

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 26 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

## **Directeur de publication**

Namory Keita

## **Rédacteur en chef**

Telly Sy

## **Comité de parrainage**

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

## **Comité de rédaction**

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## **Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

## **Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

## **Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

**Page de titre** : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

**Résumé** : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

**Références** : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et  
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de  
la SAGO2002; 3(2):7-11  
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.  
Un état de choc en début de travail:  
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique  
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.  
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations  
obstétricales : aspects épidémiologiques et  
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique  
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry  
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être  
réduit au strict minimum nécessaire à la  
compréhension du texte. Les tableaux seront  
numérotés en chiffres romains et les figures en  
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le  
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des  
modifications mineures portant sur le style et les  
illustrations pourront être apportées par le comité  
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer  
la parution dudit article.

**Le comité de rédaction**



BP: 3470 Conakry  
Rue KA 028 Almamy  
tel: +224 664289196  
site web: [www.guinee-harmattan.fr](http://www.guinee-harmattan.fr)

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX

**Les facteurs associés à l'accouchement prématuré en milieu urbain africain: à propos d'une étude cas témoins au CHU-YO et au centre médical Saint Camille de Ouagadougou**

Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 5

**Efficacité comparée de la nifedipine et de l'alpha méthyldopa dans la prise en charge de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse : à propos d'un essai randomisé ouvert dans la ville de Bamako**

Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 6- 13

**La stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) est-elle efficace dans nos hôpitaux? Une étude longitudinale de janvier 2013 à décembre 2014 dans une maternité du nord-est Bénin.**

Tshabu Agumon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....14 - 19

**La subvention des accouchements et soins obstétricaux et néonataux d'urgence : analyse à partir de l'expérience d'un hôpital universitaire au Burkina Faso**

Dembélé A, Zamané H, Somé DA, Ouattara S, Sanon BG, Ouédraogo C, Sawadogo L, Bicaba I, Bambara M, Thieba B, Lankoandé J.....20 - 24

**Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement à terme dans les utérus unicatriciels de césarienne dans une maternité universitaire CHU de Cotonou au Bénin**

Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Agumon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX .....25 - 30

**Prise en charge des hémorragies du post-partum dans les pays à revenus limités: lier ou hystérectomiser?**

Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S..... 31 - 36

## CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

**Tuberculose mammaire bilatérale chez une femme de 19 ans au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville**

Mbongo JA, Ekoutou A, Peko F, Iloki LH.....37 - 40

**Avortements spontanés répétés chez une patiente présentant une intervillite chronique histiocytaire placentaire.**

Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS..41 - 43

# CONTENTS

## ORIGINAL PAPERS

- Factors associated with preterm birth in african urban: about a case-control study at the university teaching hospital of Ouagadougou (UTH) and saint camille medical center***  
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A , Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 4
- Compared efficiency between nifedipine and alpha methyl dopa in the management of high blood pressure during pregnancy: an opened randomized trial in bamako.***  
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 5 - 12
- Is the elimination of the transmission of the HIV from the mother to child (eTME) efficient in our hospitals? A longitudinal study from january 2013 to december 2014 in a maternity of the north-eastern Benin***  
Tshabu Aguemon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....13 - 17
- The grant of deliveries and emergency obstetric and neonatal care: an analysis from an experience in a university hospital in Burkina Faso***  
A Dembélé, H Zamané, DA Somé, S Ouattara, BG Sanon, C Ouédraogo, L Sawadogo, I Bicaba, M Bambara, B Thieba, J Lankoandé.....18 - 22
- Maternal and perinatal prognosis of full term birth in uteruses with a cesarean section scar at the university maternity of CHU in Cotonou-Benin***  
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX .....23 - 28
- Management of severe postpartum haemorrhage in less developed countries: conservative or radical surgery?***  
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S .....29 - 34

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Bilateral mammary tuberculosis at a woman of 19 years at Brazzaville university hospital***  
Mbongo JA, Ekoutou A, Peko F, Iloki LH.....35 - 38
- Spontaneous abortion repeated at a patient with a chronic chronic intervillitis histiocytic of the placenta***  
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS....39 - 41

**LA STRATEGIE DE L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (ETME) EST-ELLE EFFICIENTE DANS NOS HOPITAUX? UNE ETUDE LONGITUDINALE DE JANVIER 2013 A DECEMBRE 2014 DANS UNE MATERNITE DU NORD-EST BENIN.**

