

**BURKINA FASO**

Unité – Progrès – Justice

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESSRS)**

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**



**Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé (UFR / SDS)**

**SECTION MEDECINE**

Année Universitaire 2009 -2010

Thèse N° 129

**PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION  
MÈRE-ENFANT DU VIH AU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO :  
ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES COUPLES**

**THESE :**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Novembre 2010 à 07h00

Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

Par

**KANZYOMO Pascaline Lolita O. épouse SAMPEBRE**

Née le 18 Avril 1981 à Koudougou (Burkina Faso)

**Directeur de thèse :**

Pr Jean LANKOANDE

**Co Directeur :**

Dr Souleymane ZAN

**Président du jury :**

Pr Ag Michel AKOTIONGA

**Membres du jury:**

Pr Ag Blandine BONANE ép THIEBA

Dr Ali OUEDRAOGO

Dr Souleymane ZAN

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS  
ET DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS ANNEE  
ACADEMIQUE 2009-2010**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche  
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Année Universitaire 2009-2010

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Ag. Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Ag. Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Pr Ag. Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Olivier Leperson SANWIDI
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Hervé OllO TIOYE
Chef de Service Scolarité	Dr Serge Aimé SAWADOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiara SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	OUANDAOGO Aminata



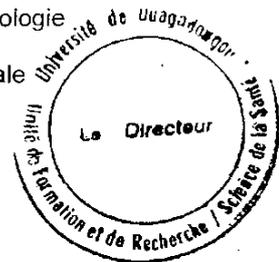
## LISTE DES ENSEIGNANTS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

### I. ENSEIGNANTS PERMANENTS

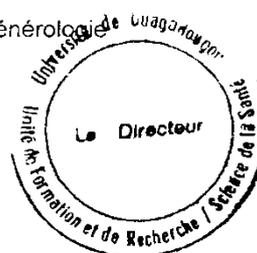
#### 1. PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIQUEMDE	Parasitologie
2. Robert B. SOUDRE	Anatomie pathologique
3. Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
4. Blaise K. SONDO	Santé publique
5. Joseph Y. DRABO	Médecine interne / endocrinologie
6. Jean LANKOANDE	Gynécologie-obstétrique
7. Daniel P. ILBOUDO	Hépatologie, gastro-entérologie
8. Adama TRAORE	Dermatologie-vénérologie
9. Kampadilemba OUOBA	Oto-rhino-laryngologie
10. Mamadou SAWADOGO	Biochimie
11. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
12. Patrice ZABSONRE	Cardiologie
13. Blami DAO	Gynécologie-obstétrique
14. Jean B. KABORE	Neurologie
15. Ludovic KAM	Pédiatrie
16. Rabiou CISSE	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
17. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-virologie
18. Si Simon TRAORE	Chirurgie viscérale
19. Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie



## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Raphaël K. OUEDRAOGO	Orthopédie - traumatologie
2. François Housséini TALL	Pédiatrie
3. Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
4. Adama LENGANI	Néphrologie
5. Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
6. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
7. Michel AKOTIONGA	Gynécologie-obstétrique
8. Alain BOUGOUMA	Hépatologie, gastro-entérologie
9. Daman SANO	Chirurgie viscérale
10. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
11. Athanase MILLOGO	Neurologie
12. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
13. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie-réanimation
14. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
15. Boubacar NACRO	Pédiatrie
16. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto- rhino-laryngologie
17. Laurent T. OUEDRAOGO	Santé publique
18. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
19. Martial OUEDRAOGO	Pneumo-ptisiologie
20. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
21. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie



22. Issa T. SOME	Chimie analytique
23. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
24. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
25. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
26. Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-obstétrique
27. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
28. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
29. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
30. Abdel Karim Kader SERME	Hépatologie, gastro-entérologie
31. Jean SAKANDE	Biochimie

### 3. MAITRES -ASSISTANTS

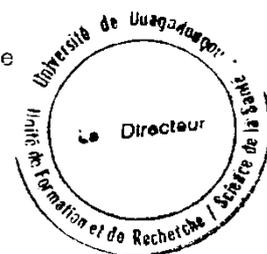
1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Kapouné KARFO	Psychiatrie
5. Antoinette TRAORE/BELEM	Pédiatrie
6. Timothée KAMBOU	Urologie
7. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
8. André K. SAMADOULOUYOU	Cardiologie
9. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
10. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
11. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie, gastro-entérologie
12. Arsène M.D. DABOUE	Ophthalmologie



13. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
14. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
15. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
16. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
17. Elie KABRE	Biochimie
18. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
19. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
20. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
21. Barnabé ZANGO	Urologie
22. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique
23. Théodore Z. OUEDRAOGO	Médecine du travail
24. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
25. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
26. Nicolas MEDA	Santé publique
27. Roger Arsène SOMBIE	Hépatogastro-entérologie
28. Ousséini DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
29. Fla KOUETA	Pédiatrie

#### 4. ASSISTANTS

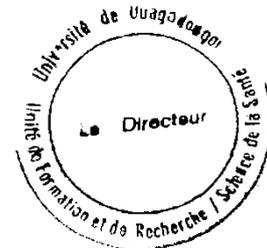
1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B. SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Hervé TIENO	Médecine interne
4. Lassina DAO	Pédiatrie
5. Assita LAMIEN/SANOU	Anatomie pathologique
6. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie



v

7. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
8. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
9. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
10. Christian NAPON	Neurologie
11. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation
12. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
13. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale
14. Adama SANOU	Chirurgie générale
15. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
16. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
17. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
18. Fousséni DAO	Pédiatrie Puériculture
19. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
20. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
21. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
22. BADOUM/OUEDRAOGO Gisèle	Pneumo-Phtisiologie
23. BONKOUNGOU Papougnézambo	Anesthésie-Réanimation
24. COULIBALY Gérard	Néphrologie
25. GUIRA Oumar	Médecine interne
26. KORSAGA/SOME N. Nina	Dermatologie-Vénérologie
27. NAPON A. Madina	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
28. OUANGRE Edgar	Chirurgie Générale et Digestive
29. OUEDRAOGO Isso	Chirurgie Pédiatrique
30. OUEDRAOGO Bertin Priva	ORL
31. RAMDE Wélébnoaga Norbert	Médecine légale

vi



# **DEDICACE**

Je dédie ce travail à,

**Dieu le père. Jésus Christ et à Marie.**

Ce travail est votre œuvre. Votre amour, vos conseils et vos encouragements par l'esprit saint m'ont soutenu pas à pas. Recevez ici, toute ma révérence et ma reconnaissance.

**A toutes les mères** qui ont donné leur vie en voulant donner la vie et toutes celles qui se battent pour éviter la transmission du VIH à leur descendance.

A la mémoire de **ma sœur Julie Alida** et à travers elle tous ceux qui souffrent de faim, de maladie et d'oppression à travers le monde. Puisse Dieu te garder auprès de lui.

**A ma grand-mère in memoriam**

Tu m'aimais et tenais à me voir réussir. Je me rappelle encore de ce jour où tu m'as accompagné à l'école. Merci encore pour cette chaleur protectrice. Reposez dans la paix du Seigneur.

**A mon père Albert BAZYOMO**

Voici devant toi le fruit de tant d'année de sacrifice. Tu t'es toujours battu pour que je réussisse dans la vie et par la grâce de Dieu tu as devant toi un de tes rêves qui se réalise. J'y suis arrivé après tant d'années de sacrifices et de souffrances. Merci Papa de m'avoir soutenu jusqu'au bout. Je pris Dieu pour qu'il veille sur toi et te couvre de bonté et de grâce. Papa c'est le lieu de te dire que tu es formidable et je t'aime très fort.

**A ma tendre et adorable Maman Justine YAMEOGO**

Ton amour inconditionnel et ton soutien permanent ont toujours été un grand secours. Ce travail est le fruit, le couronnement de toutes ces années de patience. Tu es l'exemple de douceur et d'amour incommensurable. Je pris Dieu de te donner toujours son amour et sa grâce. Maman je t'aime très fort et c'est plus que de simples mots.

### **A mon époux R Frank Aristide**

Merci pour ton amour et ta présence à mes cotés dans les moments de joie comme dans les moments de tristesse ; puisse l'éternel raffermir notre amour et nous aider à vivre dans le pardon, la tolérance et à être de bons parents pour nos enfants. Toute ma tendresse et mon attachement.

### **A mon fils Zidwendtaoré Miguel Harold**

Tu es d'un bonheur inexprimable dans ma vie. Retrouve en ce travail l'amour d'une mère qui t'aime plus que tout. Que le tout puissant te bénisse.

### **A mes frères et sœurs : Ariane, Larissa, Serge, Théophile, Nancy**

Cette affection que vous m'avez manifestée, a été mon réconfort dans les situations difficiles. Merci pour votre soutien. Sachez que ce modeste travail est aussi le votre. Que l'éternel vous surabonde de ses grâces et qu'il nous garde toujours unis à l'exemple de la sainte famille de Nazareth.

### **A mes neveux et nièces : Gille-Chris, Wendy-Michèle, Marie-Evrard, Jacob-Jason**

Je souhaite que ce travail vous exhorte à mieux faire. Puisse Dieu vous bénir et vous combler de grâces.

### **A ma belle famille : famille Sampébré**

Vous m'avez accueillie dans votre famille et ne cessez de me témoigner votre affection et vos encouragements. Profonde gratitude ! Que Dieu vous bénisse !

### **A mes beaux frères : Jacob et Hyppolite**

Pour votre soutien, que Dieu vous le rende au centuple et qu'il vous comble au-delà de vos attentes !

### **A tonton Claude TARPILGA et sa femme Solange**

Permettez-moi de vous appeler papa et maman aussi. Vous m'avez adopté depuis mes premiers instants à Ouagadougou. Auprès de vous j'ai trouvé encouragements, soutien, consolation et bénédictions. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Que le tout Puissant vous le rende au centuple !

### **A tonton Louis BAZIOMO et sa femme**

Je suis honoré que vous ayez accepté de me guider sur ce chemin de la vie. Soyez rassurés de mes profonds respects et merci pour votre soutien moral, matériel et financier. Que Dieu vous bénisse !

### **A tonton Maurice BAZEMO et sa femme Chantal**

Voici une occasion supplémentaire de vous témoigner toute ma reconnaissance. Merci pour tous les encouragements, vos soutiens et vos bénédictions. Ce travail est aussi le votre. Je vous souhaite de longs beaux jours sur cette terre.

### **A tonton Raoul BAZEMO**

Toute ma gratitude

### **A mes ami(e)s**

Nourritale O, Maimounata S, Germaine Y, Christine Z, Alfred O. Merci pour tout votre soutien.

### **A mes ami(e)s et camarades d'étude**

Sylvie K, Lucienne O, Christiane N, Sylvie S, Bernadette P, Souleymane O, Charlemagne T, Désiré C, Aristide P, Salif P, Anselme O, Marcel K, Myriam P, Adja Mariam O, René W, Inès W, Victor N, Silvie Y et toute la promotion

C'est ensemble que nous bâtirons le pays, merci et courage à nous pour les défis futurs.

# REMERCIEMENTS

**Nos remerciements s'adressent particulièrement :**

**A mes enseignants du primaire, du secondaire et du supérieur**

Je voudrais vous dire simplement merci pour toute l'éducation que vous m'avez donnée. Merci pour tant de dévouement et que Dieu vous récompense à la hauteur de vos attentes.

**Au Professeur Jean LANKOANDE**, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien.

**Au Docteur Souleymane ZAN**, pour sa disponibilité, son dévouement, ses sacrifices et son soutien.

**Au personnel du service de gynécologie obstétrique du CHUYO**

**A l'équipe chargée de la prise en charge de la femme enceinte séropositive**, Mme Nonguierma Mariam, Mme Bonkougou Léontine et Ouedraogo Rolande, merci pour la disponibilité et le soutien.

A toutes les autres personnes physiques ou morales, dont les noms n'ont pu être cités.

**A NOS MAITRES ET JUGES**

***A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY***

**Pr. Michel AKOTIONGA**

Vous êtes maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique à l'Unité de Formation et de Recherche en sciences de la santé de l'université de Ouagadougou, chef de service adjoint de gynécologie obstétrique au CHU-YO ,expert sur la question des mutilations génitales auprès de l'OMS au Burkina Faso, président de la SO.G.O. B, officier de l'ordre national.

