cytophatic retrovirus (HTL
III) from patients with Aids and risk for Aids. Science 1983; 224:500-503

21- Gentilini M.

22-GLUMECK N; MASCART-LEMOINEF, DEMAVBEUGE J.

Acquired immunodeficiency syndrome in black Africans lancet 1983; 11:6
Doin. j Paris 12-16

23-hitchcock p; fransenl;

Preventing HIV infections. Lessons from wanga and Rakai the lancet
1999:353:503-514

24-Holmes K.K Delay P Crohen M.S

La lutte contre les MST une priorité en santé publique 1995; 9-13

25-[http:// documentation.ledmed.org/igm/html/doc 10797.html](http://documentation.ledmed.org/igm/html/doc_10797.html)

**26-institut national de la statistique (INS)-Enquête démographique et de
santé 1998-1999.ministère de la santé publique/INS, Abidjan, Côte d'ivoire,
2000.**

27-institut royal des tropiques : Relever les défis du VIH/SIDA et des MST
Aids /SAF Aids/OMS 1995. 5-7

28: in: [www. Yahoo encyclopedie.fr/SIDA](http://www.Yahoo.encyclopedie.fr/SIDA):

29 : Jossay, M donadien y le SIDA

Étude, prévention, traitement, paris malaine 1987; 41p

30-Kodjovi kouwanou, patrice Muka Hirwa :

Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé « Evac jeune 1 »
Connaissance, attitudes et pratiques sexuels des jeunes de Lomé focus on Young

31-la prévention du VIH/SIDA disponible sur le site ensemble contre le sida

35-MAIGA :

Connaissance, attitudes et comportements sexuels en matière de
MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN de Bougouni et lycée Monseigneur De
montclos de SIKASSO. Thèse Med Bamako 2000

36-Mamadou S ; Montavonc ; Ben A ; Djibo.A, Rabiraus et al.

Predominance of CRFO 2 AG and CROF 06 cpx in Niger West Africa. Aids
research and human retrovirus 2002, 18 (sous presse)

**37: MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU
COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA, Manuel de référence Août
2006 Page : 2

38-Modieli M-Z.

Surveillance épidémiologique du VIH/SIDA : cas de la
Surveillance sentinelle 2002 au Mali
Thèse pharmacie, FMPOS 2004-106p-19 Bamako

39-Montagnier L.

Isolation of HT2 retrovirus (LAV).from zarian married couayte one with Aids
one with Arc. Lancet 1984; 1183-1185

40- Montagnier L.

Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de
l'OMS Mars 1988 p 12

41-- ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2007

42-ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du sida, Genève, 2006

43- ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2006 p154

44-ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2002, p231

**45-ONU SIDA baisse des taux d'infection à VIH associée à l'évolution des
comportements sexuels en Thaïlande 1998 ; 1-2**

46-ONU SIDA/OMS les principes directeurs applicables à la surveillance des
IST et VIH dans le monde 199-1-15

47-OVER M.PIOT; HIV Infection and sexually transmitted diseases in
diseases control priorities in developing countries Washington. Oxford
University 1993;5-25

48-Peeters Mulanga—Ka Beyac, Deleporte E.
La diversité génétique du VIH virologie2000;4:371-81

49-Pilly E .
Maladies infectieuses 15ème édition paris 1996 ; 453
56PNLS/OMS l'épidémie à VIH population cibles et activité en matières de
Prévention, 1994 ; 45

50-Rosenheim M et A.I Touangaporo
SIDA et infection à VIH : aspect en zone tropicale
Paris : méd. Trop, éd ELLIPSES. AUPELF 9 :101-109

51-SACKO D.
Connaissances attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata
DIALLO en matière de planification familiale, des maladies
Thèse Med, Mali 2000 ; 139p sexuellement transmissibles et du sida

52-SALAH ED, GRUNITZKY-BEKELE M, BASSABI K ET coll.
Comportements sexuels, connaissances et attitudes des étudiants de l'universités
et URD, sfpf, juin 2000 p27

53-HAIDARA M. I.Connaissances et attitudes des clients masculins des
coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH/SIDA. Thèse Med, Bamako, 2008 ;
p.66

54-Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.
Enquête démographique de santé Mali IV (EDS IV/MALI), 2006.

55-BAMBA H.

Etude : prévalence, facteurs de risque des IST/VIH/SIDA au CSRéfCII. Thèse de Médecine, Bamako 2007.p.30

56-GUINDO. A

Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes

Responsables de MST/SIDA dans une population de femme âge de procréer dans le centre de la commune II du district de Bamako. Thèse pharmacie 1994, Bamako. p.42.

57-KOINA D.

Étude de la prévalence et les facteurs de risques de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes à la maternité du centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako. P.61.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Questionnaire d'entretien

Le présent questionnaire est un travail qui entre dans le cadre des recherches concernant l'élaboration d'une thèse doctorale à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS). Il ne pourra en aucun cas vous porter préjudice.

Critère : Etre une femme enceinte qui fait ces CPN au CS Réf Commune I.

Nous vous remercions pour votre entière collaboration !

1. Date : __/__/2014 **2. N° fiche :** /___/

3. Langue d'entretien : /___/ 1=Bambara 2=Français

5. Consentement : /___/1=accepter 2=refuser 3=retrait de l'étude

I/ Les caractéristiques socio – démographiques :

6. Age : /_____/

8. Régime matrimonial : 1=célibataire 2=mariée 3=divorcée 4=veuve

9. Niveau d'instruction : 1=Non Scolarisée 2=Primaire 3=Secondaire
4=Supérieur

10. Profession: /___/ 1=Commerçante 2=Etudiante 3=Elève
4=Vendeuse 5=Secrétaire 6=Coiffeuse 8=Ménagère 9=Aide-
ménagère 10= 11=Militaire 12=Médecin 13=Infirmière 14=Sage-
femme 99=Autre à préciser :.....