*IS THE ELIMINATION OF THE TRANSMISSION OF THE VIH FROM THE MOTHER TO CHILD (ETME) EFFICIENT IN OUR HOSPITALS? A LONGITUDINAL STUDY FROM JANUARY 2013 TO DECEMBER 2014 IN A MATERNITY OF THE NORTH-EASTERN BENIN*

TSHABU AGUEMON C<sup>1</sup>, LOKOSSOU M.S.H.S<sup>2</sup>, YUNGA F.J.D<sup>1</sup>, KOUMAKPAI S.A.N<sup>1</sup>,  
LOKOSSOU A<sup>3</sup>, PERRIN RX<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique, CNHU-HKM, 01 BP 1822 Cotonou, <sup>2</sup>Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé /Plateau (CHUD-O/P) Porto Novo; <sup>3</sup>Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL), 01 BP 107 Cotonou/ Université d'Abomey-Calavi, Bénin

**Correspondances:** Dr. M.S.H.S LOKOSSOU, Assistant Chef de Clinique de Gynécologie - Obstétrique, à l'adresse ci-dessus, Email : [slokossou@yahoo.fr](mailto:slokossou@yahoo.fr)

## RESUME

**Objectif:** Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de la santé de la maternité de l'hôpital de zone de Bembéréké-Sinendé dans la mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME).

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude longitudinale, descriptive et analytique d'observation portant sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé (sages femmes et infirmiers notamment) sur la stratégie de l'ETME au cours de l'année 2013-2014. \*Critères d'inclusion/non inclusion : 1) être prestataires de soins exerçant dans la structure de soins de l'étude, 2) être gestantes dépistées positives pour le VIH ayant suivi les consultations prénatales et accouché au cours de la période d'étude. \*L'analyse et les tests statistiques ont été effectués sur le logiciel Epi Info en comparant les moyennes et les écarts, et en utilisant le chi carré de Pearson pour les variables dichotomiques en acceptant une probabilité significative  $p < 0,05$ . \*Pour les considérations éthiques le consentement éclairé des patientes a été obtenu par signature de même que la confidentialité au cours la collecte des données.

**Résultats :** 52 agents de santé ont été interrogés pendant la période d'étude dont 39 infirmiers (75%); 319 gestantes étaient suivies en consultation prénatale dont 312 ont bénéficié du dépistage du VIH (98%) parmi lesquelles 11 gestantes étaient séropositives pour le VIH soit une prévalence de 3,52%; 23% des prestataires ont bénéficié d'une formation sur la stratégie de l'ETME. Ainsi, la transmission de la mère à l'enfant était connue dans 35% des cas; 27% maîtrisaient 02 composantes de la stratégie de l'ETME, le traitement ARV chez la mère et le nouveau-né à la naissance dans 14% et 11% des cas respectivement et l'éviction des gestes invasifs pendant le travail d'accouchement était respectée dans 100% des cas.

**Conclusion** La formation initiale du personnel soignant sur la stratégie de l'ETME est vraiment essentielle dans le contrôle de la propagation du VIH.

**Mots clés :** Elimination de la transmission mère-enfant du VIH- Connaissances - Pratiques-Bénin.

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate knowledge, attitudes and practices of the health workers of the maternity of the hospital of zone of Bembéréké-Sinendé Zone Hospital in the implementation of the strategy of elimination of the transmission of the VIH the mother to child (ETME).

**Materials and methods** It was about a longitudinal descriptive and analytical study, achieved during from January 2013 to December 2014 about knowledges, attitudes and practices of the health workers (particularly wise women and male nurses) on the strategy of the ETME

\* Criteria of inclusion/non inclusion: 1) providing care exerting in the structure of care of the study, 2) to be pregnant woman detected positive for the HIV and having followed the antenatal cares and been confined during the period of study. \* The statistical analysis were carried out on the software Epi Info 7 by comparing the averages and the variations, and by using the Chi square of Pearson for the dichotomic variables by accepting a significant probability  $p < 0,05$ . \* For the ethical considerations the enlightened assent of the patients was obtained by signature just as the confidentiality with the course the data-gathering.

**Results** : 52 health workers were questioned for the period of study including 39 male nurses (75%); 319 pregnant women were followed in antenatal care of which 312 profited from the HIV screening test (98%) among which 11 were seropositive for the HIV (prévalence of 3,52%); 23% of the people receiving benefits profited from a formation on the strategy of the ETME. Thus, the transmission of the mother to the child was known in 35% of the cases; 27% controlled 02 components of the strategy of the ETME, treatment ARV in the mother and the new-born in 14% and 11% of the cases respectively and the ousting of the invasive gestures during the childbirth were respected in 100% of the cases.

**Conclusion**: The initial training of the personnel looking after on the strategy of the ETME is really essential in the control of the propagation of the HIV.

**Key words**: Elimination of the VIH transmission from mother to child - Knowledges -Attitudes-Practices- Benin.

## INTRODUCTION

La transmission de la mère à l'enfant est responsable de 95% des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pédiatrique en Afrique sub-saharienne. En 2015, le nombre d'enfants infectés par le VIH était de 1,8 millions, parmi les 36,7 millions de personnes vivants avec le VIH[1]. Les recommandations de l'OMS de 2010 devraient permettre de ramener le risque de transmission verticale à moins de 2% à partir d'un risque « naturel » de 20-45%[2].

La prévention de la transmission mère-enfant (PTME), volet important de la prise en charge globale de l'infection VIH/SIDA, demeure un «challenge» dans la majorité des pays à ressources limitées, particulièrement en Afrique. Les principales étapes de l'élimination du VIH de la mère à l'enfant (ETME), que sont le counselling, le dépistage volontaire, la prise des antirétroviraux lors de la grossesse et pendant toute la durée de l'allaitement, les attitudes pratiques en salle d'accouchement, l'allaitement maternel exclusif, la prise d'ARV (antirétroviral) par les nouveau-nés de mères porteuses du virus VIH/SIDA ont été largement décrites dans la littérature [3,4]. Elles ont pour objectifs de contribuer à la réduction de 95% des nouvelles infections à VIH parmi les enfants, des décès attribués dus au VIH de 90% chez les enfants et de 50% chez les mères infectées par le virus dans les 12 mois du postpartum.

Le Bénin s'est engagé à mettre en œuvre un plan stratégique national pour transformer son plan de la prévention de la transmission en un plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère

à l'enfant (ETME). Mais des difficultés sont observées dans la mise en œuvre de ce plan stratégique notamment dans son application effective. Cette étude avait donc pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé de l'hôpital de zone de Bembéréké-Sinendé, Nord-est du Bénin en matière d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME).

**Objectif.** Evaluer la prévalence de VIH chez les femmes enceintes, les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de la santé de la maternité de l'hôpital de zone de Bembéréké-Sinendé dans la mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à enfant.

## I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude longitudinale, descriptive et analytique d'observation portant sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé (sages femmes et infirmiers notamment) sur la stratégie de l'ETME de janvier 2013 à décembre 2014.

\*Définition du concept élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME)

Il s'agit d'un paquet d'activités ayant trait à: \*prévention primaire de l'infection chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) par le conseil dépistage volontaire;

\*prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives par la PF

\*dépistage précoce et traitement antirétroviral au

(TARV) à la femme enceinte, à la mère et au nouveau-né exposé, selon les algorithmes de dépistage et les schémas thérapeutiques;

\*soins appropriés pendant l'accouchement à la femme infectée par le VIH et au nouveau-né exposé; \*conseils sur l'alimentation du nourrisson; \*conseils sur la nutrition de la femme allaitante séropositive; \*prise en charge psychologique de la femme; \*soutien approprié aux femmes infectées par le VIH, aux nourrissons et à leurs familles; \*renforcement des synergies entre les programmes VIH, SSR-SMNI-AJ, PF à travers l'intégration de l'ETME dans tous les outils de la DSME ;

\*Critères d'inclusion/non inclusion : 1) être prestataires de soins exerçant dans la structure de soins de l'étude, 2) être gestantes dépistées positives pour le VIH ayant suivi les consultations prénatales et accouché au cours de la période d'étude. Les médecins, les sages-femmes et les infirmiers qui travaillaient depuis au moins 3 (trois) ans à l'hôpital de zone de Bembéréké sont formés à la stratégie d'élimination de la transmission mère- enfant du VIH. N'étaient pas inclus le personnel en congé administratif et le personnel n'intervenant pas à la maternité. Les variables étudiées étaient : sociodémographiques, les connaissances attitudes, pratiques acquises sur la Prévention de la transmission mère enfant du VIH et l'ETME(cf. définition du concept).

. \*L'analyse et les tests statistiques ont été effectués sur le logiciel Epi Info en comparant les moyennes et les écarts, et en utilisant le chi carré de Pearson pour les variables dichotomiques en acceptant une probabilité significative  $p < 0,05$ . \*Pour les considérations éthiques le consentement éclairé des patientes a été obtenu par signature de même que la confidentialité au cours la collecte des données.

## II. RÉSULTATS

**2.1 Compétences acquises sur l'ETME.** L'étude a porté sur 52 agents de santé dont 75% d'infirmiers d'État ; 12 prestataires enquêtés sur 52(23%) ont reçu une formation sur la stratégie de l'ETME. La dernière formation remontait à 2009. Aucune supervision n'a été réalisée depuis lors.

**2.2 Connaissances des prestataires sur l'ETME.** Les différentes voies de transmission sont connues de 83% du personnel de santé; 51% et 35% respectivement ont cité la voie sexuelle et la transmission verticale de la mère à l'enfant ; 30% des prestataires ont cité la grossesse comme moment privilégié de la transmission mère-enfant (TME) et 35% ont mentionné la période de l'allaitement et le per partum.

\* **Connaissance des facteurs favorisant la TME.**

Ces facteurs sont connus des deux tiers des prestataires enquêtés qui mentionnaient les infections opportunistes, l'accouchement par voie basse et la durée anormale de l'allaitement maternel respectivement avec une fréquence de 21% ; 23% et 26% ; la charge virale élevée et la rupture prolongée des membranes avec une fréquence respective de 17% et 14%.

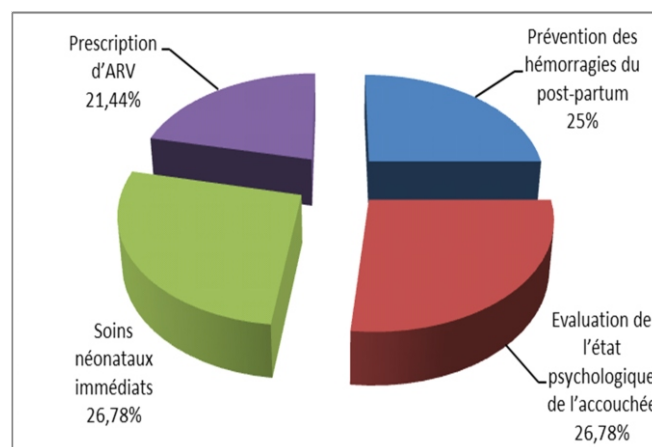
### \* Connaissance des composantes du programme ETME

14 prestataires sur 52 soit 27% des enquêtés pouvaient citer au moins deux (2) des composantes du programme ETME et 52 prestataires sur 52 (100% des enquêtés) menaient

des activités entrant dans le cadre de l'ETME:

\* **En consultation prénatale (CPN),** la connaissance des pratiques de l'ETME était la suivante: l'IEC de groupe, la prophylaxie ARV et la prévention de l'anémie étaient connus de 15 agents (17%) ; le dépistage, la prévention des infections opportunistes, la prophylaxie antipaludique pratiqués par 12% des enquêtés et le counseling par 13%.

\* **En post-partum immédiat,** près des 25% des prestataires connaissaient les soins du post partum immédiats.



**Figure 1 : Les soins du post-partum immédiat**

### \* En Consultation post natale

Le traitement ARV continu pour la mère et pour l'enfant était connu dans 14% et 11% des cas respectivement (cf. tableau n°1)

**Tableau I: Les connaissances des enquêtés en matière de suivi post natal (N=52)**

	N(%)
Traitement ARV continu éventuel pour la mère	09(17)
Conseils nutritionnels	14(27)
Prophylaxie ARV pour le nouveau-né	07(13)
Alimentation maternelle exclusive (AME)	<b>06(12)</b>
AME+Sevrage à 6 mois	<b>07(13)</b>
Substitut du lait maternel	<b>02(4)</b>

### \*Dépistage en CPN

Sur 319 gestantes reçues en CPN au cours de la période d'étude, 312 ont bénéficié du dépistage soit un taux de dépistage de 97,80% ; 11 gestantes étaient dépistées séropositives pour le VIH soit 3,53% des gestantes parmi lesquelles 6 avaient été mises sous ARV soit un taux de couverture ETME de 54,55%. (Tableau n°2)

**Tableau II:** Prévalence du VIH et taux de couverture des ARV (N=52)

	N(%)
Femmes enceintes dépistées	312(98)
Séro prévalence du VIH	11(3,53)
Femmes enceintes mises sous ARV	06(55)

### \* Pratiques en salle d'accouchement

Toutes les prestataires enquêtées (100%) évitaient les gestes invasifs, portaient des barrières de protection, faisaient la toilette du nouveau-né, la désinfection du placenta et la mise systématique sous ARV des nouveau-nés. L'allaitement maternel exclusif a été instauré dans 81,82% des cas. Mais la notion d'allaitement maternel protégé n'a pas été notifiée.

**Tableau III : Consignes respectées pour un accouchement sûr et sécurisé des mères vivant avec le VIH (N=11 mères PVVIH)**

	Adéquat	Inadéquat/ Méfiance
Accueil	10	01
Vérification des ARV	05	06
Désinfection du vagin	10	01
Respect de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète	05	06
Port des barrières de protection	11	00
Eviction des gestes invasifs	11	00
Désinfection du cordon avant section (bétadine, chlorhexidine)	09	02
Désinfection oculaire avec soin avant collyre	00	11
Toilette du nouveau-né	11	00
ARV au nouveau-né	11	00
Allaitement maternel exclusif	09	01
Allaitement artificiel	02	-
Désinfection du placenta	11	00

**\*Disponibilité des médicaments.** Il y avait une rupture fréquente de stocks des ARV, de la chlorhexidine et des tests biolines dans l'hôpital.

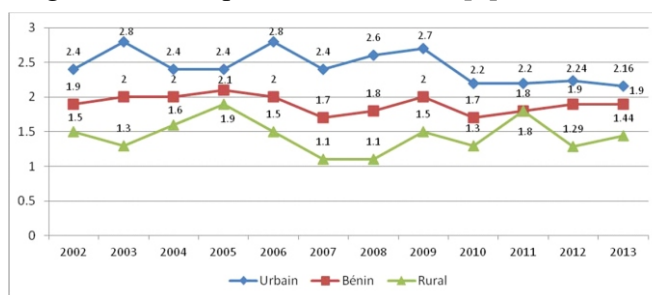
### Pratique des prestataires

## III- DISCUSSION

### 3.1. Facteurs épidémiologiques

La prévalence du IHV au cours de la période d'étude était de 3,53%, taux élevé par rapport à la moyenne nationale de 1,9% en 2013, plus élevé en zone urbaine (2,16%) qu'en zone rurale (1,44%) (Données du rapport de séro-surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes, 2013). Depuis 2002, l'épidémie s'est stabilisée au Bénin avec une prévalence qui oscille autour de 2,0% sans différence significative entre les années. (figure1)

Par comparaison au cours de la même période, la séroprévalence des femmes qui accouchent en France est de 0,2% soit 1500 accouchement par an. Il a été rapporté que la grande majorité des femmes infectées par le VIH vivant en France, était originaire d'Afrique sub-saharienne [5].



**Figure 1:** Tendances de l'infection à VIH de 2002 à 2013 chez les femmes enceintes selon les milieux de résidence au Bénin (Source Ministère de la Santé du Bénin: Statistique sanitaire 2002-2013)

### 3.2 Connaissances des prestataires sur l'ETME

La qualification professionnelle représente une base fondamentale pour exercer de façon efficace les activités de santé. Les résultats de notre enquête montrent que ce sont des agents qualifiés qui assurent la prise en charge des gestantes porteuses du VIH.

Mais 75% des agents de santé sont des infirmiers d'état et n'ont pas dans leurs curricula de formation initiale des outils de prise en charge efficace du VIH. De plus depuis 2009, 23% des agents qui ont reçus une formation sur la stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) n'ont plus été l'objet de recyclage.

Le constat général était une maîtrise limitée des prestataires sur les notions de l'ETME. Ainsi la connaissance des différentes voies de transmission, du moment de la transmission et des facteurs favorisant n'était pas totalement connue de l'ensemble des prestataires. La transmission mère-enfant n'était citée que dans 35% des cas.

Le maintien de la motivation pour adhérer à la

cascade thérapeutique, exige qu'une mère infectée par le VIH comprenne la valeur des mesures indiquées par les prestataires des soins et qu'elle comprenne les nombreux défis qui l'attendent [7].

Toute femme infectée après son accouchement doit bénéficier d'un traitement ARV continu, mais moins d'un prestataire sur vingt enquêtés assurait la prophylaxie ARV continue pour les accouchées infectées par le VIH.

Face aux difficultés de pratiquer une alimentation de remplacement, l'OMS a recommandé depuis 2004 dans les pays à ressources limitées, l'utilisation des ARV chez les femmes enceintes aussi bien pour leur propre santé que pour la PTME et la pratique d'un allaitement exclusif avec un sevrage précoce à 6 mois chez toutes les femmes infectées par le VIH désireuses d'allaiter leurs enfants. L'allaitement maternel représente environ un tiers de la transmission périnatal du VIH-1, soit un risque surajouté allant de 5 à 29% en cas de primo-infection maternelle, le risque augmentant de façon proportionnelle à la durée de l'allaitement [8].

Il en est de même pour la prophylaxie ARV du nouveau-né qui revient à 13,46%.

Le bénéfice apporté par un traitement post-natal préventif est indiscutable en l'absence de traitement maternel antepartum, et ce, même en cas d'administration à la mère d'une prophylaxie per partum.

Pour ce qui concerne l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive, les recommandations sont connues de 15 sur 52 soit 28,85% des enquêtés ce qui est en deçà des attentes. Il s'agit ici d'un allaitement maternel « protégé ». Celle-ci est formellement contre indiqué dans les pays du Nord [5,8]

### **3.3 Attitudes des prestataires sur l'ETME**

L'amélioration de la prévention de la transmission mère- enfant passe par différentes étapes dont la première est le dépistage. La question du dépistage prénatal est un préalable à la mise en application des interventions visant à réduire la TME du VIH.

Aujourd'hui chaque agent de santé prenant en charge une femme enceinte doit systématiquement lui proposer un dépistage du VIH lors du premier examen prénatal et en salle d'accouchement puis lui délivrer parallèlement une information sur les risques de contamination.

Ainsi dans notre étude sur 319 femmes enceintes, 312 ont bénéficiées du dépistage soit un taux de dépistage de 97,80%.

Le dépistage est systématique en CPN mais l'activité de dépistage n'est pas faite en salle d'accouchement du fait de la non disponibilité des réactifs et de l'ignorance des agents.

Cette situation n'est pas favorable à une bonne intégration de l'ETME en salle d'accouchement ce qui réduit les indicateurs.

Le dépistage du VIH pendant la grossesse a vu une nette expansion en Afrique sub-saharienne. En 2005, 9% des femmes enceintes étaient dépistées par un test sérologique, contre 35% en 2009.

Parallèlement, la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant accès à une prophylaxie antirétrovirale passe de 15% en 2005 à 54% en 2009.

Si les pays les plus concernés par l'épidémie continuent d'améliorer leurs programmes de PTME, on estime qu'un million d'infections d'enfants pourraient être évitées d'ici 2015 [9].

Sur 11 cas dépistées, seulement 6 ont bénéficiées de la mise sous ARV soit un taux de 54,55%. Résultats faibles quand on sait l'intérêt de la réduction TME grâce aux traitements préventifs.

Le rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin de 2014 rapportait un taux de traitement ARV des femmes enceintes de 45,57% (prophylaxie ARV 17,88% ; thérapie ARV 26,69%, monothérapie à la Névirapine 0,9%)

Utilisés largement depuis 1994 en France, le taux de TME du VIH-1 qui avoisinait 15 à 20% avant 1994, a considérablement diminué et avoisine moins de 1% comme dans les principaux pays du Nord [5].

En salle d'accouchement, les prestataires respectent les consignes dans près de 100% des cas en ce qui concerne l'éviction des gestes invasifs, le port des barrières de protection, la désinfection oculaire au serum salé avant collyre, la mise du nouveau-né sous ARV, la désinfection du placenta. La désinfection du vagin et celui du cordon avant section est fait dans 90,90% et 81,82% des cas respectivement (Tableau n°3). La toilette du nouveau-né est faite avec de la Bétadine jaune à la place de la Chlorhexidine du fait de son indisponibilité.

Selon Salomon et coll, les désinfectants de la filière vaginale qui inactivent le VIH, ont un intérêt potentiel considérable en Afrique et méritent d'être évalués car s'ils s'avéraient efficaces, ils pourraient faire l'objet de recommandations à large échelle sans que leur coût soit prohibitif [10].

Le respect de la poche des eaux à dilatation complète a été observé dans 45,45% des cas.

Contrairement aux études avant l'ère des multithérapies, les données de cohortes récentes chez les femmes traitées par antirétroviraux ne montrent pas d'augmentation du risque de transmission en fonction de la durée de rupture des membranes. La décision doit tenir compte du contrôle virologique et du degré de prématurité [11].

La mise sous ARV des nouveau-nés a été systématique mais la durée de la prise n'a pas été notifiée dans l'étude. L'allaitement maternel exclusif a été instauré dans huit fois sur dix (Tableau n°3). Mais la notion d'allaitement maternel protégé n'a pas été précisée.

Des ruptures de matériels d'ETME (réactifs, ARV, test de bioline) s'observaient sur des périodes pouvant atteindre 3 à 6 mois. Le même constat est fait sur le plan national, et ceci est dû à la lourdeur des procédures d'acquisition des ARV et réactifs.

## CONCLUSION

La stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'était pas efficace à l'Hôpital de zone de Bembéréké -Sinendé au Nord-est du Bénin. Plusieurs facteurs expliquaient l'inefficacité de la mise en œuvre de cette stratégie dont l'absence de formation et/ou de recyclage du personnel de santé et les ruptures fréquentes des stocks de produits stratégiques. Une meilleure organisation dans les structures de soins même dans un environnement à ressources limitées, peut conduire à des résultats similaires à ceux obtenus dans les pays du Nord.

## RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. Global Report?: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic?; 2013,. [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_fr.](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.)];
2. Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 V, [Http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15-18\\_FR\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_FR_rev1.pdf), 2016). (consulté le 15 mars. No Title.
3. **Becquet R, Ekouevi DK, Arrive E, Stringer JSA, Meda N, Chaix M, et al.** Universal Antiretroviral Therapy for Pregnant and Breast-Feeding HIV-1 Infected Women?: Towards the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Resource-Limited Settings

MTCT IN AFRICA?: past successes and current challenges. *Clin Infect Dis.* 2009;49:193645.

4. **J. Y. Chen, A. C. Ogwu, P. Svab, S. Lockman, H. J. Moffat, T. Gaolathe et al.** Antiretroviral treatment initiation among HIV-infected pregnant women with low CD4+ cell counts in Gaborone, Botswana,. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;54:1026.

5. **P. Reshi and I. M. Lone.** Human immunodeficiency virus and pregnancy. *Arch Gynecol Obs.* 2010;281:78792.

6. **Frange P, Blanche S.** VIH et transmission mère-enfant. *Presse Med [Internet].* 2014;43(6):6917. Available from:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498214001468>

7. **Rouzioux C, Costagliola D, Burgard M, Blanche S, Mayaux MJ, Griscelli C, et al.** Estimated Timing of Mother-to-Child Human Immunodeficiency Virus Type 1 ( HIV-1 ) Transmission by Use of a Markov Model. *Am J Epidemiol.* 1995;142(12):13307.

8. **Klaus K, Baldwin J, Izurieta R, Naik E, Seme A, Corvin J, Hiruye A EF.** Reducing pmtct attrition: perspectives of hiv+ women on the prevention of mother-to-child hiv services in addis ababa,. *Ethiop Med J.* 2015;53(2):91104.

9. **G. S. Mother-** To child transmission of HIV-1?: Advances and controversies of twentieth centuries. *AIDS rev.* 2004;6:6778.

10. **Jamieson D.J., Chasela C.S., Hudgens M.G., King C.C., Kourtis A.P., Kayira D. et al.** Maternal and infant antiretroviral regimens to prevent postnatal HIV-1 transmission: 48-week follow-up of the BAN randomised controlled trial. *Lancet.* 2012;379:244958.

11. **Mahy M, Stover J, Kiragu K, Hayashi C, Akwara P, Luo C et al.** What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sex Transm Infect.* 86(Suppl\_2:ii48ii55).

12. **Salomon R, Anglaret X, Leroy V DF.** L'infection à VIH en Afrique. *Recherche clinique et thérapeutique.* *Presse Med.* 2000;29(3):14652.

13. **Cotter AM, Brookfield KF, Duthely LM, Gonzalez Quintero VH, Potter JE, O'Sullivan MJ.** Duration of membrane rupture and risk of perinatal transmission of HIV-1 in the era of combination antiretroviral therapy. *Am J Obstet Gynecol [Internet].* 2012;207(6):482.e1-482.e5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.862>