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant, malgré vos multiples occupations et sollicitations, de présider le jury de notre thèse.

Nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de votre enseignement de qualité tant théorique que pratique. Nous avons été profondément marqués par votre modestie et vos qualités humaines et scientifiques.

Nous vous prions, cher Maître d'accepter nos sincères remerciements.

Que le Tout Puissant vous comble de ses bénédictions ainsi qu'à votre famille.

***A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE***

**Pr. Jean LANKOANDE**

Vous êtes Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique ; Chef du département de gynécologie obstétrique de l'UFR/SDS ; Chef de service de gynécologie obstétrique de CHU-YO ; Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Gynécologie Obstétrique ; Chevalier de l'ordre national.

Cher maître,

nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de vos grandes qualités humaines et professionnelles. Vous avez toujours su par votre disponibilité constante, votre humilité, et votre simplicité intéresser les étudiants à la gynécologie obstétrique.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider malgré vos multiples occupations et sollicitations.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Puisse l'éternel vous accorder longévité, prospérité et paix à vous et à votre famille.

***A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :***

**Pr. Blandine BONANE ép. THIEBA**

Vous êtes Maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique à l'Unité de Formation et de Recherche en sciences de la santé de l'université de Ouagadougou, Gynécologue obstétricienne au CHU-YO, chevalier de l'ordre national.

Cher maître,

C'est pour nous un grand honneur que vous ayez accepté de siéger dans ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques et de votre encadrement pratique en 4<sup>ème</sup> et en 7<sup>ème</sup> année de médecine. Votre rigueur au travail, vos connaissances scientifiques, votre humilité, votre disponibilité constante et vos qualités humaines forcent l'admiration.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde gratitude.

Puisse l'éternel vous surabonder de grâces ainsi que votre famille.

***A NOTRE MAÎTRE ET JUGE***

**Dr Ali OUEDRAOGO**

Vous êtes Maître Assistant en gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS.

Nous avons été très marqués par votre disponibilité, vos compétences et votre ardeur au travail. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail et nous tenons à vous témoigner notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse ainsi que votre famille.

***A NOTRE MAÎTRE ET CO DIRECTEUR DE THESE***

**Dr Souleymane ZAN**

Vous êtes Gynécologue obstétricien au service de Gynécologie-obstétrique du CHU YO, point focal du programme PTME du CHU YO, consultant international en prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement

En dépit de vos multiples occupations, vous avez consacré votre temps pour diriger ce travail. Votre simplicité, vos grandes qualités scientifiques et humaines, votre dévouement, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait forcent en nous l'admiration et le respect. Vous êtes pour nous l'exemple d'un maître dynamique et engagé au service de sa nation.

Trouvez ici Docteur, la manifestation de notre profonde gratitude.

Que le Tout Puissant vous comble de ses bénédictions ainsi qu'à votre famille.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>AIDS</b>	:	Acquired immunodeficiency syndrome
<b>ADN</b>	:	Acide désoxyribonucléique
<b>ARN</b>	:	Acide ribonucléique
<b>ARV</b>	:	Antirétroviral
<b>AZT</b>	:	Zidovudine
<b>CDC</b>	:	Center for disease control
<b>CD4</b>	:	Cluster of Differentiation 4
<b>CHU-YO</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO
<b>CMA</b>	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
<b>CMLS</b>	:	Comité Ministériel de Lutte contre le Sida
<b>CPN</b>	:	Consultation Périnatale
<b>CSLS</b>	:	Cadre Stratégique de Lutte Contre le Sida
<b>ESTHER</b>	:	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
<b>Ig</b>	:	Immunoglobuline
<b>NVP</b>	:	Névirapine
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	:	Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
<b>PCR</b>	:	Polymerase Chain Reaction
<b>PED</b>	:	Pays En Développement
<b>PTME</b>	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH/SIDA
<b>PVVIH</b>	:	Personne Vivant avec le VIH
<b>Sida</b>	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SLM</b>	:	Substitut du Lait Maternel
<b>TME</b>	:	Transmission de la Mère à l'Enfant
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humain

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b><u>Tableau I</u></b> : Répartition en sous-types des VIH.....	14
<b><u>Tableau II</u></b> : Fréquence des symptômes cliniques et biologiques lors de la primo-infection à VIH.....	16
<b><u>Tableau III</u></b> : Classification selon le CDC du VIH/sida chez les adultes et les adolescents.....	18
<b><u>Tableau IV</u></b> : Classification clinique selon le CDC du sida pédiatrique.....	19
<b><u>Tableau V</u></b> : Classification biologique selon le CDC du sida pédiatrique.....	20
<b><u>Tableau VI</u></b> : Protocole de la chimio prophylaxie par les ARV dans le cadre de la PTME/VIH1.....	33
<b><u>Tableau VII</u></b> : Répartition du nombre d'enfants par couple.....	54
<b><u>Tableau VIII</u></b> : Répartition des patientes selon la fréquentation du service.....	57
<b><u>Tableau IX</u></b> : Répartition des patientes selon leur appréciation de l'accueil.....	57
<b><u>Tableau X</u></b> : Répartition des patientes selon la compréhension des explications reçues.....	59
<b><u>Tableau XI</u></b> : Répartition des patientes selon la compréhension des réponses des praticiens.....	59
<b><u>Tableau XII</u></b> : Répartition des patientes selon leur appréciation de l'obtention des résultats des examens paracliniques.....	62
<b><u>Tableau XIII</u></b> : Types de difficultés citées par les prestataires.....	65

## **LISTE DES FIGURES**

<b><u>Figure 1</u></b> : Structure de la particule du VIH .....	15
<b><u>Figure 2</u></b> : Evolution naturelle de l'infection par le VIH.....	17
<b><u>Figure 3</u></b> : Développement placentaire.....	25
<b><u>Figure 4</u></b> : Mécanismes de transmission du VIH in utero .....	26
<b><u>Figure 5</u></b> : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction.....	55
<b><u>Figure 6</u></b> : Raisons du choix du service de gynécologie obstétrique du CHU YO.....	56
<b><u>Figure 7</u></b> : Répartition des patientes selon la qualité de la communication pendant la consultation.....	58
<b><u>Figure 8</u></b> : Répartition des patientes selon le temps moyen d'attente.....	61
<b><u>Figure 9</u></b> : Répartition des patientes selon le confort qu'offre le service.....	62
<b><u>Figure 10</u></b> : Répartition des conjoints en fonction de l'accompagnement aux CPN.....	64
<b><u>Figure 11</u></b> : Répartition des conjoints en fonction de leur avis sur le suivi global de leurs épouses.....	65

# SOMMAIRE

DEDICACES.....	IX
REMERCIEMENTS.....	XIII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	XX
LISTE DES TABLEAUX.....	XXII
LISTE DES FIGURES.....	XXIV
INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....	- 2 -
I. INTRODUCTION.....	- 3 -
II. ENONCE DU PROBLEME.....	- 5 -
PREMIERE PARTIE : GENERALITES .....	- 7 -
I. RAPPELS SUR L'INFECTION A VIH .....	- 8 -
I.1. Historique.....	- 8 -
I.2. Définitions .....	- 9 -
I.3. Modes de transmissions .....	- 10 -
I.3.1. La transmission sexuelle .....	- 10 -
I.3.2. La transmission sanguine .....	- 11 -
I.3.3. La transmission verticale.....	- 11 -
II. BASES VIROLOGIQUES.....	- 12 -
II.1. La structure du virus .....	- 12 -
II.2. Fixation et réplication du VIH dans la cellule cible .....	- 12 -
II.3. Sous types de VIH .....	- 13 -
II.4. Histoire naturelle de l'infection pédiatrique à VIH .....	- 15 -
II.4.1. La primo infection à VIH.....	- 15 -
II.4.2. L'infection chronique .....	- 16 -
II.5. Classification clinique et biologique. ....	- 18 -
II.5.1. Classification selon le CDC.....	- 18 -
II.5.2. Classification clinique selon l'OMS .....	- 20 -
III. TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH.....	- 23 -
III.1. Voie de transmission de l'infection à VIH dans la PTME.....	- 23 -
III.2. Mécanismes de la transmission verticale .....	- 24 -
III.2.1. Mécanisme de la voie transplacentaire.....	- 24 -
III.2.2. Mécanisme per partum.....	- 26 -
III.2.3. Mécanisme post partum .....	- 27 -
III.3. Facteurs de risque de la transmission mère- enfant du VIH .....	- 27 -
III.3.1. Facteurs maternels augmentant le risque pendant la grossesse .....	- 27 -
III.3.2. Facteurs maternels augmentant le risque de transmission en périnatale. ....	- 28 -

III.3.3. Facteurs liés à l'enfant .....	- 28 -
IV. HISTORIQUE DE LA PTME.....	- 29 -
V. PROGRAMME DE LA PTME AU BURKINA FASO .....	- 30 -
V.1. Objectifs de la PTME .....	- 30 -
V.2. Politique burkinabé sur la PTME.....	- 30 -
V.3. Composantes de la PTME.....	- 31 -
V.4. Suivi des femmes enceintes infectées au BURKINA FASO.....	- 31 -
V.5. Protocole actuel de la PTME au BURKINA FASO .....	- 32 -
V.5.1. Femme non éligible : lymphocytes CD4 >350/ $\mu$ l.....	- 32 -
V.5.2. Femme éligible au traitement .....	- 34 -
V.6. Conduite de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH .....	- 34 -
V.7. Soins néonataux d'un enfant né de mère infectée par le VIH.....	- 35 -
Soins dans les suites de couche immédiates .....	- 35 -
VI. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PTME AU CHU YO.....	- 36 -
VI.1. Programme PTME au CHU YO .....	- 36 -
VI.1.1. Justification .....	- 36 -
VI.1.2. Objectifs de l'Initiative ESTHER.....	- 36 -
VI.1.3. Les atouts du programme PTME au CHU YO.....	- 37 -
VI.2. Organisation du système de prise en charge au CHU YO .....	- 38 -
VI.2.1. Les acteurs du programme PTME du VIH au CHU YO.....	- 38 -
VI.2.2. Les services et leurs activités dans le programme .....	- 38 -
VI.3. Partenaires du programme.....	- 39 -
VI.3.1. Circuit du couple mère-enfant au CHU YO.....	- 39 -
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....	- 44 -
I. OBJECTIFS .....	- 46 -
I.1. Objectif général.....	- 46 -
I.2. Objectifs spécifiques .....	- 46 -
II. METHODOLOGIE .....	- 48 -
II.1. Cadre de l'étude .....	- 48 -
II.2. Le service de gynécologie obstétrique du CHU YO .....	- 48 -
II.3. Type et période d'étude .....	- 49 -
II.4. Population étudiée .....	- 49 -
II.5. Choix des variables .....	- 50 -
II.6. Collecte des données .....	- 51 -
II.7. Biais de l'étude.....	- 51 -
II.8. Aspects éthiques.....	- 51 -

II.9.	Traitement des données .....	- 52 -
III.	RESULTATS .....	- 54 -
III.1.	Données épidémiologiques .....	- 54 -
III.1.1.	Données générales .....	- 54 -
III.1.2.	Données sociodémographiques .....	- 54 -
III.1.3.	Données relatives au domaine relationnel .....	- 56 -
III.1.4.	Données relatives au domaine professionnel .....	- 59 -
III.1.5.	Données relatives au domaine organisationnel .....	- 60 -
III.1.6.	Point de vu des époux.....	- 64 -
III.1.7.	Point de vue des prestataires .....	- 65 -
IV.	DISCUSSION.....	- 68 -
IV.1.	Limites et contraintes .....	- 68 -
IV.2.	Données sociodémographiques .....	- 69 -
IV.3.	Données relatives au domaine relationnel.....	- 70 -
IV.4.	Données relatives au domaine professionnel .....	- 73 -
IV.4.1.	La fiabilité .....	- 73 -
IV.4.2.	L'apaisement .....	- 73 -
IV.4.3.	La responsabilisation .....	- 73 -
IV.5.	Données relatives au domaine organisationnel .....	- 74 -
IV.5.1.	La simplicité du service .....	- 74 -
IV.5.2.	La continuité du service .....	- 75 -
IV.5.3.	L'accessibilité du service .....	- 75 -
IV.5.4.	Le temps d'attente.....	- 76 -
IV.5.5.	Le confort du service .....	- 76 -
IV.6.	Point de vu des époux .....	- 76 -
IV.7.	Appréciation globale des patientes en termes de satisfaction par rapport à leur prise en charge .....	- 77 -
IV.8.	Point de vue des prestataires .....	- 77 -
IV.8.1.	Raisons influençant la prise en charge des patientes.....	- 77 -
IV.8.2.	Suggestions des praticiens .....	- 77 -
	CONCLUSION.....	- 78 -
	RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS .....	- 80 -
	REFERENCES.....	- 83 -
	ANNEXES	



## **INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME**

## I. INTRODUCTION

Pathologie laissant perplexer le monde, l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) touche actuellement tous les pays du globe mais, revêt une grande particularité dans les pays en développement où elle bouleverse tous les systèmes d'organisation de la vie sociale et économique. Ainsi, elle ébranle les structures sanitaires déjà fragilisées par des problèmes de santé endémique.