11. Résidence : /_____/

II/Connaissances :

**12. Avez-vous entendu parler des IST et du VIH/SIDA? /__/ 1=oui ;
2=non**

13. Peut-on l'éviter ? /__/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

**14. Si oui, comment faire pour l'éviter (ou s'en protéger) ? (Cochez une
seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus
pertinente pour vous /__/**

1. S'abstenir complètement de rapport sexuel
2. Utiliser des condoms chaque fois qu'on a des rapports sexuels
3. Limiter rapport sexuel avec un partenaire/rester fidèle à un seul partenaire
4. Eviter de partager rasoirs/lames
5. Eviter de partager nourriture avec quelqu'un atteint de Sida
6. Chercher protection des guérisseurs traditionnels
99. Autre : (à préciser) :.....

**15. Peut-on contracter les IST et du VIH/SIDA par piqûre de moustiques ?
/__/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP**

**16. Peut-on contracter les IST et du VIH/SIDA en partageant la nourriture
avec quelqu'un atteint de Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non ;
88=NSP**

**17. Est-ce qu'on peut se protéger des IST et du VIH/SIDA en s'abstenant
complètement de rapports sexuels ? /___/ 1=oui ; 2=non ;
88=NSP**

**18. Peut-on se protéger des IST et du VIH/SIDA en utilisant un condom à
chaque rapport sexuel? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP**

19. Est-ce qu'on peut se protéger des IST et du VIH/SIDA en limitant les rapports sexuels avec un seul partenaire ou rester fidèle à un seul partenaire ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

20. Pensez-vous que le virus qui cause le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

21. Avez-vous personnellement connu quelqu'un qui a le virus du Sida ou qui serait décédé du Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non

22. Est-ce qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus du sida ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

III/ I.E.C (information, éducation et communication)

23. Si vous avez entendu parler de Sida, ou en avez-vous entendu parler ? (Cochez une seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /___/

1=Radio ; 2=Télé ; 3=Journaux ; 4=Affiches ; 5=L'école ; 6=Ami/Parents ;
99=Autres : (à préciser).....

24. Connaissez-vous un endroit (service) ou vous pourriez faire un test de dépistage du VIH ? /___/ 1=oui ; 2=non

25. Ou pouvez vous aller pour ce test de dépistage ? (cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /___/

1=Hôpital, 2=Clinique, 3=Pharmacie, 4=Guérisseur,

99=Autre (à préciser).....

26. En sachant qu'une personne ou un parent est séropositif, l'accepteriez dans votre foyer ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

27. Si oui, pourquoi et comment ? / ___/

1. Allez manger avec lui, parce que non transmissible par le manger
2. Dormir dans la même pièce, parce que c'est sans danger
3. Laisser vos enfants avec lui est sans risque
99. Autre (à préciser).....

28. Si non, pourquoi? / ___/

1. on peut l'attraper en mangeant avec lui
 2. On peut la contracter en dormant dans la même pièce
 3. Sa présence est dangereuse pour les enfants
 4. Simplement n'a pas envie 99.
- Autre :.....

29. Pensez-vous qu'une personne séropositive doit garder son statut secret ?

/ ___/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

30. Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH avant cette grossesse ?

/ ___/

1=oui ; 2=non

31. Si oui, qui vous la conseille ? / ___/

1=parent/Fiancé ; 2=Ami ; 3=Agent de santé ;

99=Autre (à préciser).....

32. Si non, êtes-vous disposé à le faire maintenant? / ___/

1=oui ; 2=non ;

33. Si oui, pourquoi ? / ___/

1. Veut connaître son statut sérologique
2. pour pouvoir se traiter précocement

3. pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositif
4. pour se rassurer
99. Autre (à préciser).....

34. Si non, pourquoi ? / ___ /

1. Par crainte de connaître son statut séropositif
2. Par crainte d'être infecté par le test (acte)
3. N'a pas envie
99. Autre (à préciser).....

35. Est ce qu'une mère séropositive peut transmettre le virus a son enfant ? / ___ / 1=Oui 2=Non 88=NSP

36. Ya t'il un traitement au VIH ?/ ___ / 1=Oui 2=Non 88=NSP

37. Le traitement est il payant ou gratuit ?/ ___ /

1=Payant 2=Gratuit

38. Le médicament est il disponible au Mali ?/ ___ /

1=Oui 2=Non 88=NSP

39. Le résultat de la sérologie / ___ /

1 : Négatif 2 : Positif

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénoms : Famory

Téléphone : 76 29 50 79

Titre : EVALUATION DES CONNAISSANCES EN MATIERE DES IST
ET DU VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES ENCEINTES AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE
BAMAKO.

Ville de Soutenance : BAMAKO.

Pays d'origine : MALI.

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE DE LA FMOS DU MALI.

Secteur : Santé Publique gynéco-obstétrique.

Résumé

Notre étude transversale descriptive a porté sur 302 femmes enceintes durant une période de 06mois allant du 1^{er} Aout 2014 au 31 Janvier 2015 à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

Elle a permis d'établir

La tranche d'âge la plus représentée était 18-25ans soit 47,4%.

Les femmes mariées étaient plus représentées 80,1%.

Les ménagères étaient majoritairement représentées 49%.

La transmission mère-enfant était chez 85,8% .

Parmi les 217 gestantes dépistées 09gestantes sont séropositives soit 4,3%.

Mots clés : connaissance, matière, IST et VIH/SIDA, femmes enceintes

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !