



Article Original

Dépistage de Rattrapage du VIH en Salle de Naissance au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako

Catch-up screening for HIV in the delivery room at the Reference Health Center of Commune V of Bamako

Traoré SO¹ Bocoum A², Saleck D¹, Coulibaly Y¹, Djan S¹, Diakité N¹, Diallo I¹, Théra A³, Tégueté I², Traoré Y², Mounkoro N², Traoré M¹, Dolo A²

RÉSUMÉ

Objectifs. Évaluer l'effet du counseling pour le dépistage VIH en salle de travail chez les patientes n'ayant pas bénéficié de cette activité lors des CPN. **Méthodologie.** L'étude s'est déroulée au CSRéf de la commune v de Bamako du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014. L'échantillonnage consécutif portait sur toutes les parturientes admises en salle de travail avec une dilatation cervicale à 4 cm ou plus et dans le post- partum immédiat avec un âge gestationnel ≥ 28 SA ou un poids fœtal ≥ 1000 g. Le test par bandelette a été utilisé après consentement éclairé des patientes. La confirmation a été faite avec l'immunocomb II VIH1 et 2 Bi spot. **Résultats.** Nous avons trouvé que 4,34% (380) des parturientes n'avaient pas fait le dépistage VIH lors du suivi prénatal. En salle d'accouchement, ces 380 parturientes ont bénéficié d'un conseil dépistage volontaire au VIH. Nous avons enregistré 11 cas de refus. Parmi les 369 parturientes ayant fait le test, 37 avaient un test positif au VIH soit 10%. Leur profil était le suivant : âge moyen de 27 ans ± 07 ; non instruite dans 58,9% des cas ; vivant dans un régime polygamique dans 65,9% des cas ; suivi prénatal fait dans 95,12% des cas et 93% suivies dans les structures citées PTME. Les antirétroviraux ont été administrés à toutes les mères et aux nouveau- nés vivants. **Conclusion.** Au regard de la fréquence élevée (10%) des cas positifs dans notre étude, il est nécessaire de poursuivre les activités de conseil et dépistage volontaire en salle d'accouchement pour permettre à l'ensemble des femmes enceintes qui accouchent dans nos structures sanitaires de bénéficier des interventions de la PTME.

ABSTRACT

Objectives. To evaluate the effect of counseling for HIV screening in the delivery room in parturients who did not benefit from this activity during prenatal consultation. **Methods.** The study was carried out at the health reference center of the District V of Bamako between January 1st and December 31st, 2014. All parturients admitted into the delivery room were enrolled after brief description of the study. We included those who had cervical dilatation of 4 cm stage or more, or those in the immediate postnatal period and who had a gestational age ≥ 28 weeks of amenorrhea and/or had a baby with fetal weight ≥ 1000 g. HIV diagnosis was first performed with strip test and then confirmed with immunocomb II HIV1 and 2 Bi spot. **Results.** We found that 380 (4.34%) parturients did not perform HIV screening during antenatal care. In the delivery room, all these parturients benefited from voluntary HIV testing. We registered 11 refusals. Among the 369 parturients who performed the test, 37 (10%) were positive. The salient findings were: mean age of 27 ± 07 ; uneducated in 58.9% of cases; living in a polygamous regime in 65.9 of cases; prenatal follow-up done in 95.12% of cases and 93% were followed in the structures equipped for maternofetal transmission prevention. Antiretrovirals were given to all mothers and live infants. **Conclusion.** Given the high frequency (10%) of the positive cases in our study, it is necessary to continue counseling and voluntary screening in the delivery room to allow all pregnant women who give birth in our structures to benefit from maternofetal transmission prevention.

⁽¹⁾Centre de santé de référence de la commune V, District de Bamako, Mali

⁽²⁾Centre Hospitalier et Universitaire du Gabriel Touré, Bamako, Mali

⁽³⁾Centre Hospitalier et Universitaire du Point G Touré, Bamako, Mali

Auteur correspondant

Dr Traoré Soumana Oumar,
Gynécologue-Obstétricien,
Centre de santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) du District de Bamako.
E-mail : traoreoumar69@yahoo.fr
Tel : (+223) 66879642

Mots clés : dépistage VIH, PTME, accouchements, Bamako

Keywords: HIV testing, delivery room, mother-to child-transmission, Bamako

INTRODUCTION

La transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant demeure un problème de santé publique majeure dans le monde, en particulier dans les pays en développement où vivement près de 90% des personnes infectées [1]. Parmi ces dernières, les femmes en âge de

procréer sont les plus nombreuses. En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes reste élevée ; elle dépasse les 20% de moyenne en Afrique australe et oscille entre 4% et 18% en Afrique centrale [2]. Au Cameroun, la

prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes varie entre 8% et 17% [3]. En l'absence d'intervention, les taux de transmission mère-enfant dans les pays en voie de développement varient entre 25% et 45% dans les pays du Sud ; et, 15% et 25% dans les pays du Nord [3]. La combinaison d'interventions obstétricales (césariennes électives), nutritionnelles (substituts du lait maternel) et thérapeutiques (antirétroviraux) a permis de réduire la TME à moins de 2% dans les pays du Nord [4]. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes était estimée à 2,9% en 2012-2013 [6]. Parmi les personnes infectées, les femmes en âge de procréer sont les plus nombreuses [2]. Le conseil et le dépistage volontaire (CDV) pendant les consultations prénatales, s'est avéré utile dans les stratégies destinées à réduire la transmission verticale du VIH [5]. C'est pour cette raison que le CDV a été initié au Mali dans les années 2000 et depuis 2003 au Centre de Santé de Référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako dans le cadre de la prévention mère enfant du VIH/SIDA (PTME). Ce même centre (CS Réf CV), depuis le 25 juillet 2006 abrite en son sein une unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil (USAC). Progressivement tous les 10 Centres de Santé Communautaires (CS Com) de la Commune V ont intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activité. Pour permettre aux maximums de femmes enceintes ayant eu au moins un contact avec les services de santé de bénéficier des interventions de la PTME, le conseil de dépistage volontaire (CDV) du VIH a été proposé en salle de travail à la maternité du CS Réf CV dans le but de rattraper celles qui ont échappé à cette activité lors du suivi prénatal. La présente étude vise à évaluer l'impact du Counseling et Dépistage Volontaire du VIH en salle de travail, chez les parturientes qui n'en ont pas bénéficié.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Lieu, type et durée de l'étude

L'étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) du District de Bamako. L'étude était descriptive et transversale allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014 (12 mois).

Population cible

Elle concernait les femmes enceintes, ayant eu ou non de consultation prénatale antérieure, admises en salle de travail. L'échantillonnage était systématique et continu. Les parturientes incluses dans cette étude étaient celles ayant une dilatation cervicale inférieure ou égale à 4cm ou dans le post-partum immédiat et dont l'âge gestationnel était supérieur ou égale à 28SA ou un poids fœtal à la naissance supérieur ou égal 1000g. Elles avaient reçu le conseil pour le dépistage volontaire. Après obtention du consentement éclairé verbal, un questionnaire pré établi a été rempli pour chaque cas. Les parturientes refusant le counseling ou dans

l'incapacité de suivre le counseling ont été exclues de l'étude.

Procédure

Toutes les femmes ayant consenti au dépistage rapide étaient testées par les bandelettes. Au cours du counseling, la conseillère (sage-femme formée) faisait ressortir les avantages pour une femme enceinte à connaître son statut sérologique. Elles insistaient particulièrement sur la possibilité de bénéficier immédiatement de la prophylaxie antirétrovirale en vue de réduire la transmission mère-enfant (TME) en cas de test positif. Les parturientes étaient rassurées sur le caractère confidentiel du résultat par rapport à leur entourage. Les sages-femmes les rassuraient de leur disponibilité ainsi que leur assistance pendant la prise en charge globale ultérieure. Aussi elles précisaient aussi que chaque résultat positif allait être confirmé à l'USAC de la Commune V par l'usage d'ImmunoComb II VIH 1 et 2 Bi spot. Un prélèvement de 5ml de sang, dans les tubes à EDTA, chez toute femme disposée à connaître son statut (sérologique) à l'issue du counseling. Les parturientes avaient les résultats assez rapidement pour permettre l'application des interventions réservées aux femmes dépistées séropositives. Tous les soins de PTME étaient gratuits et les résultats de dépistage du VIH restaient anonymes et confidentiels.

Analyse des échantillons

Les prélèvements étaient centrifugés pour l'obtention du sérum. Une sage-femme de la salle d'accouchement procédait à la réalisation du test avec des bandelettes de Détermine® ABBOTT. Le résultat était connu dans un délai de 20 minutes après le prélèvement. Toutes les parturientes qui avaient un résultat du test positif au Détermine® recevaient immédiatement 1cp toutes les 12 heures de combinaison fixe selon qu'il s'agisse : Schéma préférentiel : TDF+3TC+LPV/r ; Schéma optionnel : TDF+3TC+AZT ou AZT+3TC+LPV/r. Aux nouveau-nés vivants de mère séropositive, recevaient une monothérapie selon le type de régime alimentaire choisie par la mère : Allaitement aux seins maternels : 3TC sirop : 2mg/kg/x2/j pendant 12 semaines ; Alimentation de remplacement : AZT sirop : 2mg/kg/x2/j pendant 12 semaines. Pour les nouveau-nés, les posologies ont été réajustées en fonction du poids après les 6 premières semaines. Tous les prélèvements positifs au Détermine® étaient confirmés dans les 24h par des tests immuno enzymatiques (ELISA) à l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSREF CV) du District de Bamako. Le résultat définitif était communiqué à la patiente dans le cadre d'un counseling post test complet, réalisé en post partum immédiat avant la sortie de la maternité.

Analyse des données

Les données étaient collectées à partir des fiches d'enquêtes et complétées à partir du registre d'accouchements et du laboratoire de l'USAC. Les

documentations des données et leurs analyses se sont faites avec le logiciel EPI-INFO 6 FR.

Aspects éthiques

La confidentialité a été respectée pour les parturientes. Pour ce faire, nous avons attribué un numéro à tous les dossiers. Seuls ces numéros ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données. Le consentement verbal a été obtenu pour tous les malades avant leur inclusion dans l'étude.

RÉSULTATS

En 12 mois d'étude 8.765 accouchements ont été enregistrés à la maternité du CS Réf CV dont 380 n'avaient pas bénéficié du CDV au VIH avant l'entrée en salle de travail (soit 4,34%). Ces 380 parturientes ont toutes bénéficié du counseling dont 11 cas de refus (3%). Les femmes avaient un âge moyen de 27ans±0,7et une parité ≥ 4 dans 82,1%. Elles étaient mariées dans 97% (Tableau I).

Tableau I : Données socio démographiques

Variabiles	Résultats	%
Age moyen	27 ans±0,7	
Non instruites	217	58,8
Mariées	358	97%
Polygame	243	65,9%
Parité ≥ 4	303	82,1%

Parmi les 369 ayant accepté de faire le dépistage à l'issue du counseling 37 était VIH positifs soit une prévalence de 10%. La grossesse était suivie dans 95,1% (Tableau II).

Tableau II : soins prénatals chez les parturientes dépistées au VIH.

Soins prénatals	Effectif	Pourcentage
Suivi de la grossesse		
Oui	351	95,12
Non	18	4,88
Total	369	100
Nombre de CPN		
Aucune	18	4,88
1-3	321	87
≥ 4	30	8,12
Total	369	100
CPN faite en cite PTME		
Oui	325	93
Non	26	7
Total	351	100
Résultats test VIH en salle de travail		
Positif	37	10
Négatif	332	90
Total	369	100

Les femmes ont accouchée par voie basse dans 89,2%. Elles étaient sous le schéma TDF+3TC+LPV/r dans 81,1%. La prophylaxie chez le nouveau né était à base de lamivudine dans 97,2% (Tableau III).

Tableau III : prise en charge des parturientes VIH positifs et des nouveau-nés.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Traitement anti rétroviral reçu (mère)		
TDF+3TC+LPV/r	30	81,1
AZT+3TC+LPV/r	4	10,8
TDF+3TC+AZT	3	8,1
Total	37	100
Voie d'accouchement		
Voie basse	33	89,2
Césarienne	4	10,8
Total	37	100
Traitement anti rétroviral reçu par les nouveau-nés		
3TC	35	97,2
AZT	1	2,8
Total	36	100
NB : Un fœtus mort-né macéré a été enregistré		

DISCUSSION

Mesures générales

Comme les études antérieures [7,8], les 380 femmes ont été sensibilisées sur l'infection à VIH, notamment le mode de contamination de l'enfant le plus fréquent. Pendant le post-counseling, elles ont été éduquées sur l'alimentation à moindre risque du nouveau-né de mère séropositive. Elles ont été aussi sensibilisées sur la nécessité de venir consulter dans le but d'une prise en charge globale de leur affection. Dans une étude sur les facteurs du taux d'achèvement des CPN au Sénégal, Touty [8] incriminait déjà l'ignorance comme étant responsable de 33% du non-achèvement des CPN, nous pensons que cette sensibilisation pourra influencer positivement les habitudes sanitaires de ces patientes.

Prévalence

Dans notre étude, 4,34% des patientes n'avaient pas bénéficié de counseling dépistage volontaire (CDV) lors des CPN (Consultation Prénatale). Le taux d'acceptabilité a été de 97% et 3% de cas de refus ont été enregistrés. Des taux d'acceptabilité ont été rapportés dans la littérature : 92% par Agei et al [5] ; 93% par Tchendjou et al [9]. Les principales raisons évoquées pour justifier le refus étaient : le souhait d'obtenir l'avis du partenaire (4/11), la crainte du divorce en cas de séropositivité au VIH (3/11), et la peur de la maladie (2/11). Agei et al [5] ont rapporté la difficulté financière chez 41,2% de leur échantillon pour expliquer l'absence du dépistage au cours des CPN. Ces auteurs [9] ont rapporté d'autres raisons comme : le sentiment de ne pas être un sujet (21,6%) ;

le test antérieur à la grossesse (16,7%) et la peur de connaître le résultat (15,7%). La prévalence du VIH était de 10% dans notre étude contre un taux national dans la population de femmes enceintes de 2,9% en 2012-2013 [6]. Tchendjou et al.[9] au Cameroun ont rapporté une séroprévalence de 10,9% dans un programme pilote de réduction de la PTME. Bouaré et al par contre avaient rapporté 4,1% [10].

Profil socio démographique

Notre population d'étude était relativement jeune avec un âge moyen de 27 ans ± 0,7ans avec des extrêmes de 15 et 43ans. Les femmes enceintes étaient instruites (58,8%), mariées (97%) vivant dans un régime polygamique (65,9%) avec une parité supérieure ou égale à 2. Agei et al [5] dans leur étude ont rapporté que la majorité dans les femmes ayant un statut inconnu avait un âge situé entre 20 à 29 ans, 42% sans emploi et 57,2% avaient un niveau d'étude secondaire.

Soins prénatals

Dans notre série 95,12% des patientes avaient bénéficié d'un suivi prénatal dont 8,12% avaient fait les 4 CPN réglementaires. Agei et al. [5] dans leur étude rapportaient des soins prénatals dans 64% des cas et 70,5% des femmes avaient fait au moins quatre consultations prénatales. Malgré la multiplication des sites PTME en commune V de Bamako, malgré les avantages du CDV connus des prestations, une bonne proportion de femmes enceintes n'en bénéficie pas durant les consultations prénatales (soit un total de 4,34%). Agei et al [5] ont rapporté jusqu'à 30% des femmes qui accouchaient dans les formations sanitaires, avaient un statut sérologique au VIH inconnu. Les soins antirétroviraux (ARV) : Les 37 patientes dépistées positives au VIH pendant le travail ont reçu les schémas suivants : TDF+3TC+LPV/r (30/37) ; AZT+ 3TC+LPV/r (4/37) ; TDF+3TC+AZT (3/37). Dans notre série l'accouchement par les voies naturelles a été le plus pratiqué avec 33 patientes (89,2%). La césarienne a été réalisée chez 4 patientes soit 10,8%. Sur les 36 nouveau-nés vivants, 35(97,2%) ont reçu la (3TC). Un nouveau-né, dont la mère avait opté pour une alimentation de remplacement a été mis sous AZT. Un autre « fœtus » était mort-né macéré à la naissance. Dans la série de Tchendjou [9], la prophylactique antirétrovirale à base de Névirapine a été administrée à toutes femmes séropositives. Ce taux de 100% de prophylaxie est comparable à notre taux qui était à 97,2% au début.

CONCLUSION

Au regard de la séroprévalence du VIH relativement élevé dans notre étude (10%), nous pensons qu'il est nécessaire de continuer les activités de Conseil et Dépistage Volontaire en salle d'accouchement pour permettre à l'ensemble des femmes enceintes qui accouchent dans nos structures sanitaires de bénéficier des interventions de la PTME.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tout personnel du CSRéf de la commune V et l'ensemble des patients qui ont participé à cette étude.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries; translating research into policy and practice. *JAMA* 2000. 283(9):1175-82.
2. UNAIDS. HIV Fact Sheet: Sub Sahara Africa. December 2017.
3. www.who.int/hiv/.../200605FS_SubSaharanAfrica_en.pdf
4. Haut conseil national de lutte contre le Sida. Normes et protocole de prise en charge antirétroviral du VIH et du Sida. Mali, Bamako, 2016, 105.
5. Grubet TA, Wintergest U, Iutz-Friedrich R, Belohradsky BH, Rolinski B. Long-term antiretroviral combination therapy including lamivudine in HIV-1 infected women during pregnancy. *AIDS* 1999;13:1430.
6. Agei E, Mbu RE, Mbopi Keou Fx, Alake G, Tenye R, Nana PN, et al. Conseil et dépistage volontaire pour le VIH en salle de travail. *Sidenet*, 2007, 4(1):975.
7. Enquête Démographique et de Santé. Mali 2012-2013 (EDS Mali V) clavier, Mariland, USA ; 2012-2013. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf>
8. Mbopi Keou MPhil FX, Mbu MB, Maclere P, Andela A, Tetanye E, Leke R, et al. Anténatal HIV prevalence in Yaounde, Cameroon. *International Journal of STD et AIDS* 1998 ;9:400-2.
9. Touty NA. Taux d'achèvement des CPN et facteurs déterminants dans la commune de Joal-Fadiouth :[These]. Médecine. Université Cheik Anta Diop ; 1996
10. Tchendjou P, Gake B, Nga R, Tejiokem M, NjomNlend A, Zekeng L, et al. Impact du counseling pour le VIH en salle d'accouchement chez les femmes n'ayant pas eu de consultations prénatales antérieures : cas de provenance du Nord Cameroun. *Sidenet*, 2004, 1(9): 719.
11. Bouaré N, Vaira D, Gothot A, Delwaide J, Bontems S, Seidel L, et al. Prevalence of HIV and HCV infections in two populations of Malian women and serological assays performances. *World J Hepatol*. 2012; 4(12): 365–73.