Le VIH/sida est devenu, à l'échelle mondiale, l'une des premières causes de mortalité des adultes âgés de 15 à 49 ans [41]. Le sida a déjà tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'il a été identifié en 1981 et, devrait tuer plus de 70 millions de personnes dans le monde, dans les 20 prochaines années si la tendance à la propagation de la maladie n'était pas inversée [40]. La prévalence mondiale de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'est stabilisée depuis 2000 [39]. Toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'est accru. On estime que 33,2 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007 et que le nombre annuel de nouvelles infections a baissé de 3 millions en 2001 à 2,7 millions en 2007 [39]. La répartition géographique des malades était disparate.

En 2007, on notait 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans infectés dans le monde dont 1,8 millions en Afrique. Il est important de signaler qu'en Afrique des millions d'enfants infectés par le VIH le sont à la suite de la Transmission Mère Enfant (TME) et n'ont que peu de chance de survie [55].

Au Burkina Faso, pays en développement et aux ressources limitées, la lutte contre le VIH/sida et les IST est considérée comme une priorité nationale en matière de santé.

A travers plusieurs programmes nationaux le pays a engagé la lutte contre ce fléau. Les efforts déployés ont atteint des résultats forts appréciables dans le domaine de la prévention, du traitement et de la prise en charge : la prévalence de l'infection au VIH en 1997 qui était de 7,17 % est passée en fin 2002 à 4,2 % puis à 2,3% en 2005 ; 2% en 2006 et 1,6% en 2007 [39].

Par ailleurs, à travers le programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) une femme séropositive peut désormais, avec plus de chances donner naissance à un nouveau-né sain. Le désir d'avoir un enfant séronégatif a donc conduit plusieurs patientes à adhérer au programme.

Notre étude qui est préliminaire, se propose d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires du programme. Elle se veut une contribution à l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte séropositive.

## II. ENONCE DU PROBLEME

Devant la féminisation de l'infection et depuis la mise en évidence de la transmission verticale du VIH, des protocoles de prévention par les antirétroviraux (ARV) ont été adoptés, permettant de réduire significativement le risque de contamination de l'enfant par sa mère infectée. A cet effet, plusieurs instances internationales ont interpellé les pays à forte séroprévalence, à mettre en œuvre des interventions offrant aux femmes enceintes infectées l'opportunité de donner naissance à des enfants non infectés. Ainsi, le Burkina Faso a adopté en 2000 le programme national de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME/VIH). Conçu comme un programme national, la mise en œuvre de la PTME/VIH au Burkina Faso a été organisée en tenant compte de la structuration du système national de santé :

- Un niveau central chargé de la conception, de l'orientation à travers les directives, de la coordination et de la mobilisation des ressources. La Direction de la Santé de la Famille représente dans le cadre de ce programme le niveau central ;
- Un niveau régional chargé de la coordination, du suivi et de l'appui au niveau opérationnel. Il est représenté par les directions régionales de la santé ;
- Un niveau opérationnel chargé d'offrir le paquet de services PTME/VIH au niveau des centres de santé maternelle et infantile où se déroule la consultation prénatale, porte d'entrée principale de la PTME/VIH.

La mise en œuvre du premier programme qui a couvert la période de 2001 à 2005 a concerné d'abord trois districts à savoir : le District du secteur 30 de Ouagadougou, le District sanitaire de Ouahigouya et le District 22 de Bobo-Dioulasso. Puis de façon progressive, le nombre de districts et de formations sanitaires mettant en œuvre les activités du programme a augmenté.

Après une revue conjointe du premier programme, le deuxième programme couvrant la période de 2006 à 2010 a été élaboré et est en cours d'exécution avec l'utilisation de protocoles d'ARV prophylactiques répondant aux normes de l'OMS.

Ce second programme met l'accent sur le passage à l'échelle de l'intégration des prestations de PTME dans les formations sanitaires périphériques d'une part, et d'autre part sur le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés.

Etant donné que ce programme est presque à sa fin, l'analyse des résultats obtenus en 2008 sur l'ensemble du territoire national a montré que sur 1558 femmes enceintes séropositives et ayant accouché dans une formation sanitaire, 1419 soit 91,07 % ont reçu un traitement prophylactique complet aux ARV [30]. Ce qui signifie que la majorité des bénéficiaires a adhéré au programme PTME.

Après trois années de mise en œuvre effective du programme PTME au CHUYO il importe d'évaluer les prestations vues par les bénéficiaires afin d'identifier les obstacles et faire des propositions dans le sens de la réussite du programme. Cela nous amène à émettre quelques hypothèses :

- Le comportement du personnel influence t- il la satisfaction des patientes vis-à-vis des prestations du programme ?
- La qualité de la prise en charge influence t- elle la satisfaction des patientes vis-à-vis des prestations du programme ?

**PREMIERE PARTIE : GENERALITES**

# **I. RAPPELS SUR L'INFECTION A VIH**

## **I.1. Historique**

En 1981, à Los Angeles, Michael Gottlieb [18] observe une pneumonie à *Pneumocystis Carinii* chez un sujet jeune homme n'ayant pas d'antécédents médicaux notables. C'est une pathologie exceptionnelle qu'on observe chez les grands immunodéprimés. Ce patient présentait en effet un effondrement de la sous population lymphocytaire, les lymphocytes TCD4 (LTCD4). Leur important rôle dans l'orchestration des défenses immunitaires était déjà connu [18]. Quelques semaines plus tard, à Los Angeles et à New York, des cas de pneumocystose associés à une maladie de Kaposi (aussi exceptionnelle) sont découvertes chez des jeunes homosexuels. Le central for Diseases Control (CDC) d'Atlanta va rapidement confirmer l'émergence de pneumocystose chez des homosexuels à partenaires multiples et qui présentaient en outre d'autres affections opportunistes comme les pneumonies à cytomégalovirus (CMV), les sarcomes de Kaposi, des résurgences de manifestations à virus herpès simplex (HSV) ou à virus varicelle zona (VVZ). L'élément commun chez tous ces sujets était l'immunodépression observée. Le terme de Syndrome d'Immunodéficience Acquise (sida) a été donné à ce syndrome. Au départ le sida concernait uniquement les homosexuels très actifs et qui utilisaient des drogues intraveineuses très dures contenant du nitrate d'amyle. La première hypothèse de cette déplétion lymphocytaire était la toxicité de ce composé pour les LTCD4. Mais cette hypothèse est vite balayée quand des cas de sida sont observés aux Etats-Unis chez des polytransfusés, chez des héroïnomanes et chez les haïtiens. Une nouvelle hypothèse apparaît quand des cas similaires sont observés chez des hétérosexuels, celle d'un virus transmissible par le sang et les rapports sexuels. Elle est rapidement confirmée après la description de nouveaux cas. En octobre 1982 [52] des cas de sida sont décrits pour la première fois chez des femmes dont une contamination par voies hétérosexuelles.

Deux mois plus tard les premiers cas sont observés chez les enfants. Il a été émis l'hypothèse d'une transmission par voie verticale.

En 1983, en France l'équipe de Luc Montagnier isole le premier virus du sida dans les ganglions d'un jeune homosexuel de retour des USA ; hospitalisé dans un hôpital parisien et qui présentait des signes de pré-sida que sont les lymphadénopathies. Il l'a appelé virus des lymphadénopathies (LAV). Aux Etats Unis Robert Gallo avait pensé que ce virus était une variante des deux virus qu'il avait découvert en 1980, les Human T-Cell Leukemia virus (HTLV-1 et HTLV-2) et que la différence résiderait dans la perte du pouvoir transformant pour le virus du sida au profit des activités cytolytiques. A la suite de divergence entre les deux équipes, le monde scientifique a décidé de l'appeler virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 1986, l'équipe du professeur Luc Montagnier isola un second virus chez deux malades Portugais hospitalisés à Lisbonne après un séjour prolongé en Guinée Bissau. Ce virus qui est différent du premier par des protéines de surface sera appelé VIH-2.

Une année après la découverte du VIH-2 les perspectives de la première thérapie de l'infection à VIH par la Zidovudine (AZT), analogue nucléotidique, sont mise au point et en 1994 son rôle préventif dans la transmission mère enfant a été démontré [49]. En 1996 de nouveaux traitements sont mis au point et l'événement le plus marquant a été celui de la trithérapie.

## **I.2. Définitions**

- **L'infection à VIH**

Il s'agit d'une maladie chronique, transmissible, due à la présence du VIH dans l'organisme. [48].

- **Transmission mère enfant (TEM)**

Il s'agit de la contamination de l'enfant par sa mère infectée par le VIH. Cette transmission pouvant se faire in utéro, dans la période périnatale ou pendant l'allaitement. [48]

- **Prévention de la transmission mère enfant**

Il s'agit des différents procédés visant à empêcher le passage du VIH de la mère à son enfant dans les périodes pré, per et post partum. [48]

### **I.3. Modes de transmissions**

La transmission de l'infection par le VIH est aujourd'hui bien connue. La présence du virus a été prouvée dans la plupart des liquides biologiques. Le virus a été retrouvé dans le sang, la salive, le liquide céphalorachidien, le sperme, les sécrétions vaginales, le liquide alvéolaire, les larmes et les urines.

#### **I.3.1. La transmission sexuelle**

C'est la principale voie de transmission au plan mondial. Elle peut être hétérosexuelle, homosexuelle, ou par des rapports orogénitaux. En Europe et aux Etats-Unis, elle a d'abord concerné les homosexuels masculins chez qui elle représentait 80% des contaminations par voie sexuelle. En Afrique la transmission hétérosexuelle est le mode dominant. Les facteurs augmentant les risques de transmission ont été décrits. Il s'agit entre autres :

- de l'infectiosité du partenaire :  $CD4 < 200/\mu l$ , charge virale élevée, primo infection, pathologie opportuniste en cours (phase sida) ;  
de l'existence d'infection et/ou de lésion génitale. Des études ont montré le rôle facilitant de la transmission du VIH par les IST [6 ; 13 ; 35] qui en entraînant l'effraction des muqueuses génitales constituent une porte d'entrée du VIH. Ainsi le traitement systématique des IST occupe une place de choix dans la prévention du VIH /sida.
- les rapports sexuels pendant les règles ;
- le saignement au cours du rapport sexuel.

### **I.3.2. La transmission sanguine**

Elle se fait par :

- la transfusion et les dérivés du sang : elle a été découverte en 1982 [52]. Le dépistage systématique chez les donneurs a permis de minimiser ce risque. Mais depuis 1987 le pays s'est doté de techniques de dépistage permettant la sécurité transfusionnelle ;
- la toxicomanie intraveineuse ;
- l'exposition professionnelle. Le risque global de transmission du VIH en cas d'exposition accidentelle à du sang ou à un liquide contenant du sang est estimé à 0,32% [15]. Les facteurs augmentant ce risque sont :
  - les blessures profondes,
  - la présence de sang sur le matériel,
  - le sang provenant d'une artère ou d'une veine,
  - le patient à un stade évolué.

La prise en charge des accidents d'exposition au sang ou à des liquides biologiques est de nos jours bien codifiée et permet de minimiser les cas de séroconversion.

### **I.3.3. La transmission verticale**

Trois principales étapes ont été décrites dans la transmission du VIH de la mère infectée à son enfant. Le passage du virus de la mère à l'enfant peut avoir lieu au cours de la grossesse par voie utero placentaire, pendant l'accouchement par les sécrétions vaginales et dans le post-partum par l'allaitement maternel.

L'estimation du risque de TME en dehors de toute PTME est de 15 à 20% dans les pays développés et de 30 à 35% dans les pays en développement [19].

## **II. BASES VIROLOGIQUES**

### **II.1. La structure du virus**

Le virus se présente sous la forme d'une particule sphérique de 80 à 100 nm de diamètre. Il est constitué de quatre éléments : le génome, la capsid, la matrice et l'enveloppe. Le génome est constitué de deux molécules d'ARN identiques, chacune d'elles comporte environ 10000 nucléotides porteurs de l'information génétique nécessaire à la synthèse des protéines virales. La capsid virale située au cœur de la particule virale, est constituée de protéines p24. Elle renferme les deux molécules de l'ARN, la protéine p7 et les enzymes virales (transcriptase inverse et intégrase). La matrice constituée de protéine p17 tapisse l'intérieur de la particule virale et contient la protéase virale.

L'enveloppe est un fragment de la membrane cytoplasmique de la cellule hôte qui est utilisée par le virus comme enveloppe externe. Les protéines gp120 et gp41 sont les antigènes de la surface. C'est un virus parasite strict de la cellule qui se multiplie à partir de son génome, à l'intérieur de la cellule. Il est antigénique et immunogène [38].

### **II.2. Fixation et réplication du VIH dans la cellule cible**

La protéine gp120 reconnaît le récepteur CD4 de la cellule et s'y fixe par son domaine V3. Cela va se traduire par un changement conformationnel de sa structure qui va permettre sa reconnaissance et sa fixation par d'autres protéines, des corécepteurs cellulaires appelés CCR5 (sur le macrophage) et CXCR4 (sur le lymphocyte).

Ces corécepteurs du VIH sont normalement des récepteurs cellulaires pour des cytokines qui attirent les leucocytes au cours des réactions inflammatoires. Les cellules dendritiques présentatrices d'antigènes, localisées sur l'épithélium muqueux fixent le virus à l'aide d'un troisième type de récepteur appelé DC-SIGN.

Cette fixation rend le virus résistant. La cellule migre avec le virus porté par le DC-SIGN jusqu'au ganglion où le virus trouvera les lymphocytes et les récepteurs

nécessaires à sa pénétration. Il semble que le virus ne se réplique que dans le lymphocyte, les autres cellules qui peuvent le fixer le transportent vers les zones riches en lymphocytes [38]. Dans ces derniers, le provirus est transcrit et traduit en même temps que leur ADN. Il s'en suit la synthèse de composants viraux spécifiques qui s'assemblent pour former des particules virales entières. Ces nouveaux virions sont libérés hors des cellules et pourront infecter de nouvelles cellules. La séroconversion commence avec l'apparition des anticorps anti-VIH dans la circulation, au plus tôt la 3<sup>ème</sup> semaine et au plus tard après la contamination ; le délai moyen d'apparition est de 6 à 8 semaines [38].

### **II.3. Sous types de VIH**

Il existe deux types de VIH : le VIH 1 et le VIH 2 dont il y'a seulement 42% d'homologie [37].

Le VIH 1 existe dans le monde entier et est responsable de la pandémie, alors que le VIH 2 est retrouvé principalement en Afrique de l'ouest, au Mozambique et en Angola. Ce dernier est moins pathogénique que le VIH 1, et contribue très peu au sida pédiatrique [43]. le VIH 1 , du fait des variétés antigéniques présente trois groupes : M ( majeure ) , O ( outlier ) et N ( ni M ni O ) . Onze sous types ont été identifiés, désignés chacun par une lettre alphabétique : A, B, C, D, E jusqu'à K. Lorsque deux sous types de VIH se rencontrent dans un organisme, une combinaison génétique appelée CRF (formes recombinantes circulantes) se forme et se fixe dans le milieu. On en dénombre 13 aujourd'hui. En Afrique on trouve principalement les sous types A et D (à l'Est et au Centre), sous type C (Afrique Australe) et le sous type recombinant A (Afrique de l'Ouest). Le sous-type C semble être plus virulent que les autres. Son taux de répllication est le plus élevé ; il s'associe à une évolution plus rapide de la maladie et à des taux de transmission mère enfant plus élevés que les autres sous types A et D [48].

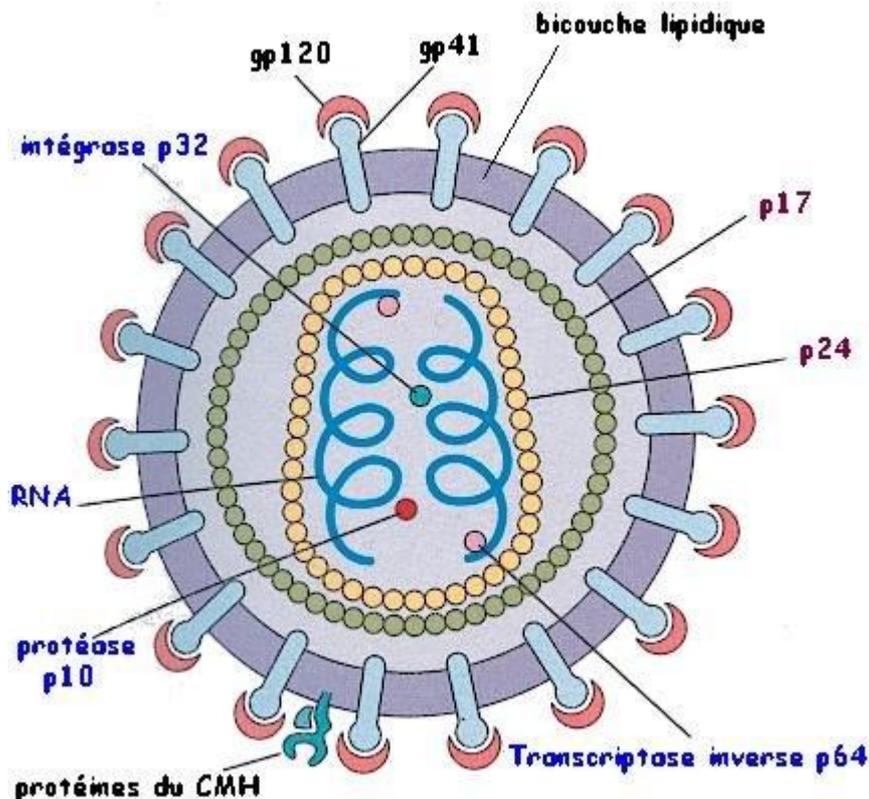
**Tableau I :** répartition en sous-types des VIH

VIH -1	VIH -2
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Groupe M (Major)</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Sous-types non recombinants («purs») : A B C D F H J K</li><li>• Sous-sous-types : F1 F2</li><li>• Formes recombinantes circulantes (CRF) : CRF01_AE CRF02_AG CRF03_AB CRF04_cpx CRF05_DF CRF06_cpx CRF07_BC CRF08_BC CRF09_? CRF10_CD CRF11_cpx CRF12_BF CRF13_cpx CRF14_BG</li></ul></li></ul>	- 7 sous-types A B C D E F G
- Groupe N (Non-M non-O)	
- Groupe O (Outlier)	

Le VIH est caractérisé par une grande variabilité génétique. Ceci va constituer un élément aggravant de l'infection, car les organismes auront sans cesse à lutter contre des souches différentes.

Le génome du virus contient toutes les informations génétiques nécessaires à la perpétuation du message. Cependant, pour survivre, il doit constamment s'adapter aux menaces de l'environnement.

Les variations qu'il va subir au niveau de son génome vont se traduire par des modifications de la structure externe. Le système immunitaire se retrouvant confronté à une structure nouvelle ne la reconnaît pas, laissant ainsi le virus lui échapper. La diversité est produite au hasard, seules les bonnes variations (celles qui ne perturbent pas la multiplication) seront viables. La connaissance de la variabilité génétique du virus est importante pour la mise au point de tests de diagnostics et vaccin.



**Figure 1** : Structure de la particule du VIH [61]

## II.4. Histoire naturelle de l'infection pédiatrique à VIH

L'évolution spontanée de l'infection par le VIH en l'absence de toute thérapie se fait en trois phases : une phase aiguë ou de primo-infection, une phase d'infection chronique et une phase symptomatique ou d'immunodépression majeure ou sida [10 ; 16].

### II.4.1. La primo infection à VIH

Sa durée est de quelques semaines à 6 mois et 10 à 60% des primo infections sont asymptomatiques. Des analyses ont montré qu'une primo infection symptomatique était associée à un risque rapide vers le sida. Cette phase est caractérisée par des signes cliniques et biologiques dont l'expression varie d'un sujet à un autre :

**Tableau II** : Fréquence des symptômes cliniques et biologiques lors de la primo-infection à VIH

Cliniques (%)		Biologiques (%)	
Fièvre	>80-90	Thrombocytopénie	45
Fatigue	>70-90	Leucopénie	40
Rash	>40-80	Enzymes hépatiques élevés	21
Céphalées	32-70		
Lymphadénopathies	40-70		
Pharyngites	50-70		
Myalgies ou arthralgies	50-70		
Nausées vomissements, diarrhées	30-60		
Sueurs nocturnes	50		
Méningite aseptique	24		
Ulcères buccaux	10-20		
Ulcères génitaux	5-15		

Chez un sujet présentant des signes possibles d'une primo infection, la recherche de l'antigène p24 et /ou l'ARN VIH dans le sang doit être effectuées et la confirmation de la séroconversion par la détection des anticorps (Ac) sériques est faite dans les deux à six semaines suivantes. Biologiquement la séroconversion traduit la réponse immunitaire humorale anti VIH détectée par la présence d'Ac dirigées contre l'enveloppe virale qui sont les premiers à apparaître (Ac anti gp 160, Ac anti gp 120, Ac anti gp 41) et les Ac dirigés contre les autres protéines virales.

#### **II.4.2. L'infection chronique**

Passée la phase aigue avec séroconversion, l'infection à VIH persiste avec une multiplication virale permanente dans les gîtes lymphoïdes. Pendant plusieurs années (entre trois et quinze ans) peu de manifestations cliniques sont observées en dehors des adénopathies cervicales ou axillaires qui sont retrouvées dans 50% des cas et d'infections banales mais anormalement fréquentes. Le nombre de lymphocytes TCD4 va lentement, mais inexorablement diminuer.

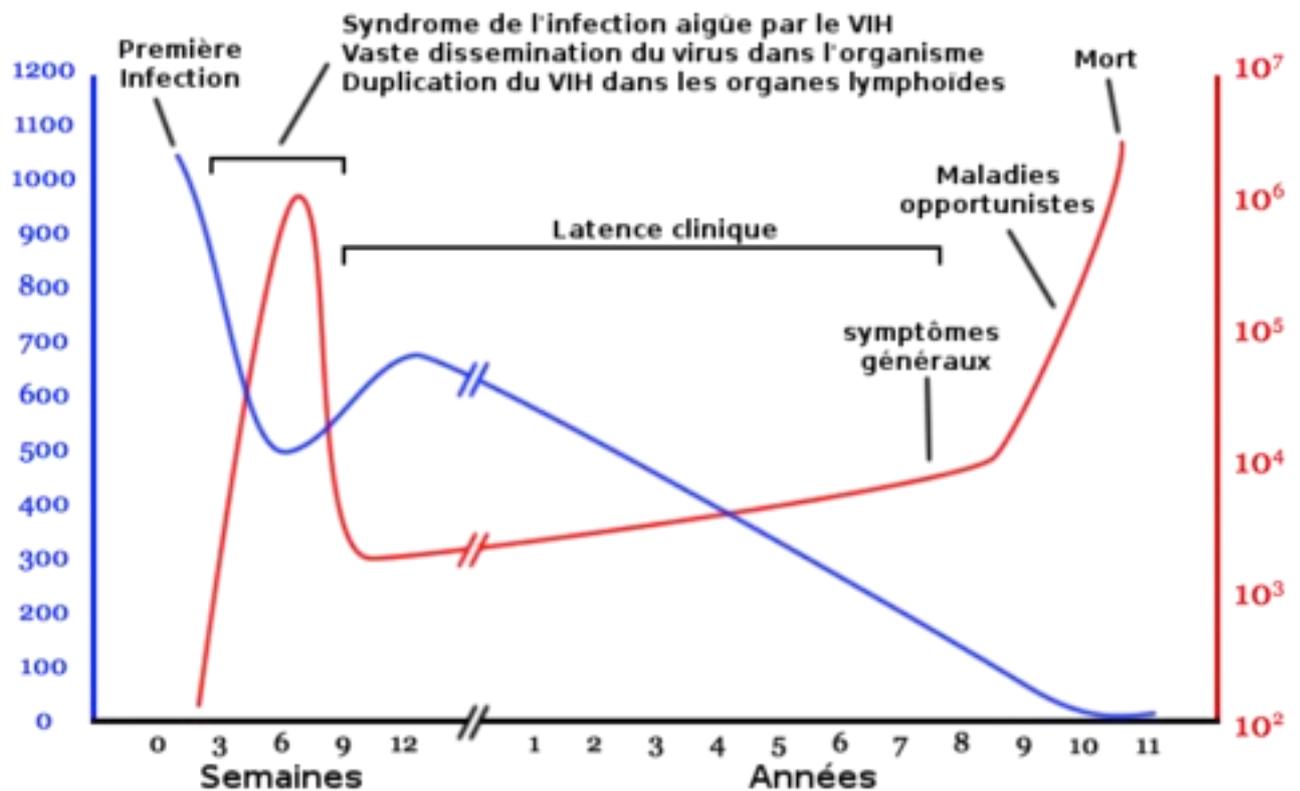
Les premiers signes de progression clinique de la maladie sont souvent cutanéomuqueux : zona, candidose buccale, leucoplasie chevelue [16]. L'entrée dans la

maladie peut être d'emblée marquée par la survenue d'un événement classant au stade de sida. Les principaux paramètres prédictifs de l'évolution ultérieure demeurent la charge virale et le taux de CD4. La baisse de CD4 qui est en moyenne de 50/ mm<sup>3</sup> /an est d'autant plus rapide que la charge virale est élevée.

C'est la phase symptomatique. Elle dure quelques mois à quelques années. De nombreux facteurs accélèrent la progression vers le stade sida : L'âge avancé du sujet, les infections intercurrentes, le sous type viral – VIH-1 >VIH-2, les co-infections, une charge virale initiale élevée, une chute importante du taux de CD4 (taux<200mm<sup>3</sup>) avant le traitement.

CD4 / mm<sup>3</sup> plasma

Copies ARN virales/ml plasma



**Figure n°2** : évolution naturelle de L'infection par le VIH.

*L'évolution de l'infection par le VIH est dite persistante productive et est représentée par ce diagramme qui montre la relation entre la charge virale et le nombre de lymphocytes T<sub>4</sub>.*

- Nombre de lymphocytes T<sub>4</sub> par mm<sup>3</sup> de plasma
- Nombre de copies de l'ARN viral par ml de plasma

## II.5. Classification clinique et biologique.

Plusieurs classifications de l'infection à VIH ont été proposées. Celle du CDC d'ATLANTA révisée en 1993 [4; 8] est établie à partir de paramètres cliniques et biologiques. Celle de l'OMS utilise les données cliniques. Elle est pratique dans les pays en développement qui ne disposent pas de moyens de diagnostic suffisant.

### II.5.1. Classification selon le CDC

#### ***Classification biologique chez les adultes et les adolescents. (CDC 1993)***

**Tableau III** : classification selon le CDC du VIH/sida chez les adultes et les adolescents.

Nombre de LTCD4 par mm3 (% de LTCD4 sur lymphocytes totaux)	STADE A Asymptomatique, primo-infection ou polyadénopathie.	STADE B Symptomatique, sans critère A ou C.	STADE C Sida
≥500 (29%)	A1	B1	C1
200-499(14-28%)	A2	B2	C2
<200(<14%)	A3	B3	C3

#### ***Classification clinique pour les adultes et les adolescents (CDC 1993)***

##### **Stade A**

Infection par le VIH asymptomatique  
Primo-infection symptomatique  
Lymphadénopathies persistante généralisée

##### **Stade B**

Manifestations cliniques ne faisant partie de la catégorie C et :

- liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire
- ayant une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée.

## Stade C

Sida de l'adulte :

- infection opportuniste
- syndrome cachectique
- encéphalopathie VIH
- néoplasies : cancer du col invasif ; sarcome de Kaposi ; lymphome

### *Classification pédiatrique*

**Tableau IV** : Classification clinique selon le CDC du sida pédiatrique.

<b>Catégorie N Asymptomatique</b>
<b>Catégorie A</b> Symptôme mineurs : Lymphadénopathies, hépatosplénomégalie Dermatose, parotidite, infection ORL ou bronchique récidivantes.
<b>Catégorie B</b> Symptômes modérés (liste non limitative) Infection bactérienne, pneumopathie lymphoïde, thrombopénie, anémie, neutropénie, zona, candidose ou herpès buccal récidivant, néphropathie, cardiopathie.
<b>Catégorie C</b> Symptôme sévère : Infections opportunistes, infections bactériennes sévères répétées, encéphalopathie, lymphome ou cancer, cachexie.

La classification clinique est croisée à la classification biologique.  
Classification biologique

**Tableau V** : classification biologique selon le CDC du sida pédiatrique.

	CD4	<12 mois*	1-5 ans	6-12 ans
Pas de déficit immunitaire	% NA**	≥25% ≥1500	≥25% ≥1000	≥25% ≥500
Déficit modéré	% NA**	15-24% 750-1499	15-24% 50-999	15-24% 200-499
Déficit sévère	% NA**	<15% <750	<15% <500	<15% <200

\* Les normes sont probablement plus hautes pour l'enfant de moins de 6 mois. Le nombre normal de lymphocytes CD4 à la naissance est d'environ 3000/mm<sup>3</sup>

NA\*\* nombre absolu par mm<sup>3</sup>

## II.5.2. Classification clinique selon l'OMS

### *Chez l'adulte et l'adolescent*

#### **Stade clinique I :**

1. Asymptomatique
2. lymphadénopathie généralisée

Echelle de performance : 1 : asymptomatique, activité normale

#### **Stade clinique II :**

3. Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel
4. Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermatose séborrhéique, prurigo, infection fongiques de l'ongle, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire).
5. Zona dans les 5 dernières années

6. Infections des voies respiratoires supérieures récurrentes (c'est-à-dire sinusite bactérienne)

Et/ou échelle de performance 2 : symptomatique, activité normale.

### ***Stade clinique III***

7. Perte de poids >10% du poids corporel
8. Diarrhée chronique inexplicée, > un mois
9. Fièvre prolongée non expliquée intermittente ou constante, > un mois
10. Candidose buccale (muguet)
11. Leucoplasie chevelue de la cavité buccale
12. Tuberculose pulmonaire
13. Infections bactériennes graves (c'est dire pneumonie, pyomyositis)

Et/ou échelle de performance 3 : alité < 50% du jour durant le dernier mois.

### ***Stade clinique IV***

14. Syndrome cachectique dû au VIH\*
15. Pneumopathie à pneumocystis jiroveci
16. Toxoplasmose cérébrale
17. Cryptosporidiose avec diarrhée supérieure à un mois
18. Cryptococcose extra pulmonaire
19. Maladie à cytomégalovirus d'un organe autre que le foie, la rate, ou nodule lymphatique (ex : rénite)
20. Infection au virus herpès simplex, mucocutanée (supérieure à un mois) ou viscérale.
21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive
22. Toute mycose endémique disséminée
23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches
24. Mycobactériose atypique, disséminée ou pulmonaire
25. Septicémie à salmonelle non typhoïdique
26. Tuberculose extra pulmonaire
27. Lymphome
28. Sarcome de Kaposi
29. Encéphalopathie VIH \*\*

Et/ou échelle de performance 4 : alité > 50% de la journée durant le dernier mois.

*\* Syndrome cachectique dû au VIH : perte de poids supérieure à 10% du poids corporel accompagné soit de diarrhée chronique inexplicquée (supérieure à un mois). Soit de faiblesse chronique et fièvre prolongée inexplicquée (supérieure à un mois).*

*\*\* Encéphalopathie VIH : les résultats cliniques des dysfonctionnements moteurs et/ou cognitifs interférant avec les activités quotidiennes, progressant de semaine en mois, en l'absence de maladie ou état concurrent autre qu'une infection VIH qui pourrait expliquer ces résultats.*

### **Classification clinique pédiatrique**

#### **Stade clinique I**

1. Asymptomatique
2. Lymphadénopathie généralisée

#### **Stade clinique II**

3. Diarrhée chronique d'une durée > 30 jours en l'absence d'étiologie connue
4. Episodes de candidose récurrents ou persistants en dehors de la période néonatale
5. Perte de poids ou incapacité à guérir en l'absence d'étiologie connue.
6. Fièvre persistante d'une durée > 30 jours en l'absence d'étiologie connue
7. Infections bactériennes graves récurrentes autres que la septicémie ou la méningite (ostéomyélite pneumonie bactérienne non tuberculeuse, abcès)

#### **Stade clinique III**

8. Infections opportunistes définissant le sida
9. Grave incapacité à se développer (émaciation) en dehors d'une étiologie connue (\*)
10. Encéphalopathie progressive
11. Malignité
12. Septicémie ou méningite récurrente

(\*) Perte de poids supérieure à 10% de base ou inférieure au 5<sup>ème</sup> centile du poids en fonction du tableau des tailles constatée à la suite de séries de mesures consécutives , avec plus d'un mois d'écart , en l'absence d'une autre étiologie ou d'une maladie concurrente .

### **III. TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH**

#### **III.1. Voie de transmission de l'infection à VIH dans la PTME**

La voie de contamination est connue et bien décrite de nos jours. Le mérite des recherches est de permettre au monde scientifique et aux dirigeants d'élaborer les grandes articulations de la prévention de cette maladie. La transmission verticale ou transmission mère-enfant (TME) du VIH est la voie de contamination prédominante chez l'enfant. Elle constitue 95% de contamination chez l'enfant en général [48].

On lui décrit trois périodes qui sont :

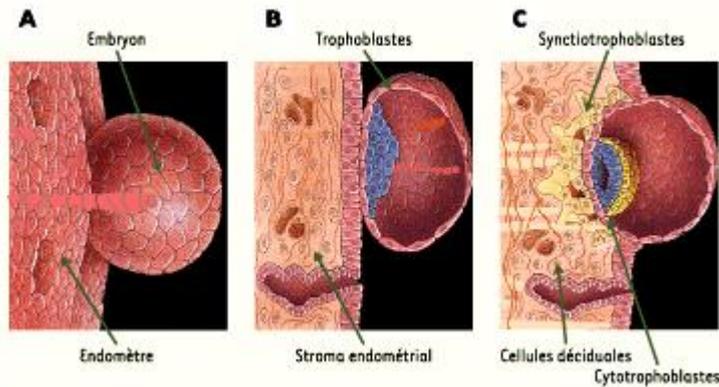
- Pendant la grossesse (in utero) : 5 à 10% ;
- Pendant la période périnatale : le travail d'accouchement et la traversée de la filière génitale pendant l'expulsion : 10 à 20% ;
- Pendant l'allaitement par le biais du lait maternel 5 à 20% ;
- D'autres voies de transmissions existent mais ne font pas l'objet du programme PTME. Les enfants nés de mères séropositives, qui échappent au VIH par l'entremise de la PTME pourraient se contaminer par ces voies ;
- Voie sexuelle : Autrefois exceptionnelle, cette voie de transmission est de plus citée ; surtout dans les contrées en guerre. De nos jours, les enfants, plus singulièrement les orphelins, sont victimes de sévices sexuels. Par ailleurs, on pourrait citer les rapports sexuels non protégés chez certains mineurs [48] ;
- Voie sanguine

- utilisation de produit sanguin. l'amélioration de la sécurité transfusionnelle a permis de réduire considérablement le risque de transmission par cette voie.
- utilisation du matériel médico-chirurgical ou non, contaminé par le VIH (scarification, excision, coiffure, injection etc.) [48].

## **III.2. Mécanismes de la transmission verticale**

### **III.2.1. Mécanisme de la voie transplacentaire**

Au contact de l'endomètre, les trophoblastes entourant le blastocyste se différencient en cytotrophoblastes et en syncytiotrophoblastes ; ces dernières adoptent un phénotype invasif et migrent dans l'endomètre en interagissant avec les cellules déciduales : cela permet l'ancrage et la vascularisation du placenta [32]. Les deux types de cellules forment une bicouche épithéliale polarisée qui baigne dans la circulation maternelle et sépare celle-ci de la circulation foetale : il s'agit de la barrière placentaire, qui contrôle les échanges materno-foetaux (figure 2). Tout au long de la grossesse, des microlésions entaillent la barrière placentaire, qui est plus mince et vulnérable en fin de la grossesse. Il a ainsi été proposé que des cellules infectées provenant de la circulation maternelle ou de la décidue, ou bien des particules virales libres, puissent directement passer à travers les brèches pour atteindre la circulation sanguine foetale. Cependant, il semble que la présence de lésions mineures dans la couche de trophoblastes ne soit pas associée à la transmission du VIH, peut-être grâce à l'intégrité de la membrane basale sous-jacente des cellules trophoblastiques ou à l'apparition de cellules fibrines dans les lésions [5]. Par ailleurs, si l'inflammation placentaire due à une chorioamniotite aigüe est associée à la transmission du VIH-1, celle-ci survient au moment de la naissance, et non pendant la grossesse [36]. La figure 3 présente le développement placentaire.



**Figure 3.** : *Le développement placentaire. A, B. Vues externe et interne de la zone de contact entre l'embryon et l'endomètre. C. Les trophoblastes se différencient en deux types de cellules au contact de l'endomètre : les cytotrophoblastes et les syncytiotrophoblastes, qui s'organisent en une bicouche épithéliale polarisée, la barrière placentaire [55].*

Si la présence du VIH au sein de trophoblastes, de cellules de Hofbauer et de cellules endothéliales de placenta des premiers et troisièmes trimestres a été suggérée, certains auteurs estiment que seuls les lymphocytes T et les macrophages peuvent être infectés à l'intérieur du placenta.

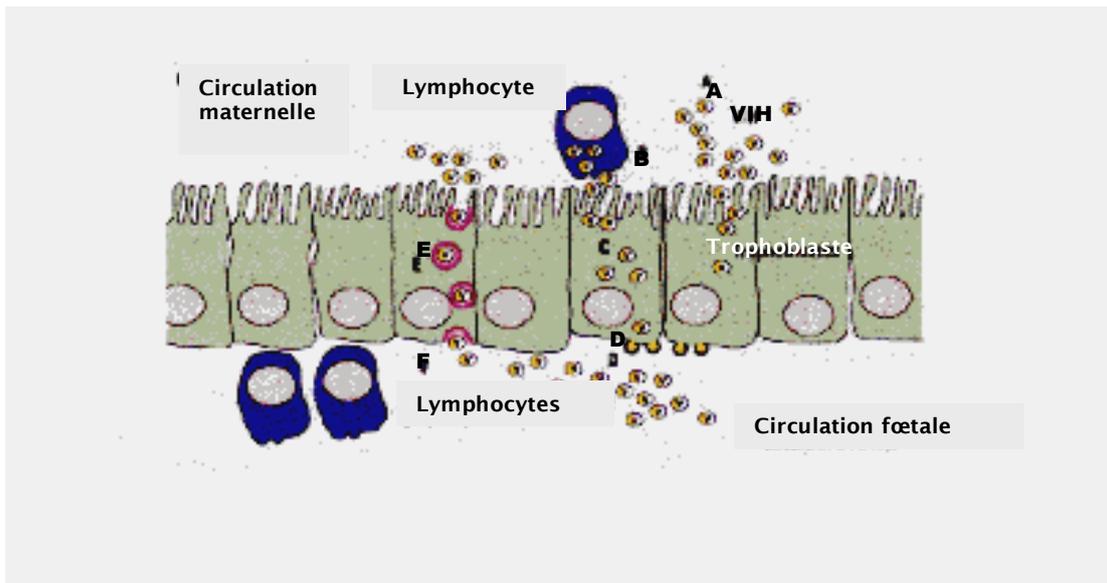
Il est probable que le degré de pureté des préparations de placenta soit à l'origine de cette controverse ; par ailleurs, certaines des études ont été menées chez des patientes traitées par des antiviraux, ce qui peut affecter les résultats obtenus [9].

En fait, il a été démontré que le VIH entrait massivement dans les cellules, non par fusion avec la membrane, comme c'est le cas pour les lymphocytes T, mais par endocytose ; cette variation dans le mode de pénétration du virus a d'importantes conséquences sur la pathogenèse virale, puisque l'endocytose du VIH par les trophoblastes ne paraît pas mener à un cycle productif de réplication [59].

Des auteurs ont rapporté que l'entrée du VIH dans les trophoblastes fait appel à une voie CD4-indépendante ; dans cette même étude, la production virale n'était possible que si la souche virale utilisée était exclusivement CD4-indépendante [1]. L'entrée du VIH semble par ailleurs plus importante lorsque les trophoblastes sont en contact avec les lymphocytes T infectés plutôt qu'avec des virions. Or le VIH peut-être transcytosé du pôle apical au pôle basolatéral des trophoblastes, sans qu'il ait

réplication virale. Ces cellules permettraient donc le passage du VIH non pas par via des microlésions, mais directement par le biais de son internalisation par les trophoblastes [22].

C'est au moyen d'un processus similaire que le VIH pourrait traverser les tissus épithéliaux de l'anus ou du vagin lors de la transmission sexuelle.



**Figure 4** : Mécanismes de transmission du VIH in utero A, B [23]

### III.2.2. Mécanisme per partum

Les microtransfusions lors des contractions utérines augmentent le risque de contamination du fœtus. C'est pourquoi le travail d'accouchement ne doit pas être anormalement long chez une parturiente infectée par le VIH.

La fréquence élevée des infections cervico-vaginales (candidoses, herpès génital, condylomes, dysplasies cervicales) rend la traversée de la filière génitale très à risque de contamination du fait des petites hémorragies et des ulcérations présentes [34].

### **III.2.3. Mécanisme post partum**

Lors de la tétée, le lait maternel contenant le virus arrive au niveau de l'estomac de l'enfant. Le VIH a été détecté dans le liquide gastrique [34]. Par ce biais les cellules intestinales, cibles du virus, lui sont exposées.

## **III.3. Facteurs de risque de la transmission mère- enfant du VIH**

### **III.3.1. Facteurs maternels augmentant le risque pendant la grossesse**

Certains facteurs ont été identifiés comme potentialisant la TME du VIH. Ils devraient être connus du personnel soignant afin qu'il prenne toutes les dispositions nécessaires pour les prévenir. Parmi eux, on pourrait citer :

- les femmes ayant une charge virale élevée risquent davantage de transmettre le VIH à leurs enfants, mais le seuil critique de la charge virale à partir duquel la transmission est nulle n'est pas défini ;
- les femmes présentant une grave immunodépression (numération des lymphocytes CD4<200/μl) et celles souffrant d'une maladie avancée ont un risque accru de transmettre le VIH à leurs bébés ;
- les carences maternelles en micronutriments augmentent sensiblement le risque de la transmission mère-enfant du VIH [48] ;
- Le VIH-1 est plus facilement transmis d'une mère à son enfant que le VIH-2. le sous-type C a été lié au risque accru de la transmission mère-enfant [48].

### III.3.2. Facteurs maternels augmentant le risque de transmission en périnatale.

Certains facteurs observés dans la période périnatale aggravent la transmission du VIH :

- Fièvre ;
- accouchement prématuré ;
- durée prolongée du travail (>10h) ;
- la précocité de la rupture des membranes (chaque heure supplémentaire qui passe entre la rupture des membranes et l'accouchement augmente de 2% le risque de transmission périnatale du VIH 1 chez les femmes infectées, et ce, indépendamment du fait que la femme reçoive un traitement par zidovudine seule ou un traitement antirétroviral combiné) [54] ;
- la chorioamniotite et les infections sexuellement transmissibles augmentent le risque de la TME ;
- les déchirures périnatales, l'épisiotomie et les IST.

### III.3.3. Facteurs liés à l'enfant

Certaines situations liées à l'enfant lui-même, peuvent augmenter le risque de sa contamination. Ce sont :

- le monitoring invasif du fœtus au cours du travail d'accouchement ;
- l'accouchement par voie basse avec parfois des manœuvres traumatiques ;
- l'ordre de naissance est une situation à risque en cas de grossesses multiples. le premier enfant est celui qui balaie les sécrétions vaginales ou parfois le sang lors de son passage dans la filière génito-pelvienne ;
- la prématurité, qui est caractérisée par l'immaturité et la fragilité du nouveau-né ;

- Le risque lié à l'allaitement est de 15 à 17%. Les complications éventuelles de l'allaitement peuvent augmenter ce risque (abrasions du mamelon, gerçures, abcès du sein, etc.) [26].

#### **IV. HISTORIQUE DE LA PTME**

De 1985 à 1989, les recherches ont mis à jours des faits incontestables indiquant la présence du VIH dans le lait maternel [47]. On recommandait aux mères séropositives des pays industrialisés de ne pas allaiter.

L'UNICEF et l'OMS avaient vivement recommandé de continuer à soutenir l'allaitement dans les contextes où les maladies infantiles étaient la principale cause de décès des enfants, quelle que soit la situation sur le plan du VIH. Certaines familles des PED, riches, pouvaient utiliser le régime des pays développés. Le premier essai de traitement prophylactique avait été mené selon le protocole franco-américain ACTG 076 en 1996 à monothérapie. Il avait permis de réduire de 2/3 le risque de TME du VIH. En 1998, une étude entreprise à Bangkok en Thaïlande démontrait que l'AZT administré pendant une courte période à la fin de la grossesse et au moment de l'accouchement permettait de réduire de moitié ce risque de transmission [7]. Ces deux protocoles excluaient l'allaitement. Deux essais avec maintien de l'allaitement avaient été effectués, l'un au Centre Muraz en 1997 par le projet DITRAME de Bobo-Dioulasso en matière de réduction de la TME du VIH : schéma maternel court à l'AZT chez les enfants allaités en Afrique. Il était ressorti que ce protocole peu coûteux, accepté et bien toléré pouvait réduire la TME de 30% à 6 mois chez les enfants allaités et qu'il pourrait être applicable dans les soins maternels et infantiles dans les hôpitaux. L'autre essai à la névirapine en Ouganda, avait donné un résultat de 47% de réduction de la transmission.

Dans les milieux à revenus élevés, le traitement antirétroviral était combiné au cours de la grossesse. Les monothérapies, en plus du fait qu'elles soient moins efficaces que les formes combinées généraient des résistances.

La mise au point de la détection du génome ADN par réaction de chaîne polymérase (PCR) pour le diagnostic précoce et définitif du VIH en 1995 chez l'enfant, était un progrès important par rapport aux tests des anticorps.

Malgré les progrès significatifs qui avaient été effectués en termes de développement et de mise en œuvre de stratégies de traitement, l'ONUSIDA estimait qu'en 2006, moins de 8% de toutes les femmes enceintes dans le monde et moins de 6% des femmes enceintes en Afrique subsaharienne avaient accès à un dépistage du VIH et à des services de prévention, et que seulement 9% des femmes infectées par le VIH recevaient un traitement antirétroviral en prévention de la TME [37]. Cela traduit toutes les limites socio-économiques qui freinent l'application de ces programmes en Afrique.

## **V. PROGRAMME DE LA PTME AU BURKINA FASO**

### **V.1. Objectifs de la PTME**

- Objectif général : réduire le taux de TME/VIH de 50% d'ici fin 2010
- Objectifs spécifiques :
  - couvrir 100% des districts sanitaires et 80% des formations sanitaires.
  - dépister au moins 80% des femmes enceintes vues en CPN
  - couvrir 90% des femmes VIH + par le protocole

### **V.2. Politique burkinabé sur la PTME**

Les objectifs du millénaire pour le développement encourageaient chaque nation, à adopter une politique de protection du couple mère-enfant. Ainsi en 2001, l'élaboration du politique d'un programme national de la PTME du VIH pour 2001-2005 était effective. La mise en œuvre débuta en 2002 dans trois districts pilotes (CMA Bobo 22, CMA du secteur 30 de Ouagadougou et CMA de Ouahigouya). Le protocole utilisé était constitué de névirapine comprimé 200 mg que la parturiente prenait alors que le nouveau-né bénéficiait de la forme sirop de névirapine à 2 mg/kg dans les 72 heures suivant la naissance. Efficace certes, mais trop pourvoyeur de résistance ce protocole a été remplacé par l'actuel décrit ci-dessous [46]. La

couverture nationale en fin octobre 2008 était de 97% des districts sanitaires et 100% des régions. Bien des acquis ont été engrangés, le problème nutritionnel des enfants et l'adhésion des parents au programme demeurent des défis majeurs à relever [28].

### **V.3. Composantes de la PTME**

La lutte contre la transmission verticale devrait se faire sur plusieurs fronts afin d'avoir une efficacité à la hauteur des attentes. Parmi ces axes de combat, on peut citer :

- la prévention primaire de l'infection à VIH ;
- la prévention des grossesses non désirées surtout chez les femmes séropositives ;
- la prévention de la transmission du VIH par les mères infectées à leurs nourrissons ;
- les conseils et le soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant ;
- les soins aux femmes, à leurs bébés, à leurs conjoints et à leurs familles [26].

### **V.4. Suivi des femmes enceintes infectées au BURKINA FASO**

Depuis l'adoption de la nouvelle politique de la PTME au Burkina Faso, un nouveau protocole de suivi des femmes infectées par le VIH a été élaboré. Ce dernier suit les principes de la CPN recentrée, mais adaptée à la particularité de ce terrain. Le bon déroulement du suivi requiert un personnel de santé compétant, qui sensibilise convenablement la femme. Aussi la femme devra-t-elle bien comprendre la procédure et l'accepter afin que les efforts conjugués aboutissent à une réduction de la TME. Le suivi biologique et l'institution d'un éventuel traitement antirétroviral se font pendant la grossesse au cours des CPN. Le chronogramme des CPN est :

- première visite : entre la 12<sup>ème</sup> et la 16<sup>ème</sup> semaine ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte ;

- deuxième visite : entre la 20<sup>ème</sup> et la 24<sup>ème</sup> semaine ;
- troisième visite : entre la 28<sup>ème</sup> et la 32<sup>ème</sup> semaine ;
- quatrième visite : 37<sup>ème</sup> semaine.

Les prestataires doivent avoir des compétences en communication, traiter les femmes avec respect et dignité puis développer avec ces dernières une interaction de bonne qualité [26]

## **V.5. Protocole actuel de la PTME au BURKINA FASO**

### **V.5.1. Femme non éligible au traitement anti rétroviral: lymphocytes CD4 >350/µl**

Cas de l'infection par le VIH 1

Pour le protocole ARV, il est basé sur trois molécules avec deux schémas retenus :

- Administration de l'ARV dès la 28<sup>ème</sup> semaine de grossesse jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour du post-partum ;
- Administration de l'ARV au moment du travail.

Les options alimentaires sont : l'allaitement exclusif avec un sevrage précoce ou l'allaitement artificiel exclusif par les substituts du lait maternel. Le coût du lait artificiel étant élevé, la mère en était bien informée. A titre d'exemple le bébé a besoin en moyenne de 40 boîtes de 500 grammes pour 6 mois. Cela coûtera environ 120 000 F CFA (coût au Burkina Faso). Le tableau I résume la conduite du traitement ARV dans le cadre de la PTME au Burkina Faso. Certaines conditions sont nécessaires pour adopter l'alimentation artificielle :

- acceptable : la méthode ne devrait pas constituer une source de stigmatisation et discrimination de la part de la famille et de la communauté ;
- faisable : la mère devrait être capable de comprendre et de suivre les instructions de préparation de ce lait ;
- abordable : les dépenses pour l'achat du lait et des biberons pourraient s'effectuer sans préjudice aux dépenses de nourritures et de soin de la famille ;
- durable : le couple pourrait supporter ces frais durant la période nécessaire ;
- sûre : il faudrait avoir une source fiable d'approvisionnement.

**Tableau VI** : Protocole de la chimio prophylaxie par les ARV dans le cadre de la PTME/VIH1.

Régime de traitement	Période d'administration		
	Pendant la grossesse	Pendant le travail	En post-partum
Régime retenu	AZT 300mg x 2/jr à partir de la 28 <sup>ème</sup> semaine de la grossesse	NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique	Mère : AZT/3TC 300mg/150mg x 2/jr pendant 7 jours. Enfant : NVP (2mg/kg en dose unique) + AZT 4mg/kg x 2/jr pendant 7 jours.
Alternative		NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique	Mère : AZT/3TC x 7jours. Enfant : NVP (2mg/kg en dose unique) + AZT 4mg/kg x 2/jr pendant 4 semaines.

**NB** : Si la mère a reçu moins de 4 semaines d'AZT pendant la grossesse, l'enfant devrait recevoir 4 semaines d'AZT au lieu d'une semaine.

La césarienne sera pratiquée dans toute situation de charge virale très élevée, d'un risque accru de transmission par voie basse :condylomes vulvaires, IST et autres ulcérations génitales.

- Cas de l'infection par le VIH 2

Conduite similaire sauf qu'on n'administre pas la NVP.

### **V.5.2. Femme éligible au traitement anti rétroviral**

- Femme éligible : lymphocytes CD4<350/μl

Lorsque l'immunité baisse de façon importante, les maladies opportunistes font leur apparition et la virémie s'accroît de manière exponentielle. L'état général de la femme s'altère et cela augmente sa contagiosité vis-à-vis de son fœtus, puis à son enfant. Dans de pareilles situations, l'institution d'une trithérapie constitue une urgence afin de relever le déficit immunitaire de la mère et de réduire la virémie et par voie de conséquence la TME. Ainsi une trithérapie antirétroviral sera instituée quelque soit l'âge de la grossesse. Le choix des ARV est fonction de leur foetotoxicité et des constantes biologiques de la mère. Le régime préférentiel chez une femme enceinte est l'association AZT+3TC+NVP. Pour la trithérapie, la NVP s'administre à 200 mg/jr pendant les 2 premières semaines puis 200mg x2/jr. Le nouveau-né prendra la NVP 2mg/kg en prise unique puis l'AZT pendant 7 jours.

Lorsque la femme est sous la trithérapie, aucun autre ARV supplémentaire n'est donné ni pendant le travail d'accouchement ni dans le post partum. Cependant le nouveau-né reçoit les ARV selon le protocole.

### **V.6. Conduite de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH**

L'accouchement d'une femme séropositive est une étape cruciale qu'il faut bien gérer afin de réduire considérablement le risque de contamination du nouveau-né. En effet 10 à 20% des enfants séropositifs ont été infectés durant cette période. Eu égard à toute la communauté de femmes qui accompagnent les parturientes, qui, parfois ne connaissent pas son statut, il est important de s'assurer que cette dernière a pris les ARV préconisés. Ces médicaments devraient être pris depuis moins de 48 heures avant le travail sinon il faudrait les lui donner. Par ailleurs l'accouchement doit se faire selon les procédures recommandées afin de réduire le risque infectieux et le risque de TME du VIH. Certains gestes utiles sont à observer :

- respecter la poche des eaux ;
- désinfecter les voies génitales avec un antiseptique pour les muqueuses ;

- utiliser le partogramme pour surveiller le travail afin d'identifier à temps une dystocie et prendre les mesures adéquates ;
- initier une antibioprophylaxie à large spectre pour prévenir le risque, d'infection chorio-amniotique ;
- assurer la gestion active de la 3<sup>ème</sup> phase de l'accouchement(GATPA).

## **V.7. Soins néonataux d'un enfant né de mère infectée par le VIH**

### Soins dans les suites de couche immédiates

Lors de la traversée de la filière génito-pelvienne, le nouveau-né est en contact avec le sang et les sécrétions vaginales maternelles qu'il balaie en passant. Il convient de lui nettoyer le corps avec un linge sec et propre. La conduite pratique à tenir sera donc de :

- désobstruer doucement les voies aériennes supérieures si nécessaire ;
- nettoyer le nouveau-né dès sa sortie avec un linge sec et propre ;
- administrer précocement les ARV selon le protocole dans les 12 heures suivant la naissance. il est recommandé de le faire avant la 72<sup>ème</sup> heure ;
- respecter dans tous les cas les principes universels de la prévention des infections ;
- mettre en route l'alimentation du nouveau-né selon le mode choisi par la mère ;
- ne pas utiliser la même paire de ciseaux pour l'épisiotomie et la section du cordon ombilical [26].

## **VI. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PTME AU CHU YO**

### **VI.1. Programme PTME au CHU YO**

#### **VI.1.1. Justification**

En fin 2005, la prévalence du VIH au Burkina Faso était de l'ordre de 2,3% [47]. Des structures de prise en charge de l'infection à VIH dont certaines faisaient la promotion de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant existaient. La tendance était à l'intégration de la PTME dans les activités des districts sanitaires.

La maternité du CHUYO est l'une des principales structures de référence nationale au Burkina Faso. Cependant en fin 2005, il n'y avait pas d'activités PTME formalisées du programme national. Ainsi le CHU YO référait les femmes enceintes séropositives dans de structures de santé de niveau inférieur qui avaient déjà intégré la PTME dans leurs activités.

Après l'accouchement, les femmes intégraient leurs structures initiales de prise en charge, tandis que la majorité de leurs nouveau-nés n'avaient aucun suivi particulier en dehors de leurs séances de vaccination et de consultation des nourrissons au dispensaire. Ainsi le suivi de l'enfant était un véritable challenge à relever.

Une opportunité s'était offerte à la maternité du CYU YO grâce à ses partenaires (l'Initiative Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau et le ministère de la santé à travers le CMLS) afin de pouvoir compléter son paquet d'activités avec la mise en œuvre de la PTME. Pour la pédiatrie, c'est aussi une occasion de suivre les enfants nés de mères séropositives.

#### **VI.1.2. Objectifs de l'Initiative ESTHER**

Objectif général :

- Contribuer à la réduction de la transmission de l'infection à VIH par la prévention de la transmission mère-enfant.

Objectifs spécifiques :

- Offrir les conseils de dépistage du VIH aux utilisatrices du service de la maternité.
- Réaliser un dépistage sérologique de 98% des femmes enceintes fréquentant le service.
- Référer les patientes non enceintes ou accouchées séropositives vers une structure de prise en charge.
- Mettre sous prophylaxie ARV et faire le suivi des gestantes séropositives.
- Orienter les nouveau-nés de mères séropositives dans une structure de prise en charge pédiatrique.

### **VI.1.3. Les atouts du programme PTME au CHU YO**

L'organisation de la PTME au CHU YO a été bénéfique pour le programme que dans les autres formations sanitaires. En effet le CMLS en association avec l'initiative ESTHER, avait proposé en sus du suivi de la femme enceinte séropositive, un suivi de l'enfant exposé au VIH pendant la grossesse. La prise en charge de l'enfant demeure un maillon faible dans la PTME. Après avoir échappé au VIH pendant la grossesse et l'accouchement, les enfants devraient être accompagnés afin de leur éviter une infection à VIH dans la période post natale. Ceci est d'autant plus important que dans notre contexte africain, les parents sont sous informés sur la question. L'idéal a été de suivre le couple mère-enfant dans le même hôpital. Les activités de la PTME et du VIH/sida devraient être menées parallèlement aux autres activités du service afin d'éviter la stigmatisation et la discrimination, véritables obstacles au suivi de toute personne séropositive.

L'Initiative ESTHER devrait contribuer à un dépistage gratuit des femmes enceintes et assurer la fourniture en substituts du lait maternel pour les femmes qui le désiraient. au début du programme, les substituts de lait étaient fournis aux mères séropositives qui optaient pour une alimentation artificielle, ou à 4 mois si elles avaient opté pour l'allaitement maternel strict avec sevrage précoce.

Ainsi le nombre de boîtes de lait évolue parallèlement aux besoins nutritionnels des enfants jusqu'à 12 mois. Le suivi biologique (PCR et sérologie VIH) du couple était également gratuit.

## **VI.2. Organisation du système de prise en charge au CHU YO**

### **VI.2.1. Les acteurs du programme PTME du VIH au CHU YO**

Pour mener correctement une telle activité, des médecins spécialistes ont été formés pour la prise en charge du VIH et de la PTME. Du personnel paramédical y a été adjoint. Ainsi, l'équipe multidisciplinaire comprenait des :

- gynéco-obstétriciens et pédiatres formés,
- infirmiers,
- sages-femmes,
- puéricultrices,
- psychologues,
- conseillers sociaux (personnels de soutien venant des associations de lutte contre le sida),
- Biologistes.

### **VI.2.2. Les services et leurs activités dans le programme**

- Service de gynéco obstétrique :
  - Dépistage du VIH chez les femmes enceintes
  - Consultations prénatales des femmes séropositives
  - Prise en charge des complications gynéco-obstétricales
  - Prodiguer les premiers conseils nutritionnels et un soutien alimentaire par les SLM
  - Administration des ARV en prophylaxie aux femmes enceintes et aux nouveau-nés.
- Service de pédiatrie :
  - Approvisionnement en substituts du lait maternel,

- Prodiguer les conseils hygiéno-diététiques aux mères
  - Surveillance de la croissance de l'enfant,
  - Initiation de la prophylaxie au cotrimoxazole,
  - Prise en charge des pathologies rencontrées au cours du suivi,
  - Assurer le dépistage des autres enfants de la fratrie utérine et d'éventuelles coépouses et les conjoints,
  - Animation des débats et causeries avec les mères séropositives,
  - Apport de soutien psycho-social aux couples
- Hôpital du jour : suivi médical et psycho-social des parents des enfants VIH positifs.
  - Services de bactériologie-virologie et de biochimie :  
Réalisation des examens biologiques. Ces examens sont réalisés dans l'ensemble des laboratoires, particulièrement dans l'unité de suivi biologique du service de bactériologie-virologie.
  - Pharmacie : dispensation des ARV et du cotrimoxazole
  - Unité de stockage du sang : disponibilisation des produits sanguins.

### **VI.3. Partenaires du programme**

- Ministère de la santé à travers CMLS (comité ministériel de lutte contre le sida) ;
- Initiative ESTHER ;
- Structures associatives de lutte contre le sida ;
- Pharmacies privées (qui faisaient une remise sur les médicaments payés).

#### **VI.3.1. Circuit du couple mère-enfant au CHU YO**

 *Dépistage et mode d'entrée des femmes enceintes séropositives*

Le test de dépistage du VIH est proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes. Après un counseling bien réalisé, on obtient le plus souvent un consentement de la femme pour la réalisation du test. Les consultants réalisent dans

la salle de consultation le dépistage par les tests rapides séance tenante. Les résultats sont communiqués à la femme avec une prise en charge psychologique en cas de nécessité.

La présence des anticorps anti-VIH impose une confirmation au laboratoire de référence. Si les résultats définitifs sont positifs, la femme est alors inscrite au registre PTME. Nous pouvons noter 3 modes d'entrée à la maternité du CHU YO.

Premièrement, il s'agit des femmes enceintes dépistées dans le service de gynéco-obstétrique lors des consultations prénatales de routine. Toutes les femmes enceintes de la ville de Ouagadougou qui le désirent, peuvent s'y faire suivre.

Deuxièmement, ce sont les femmes dépistées dans le service de gynéco-obstétrique pendant le travail d'accouchement ou dans les suites de couches immédiates. En effet, il arrive que le dépistage soit proposé aux parturientes suivies ailleurs lorsqu'elles n'étaient pas dépistées pendant la grossesse.

Troisièmement, il s'agit des femmes séropositives, référées par l'hôpital du jour et surtout par les structures associatives (associations de lutte contre le sida) de prise en charge des PV/VIH. Enfin, les centres de santé à compétences limitées réfèrent certaines femmes séropositives qui ont commencé les CPN à leur niveau à la maternité du CHU YO pour une meilleure prise en charge.

#### *Suivi des femmes VIH positives*

Dès la première CPN, le calendrier de suivi est arrêté en accord avec la gestante ainsi que les modalités d'alimentation du futur bébé. Le choix d'alimentation étant problématique, il convient d'engager de longues explications afin d'espérer un bon choix éclairé du mode d'alimentation. Un bilan de suivi est fait au laboratoire à la recherche de toute pathologie associée et surtout pour établir l'éligibilité à la trithérapie antirétrovirale. A la dernière CPN, des ARV pédiatriques sont remis aux futures mères et pour celles qui ont opté pour l'alimentation artificielle, un nombre suffisant de boîtes du lait premier âge est remis pour deux semaines. Notons que les SLM étaient offerts gratuitement aux femmes qui le désiraient et l'approvisionnement régulier était assuré par les partenaires (Initiative Esther).

### *Protocole antirétroviral au CHU YO*

Au niveau du CHUYO nous avons un protocole particulier. La prophylaxie du nouveau-né diffère un peu de celle du protocole national. Il est une bithérapie ARV en post partum pendant 14 jours au CHU YO, alors que le protocole national prévoit une monothérapie pendant 7 jours. Cette différence thérapeutique est en rapport avec les ressources disponibles, mais également pour éviter les résistances à la NVP.

### *Référence du couple mère-enfant*

Chaque matin, l'équipe de suivi de ces femmes séropositives repère dans le registre d'accouchement, les femmes ayant bénéficié du programme PTME qui a accouché. En effet, certaines d'entre elles ne se signalent pas toujours pendant le travail comme il le leur avait été suggéré. Au 14<sup>ième</sup> jour du post partum, au cours de leur visite post natale deux fiches de référence sont remises à la mère. Une pour le suivi de l'enfant à la pédiatrie et l'autre pour son suivi personnel, à sa structure de prise en charge d'origine ou à l'hôpital du jour du CHU-YO.

### *Accueil du couple en pédiatrie*

Les mères arrivent à la pédiatrie à des délais variables. La majorité d'entre elles se présentent dès qu'elles amorcent la dernière boîte de lait et d'autres pour des raisons psychosociales diverses.

#### ➤ ***Chronogramme du suivi de l'enfant***

Dès la première consultation, le chronogramme de suivi et de dotation en lait est donné à la mère. L'enfant bénéficie d'une visite médicale chaque mois pendant les 6 premiers mois puis une visite médicale tous les 2 mois jusqu'au moment où il obtient son dépistage sérologique final.

#### ➤ ***Dotation en lait***

En fonction de l'âge de l'enfant, le type et la quantité de lait servi à la pédiatrie varient. Il est servi aux enfants de moins de 5 mois du lait de 1<sup>er</sup> âge et à partir de cet âge c'est du lait 2<sup>e</sup> âge. La diversification alimentaire intervenant à 4 mois, la quantité

de lait donné aux enfants diminue au profit des autres aliments. C'est à cette occasion que la puéricultrice vérifie avec la mère, les règles d'utilisation des SLM. Les mères sont encouragées à utiliser les tasses au lieu des biberons. Aussi à chaque visite après l'approvisionnement en lait, la puéricultrice recueille les difficultés auprès des mères, leur prodigue les conseils appropriés puis s'assure de l'application des règles et conseils antérieurs. La dotation en lait dépend de l'âge de l'enfant :

0 -1mois.....	6 boîtes de lait 1 <sup>er</sup> âge
1-2 mois.....	8 boîtes de lait 1 <sup>er</sup> âge
2-3 mois.....	10 boîtes de lait 1 <sup>er</sup> âge
3-4 mois.....	12 boîtes de lait 1 <sup>er</sup> âge
4-5 mois.....	12 boîtes de lait 1 <sup>er</sup> âge
5-6 mois et demi .....	10 boîtes de lait 2 <sup>er</sup> âge
6 mois et demi – 12 mois. ....	4 boîtes de lait 2 <sup>er</sup> âge

### **VI.3.2. Activités de suivi de l'enfant**

Le suivi clinique est mensuel jusqu'à 6 mois puis bimensuel jusqu'au résultat final du suivi de l'enfant, généralement à partir de 18 mois. Les buts sont :

- Surveiller la croissance staturo-pondérale (poids, taille, PB) et le développement psychomoteur (PC et acquisitions psychomotrices) ;
- Proscrire l'alimentation mixte car elle augmente le risque de contamination du VIH à travers une muqueuse digestive fragilisée ;
- Proscrire les lavements évacuateurs, les gavages qui fragilisent l'intestin et le rendent plus vulnérable au VIH ;
- Insister sur l'hygiène pour prévenir les infections ;
- Vérifier la compliance et l'observance du traitement ;

- Conseiller pour prévenir les crevasses, gerçures, mastite et les traiter rapidement ;
- Préparer la mère au sevrage ;
  
- Rechercher les effets secondaires des médicaments (cotrimoxazole, ARV) ;
  
- Vérifier que la vaccination des enfants est faite selon le calendrier PEV ;
  
- Dépister précocement par la PCR : à partir de la sixième semaine de vie pour les enfants nourris par une alimentation artificielle, et 6 semaines après le sevrage pour ceux nourris au sein initialement. Une sérologie VIH est faite à partir de 12 mois ;
  
- Proposer un dépistage des conjoints, d'éventuelles coépouses et les autres enfants de la fratrie utérine ;
  
- Assurer un accompagnement psychosocial des couples.

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE**

## **OBJECTIFS**

# **I. OBJECTIFS**

## **I.1. Objectif général**

Evaluer la satisfaction des bénéficiaires du programme PTME du service de gynécologie obstétrique du CHU YO.

## **I.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des couples vivant avec le VIH ayant bénéficié de la PTME.
- Recenser les attentes de ces patients
- Détecter les points de non satisfaction de ces patients
- Recueillir des suggestions en vue de l'amélioration du service PTME

# **METHODOLOGIE**

## **II. METHODOLOGIE**

### **II.1. Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CHU YO situé au secteur n°4 de Ouagadougou. Il est le plus grand Centre Hospitalier au Burkina Faso avec ses 740 lits (en 2006) et emploie un personnel médical et paramédical estimé à 1064 agents. Il partage le sommet de la pyramide sanitaire avec le Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHU SS) à Bobo et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaule (CHUP CDG) à Ouagadougou.

Les patients (es) évacués (es) ou référés (es) au CHU YO proviennent de la province du Kadiogo et des provinces environnantes qui sont : le Bazèga , le Bam , le Boulkiemdé, le Ganzourgou , le Koulpéogo , le Kouritenga , le Kourwéogo , l'Oubritenga , le Zoundwéogo ; et parfois de provinces plus éloignées telles que : le Yatenga , le Seno , le Nahouri , le Soum , le Sanmentenga et de tout le pays .

### **II.2. Le service de gynécologie obstétrique du CHU YO**

Le service de gynécologie obstétrique du CHU YO est le cadre de notre étude. Il est le centre de référence en gynécologie obstétrique de toutes les formations sanitaires confondues, aussi bien privées que publiques des provinces citées plus haut.

Elle a une capacité d'hospitalisation de 89 lits et comporte les infrastructures suivantes :

- Une salle d'accouchement avec six tables d'accouchement ;
- Une salle de réanimation du nouveau-né ;
- Un bloc opératoire comportant trois (3) salles d'intervention ;
- Une unité d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ;
- Une unité de crèche ;
- Une unité de planification familiale abritant la salle de staff du personnel ;
- Une salle d'échographie ;

- Une salle d'accueil ;
- Un service de consultation externe ;
- Un service de recouvrement ;
- Un secrétariat ;
- Un hall et un hangar d'attente pour les accompagnants (es) des malades ;
- Un service d'hospitalisation de 89 lits organisé comme suit :
  - Une unité de soins intensifs (9 lits) ;
  - Une unité de réveil et de réanimation post-opérées (33 lits) ;
  - Une unité de suites de couche (16 lits) ;
  - Une unité de pré- AMIU (8 lits)
  - Une unité de grossesses pathologiques (9 lits) ;
  - Une unité de dépistage de lésions précancéreuses du col de l'utérus et cryothérapie

### **II.3. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive prenant en compte toutes les femmes ayant bénéficié du paquet complet des services du programme PTME au service de gynécologie obstétrique du CHU YO couvrant la période allant de Janvier 2007 à Décembre 2009.

Durant cette période, au total 201 femmes ont adhéré au programme.

### **II.4. Population étudiée**

Dans notre étude nous avons souhaité contacter toutes les femmes répertoriées et ayant bénéficié du programme, qui sont au nombre de 201, mais nous avons pu enquêter que 96 femmes. Ceci a été possible :

- A partir de leur contact téléphonique,
- Et lors des suivis de leur enfant à la pédiatrie.

En dépit d'une stratégie de active pour contacter les mères, une importante proportion de l'échantillon d'enquête, (environ 52%) n'a pas pu être contactée. Ceci s'explique par le fait que certaines femmes n'ont pas pu être contactées en raison

d'adresses incohérentes fournies ou d'absence d'adresse pendant les soins prénatals.

#### ***B.I.1.1. Critères d'inclusion***

- Être un couple vivant avec le VIH et la femme en grossesse.
- Avoir bénéficié du paquet complet du programme PTME au service de Gynécologie obstétrique et en pédiatrie de Janvier 2007 à Décembre 2009
- Avoir effectué le dépistage de son enfant.
- Consentir de façon libre et éclairée de participer à l'étude.

#### ***B.I.1.2. Critères de non inclusion***

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les couples référés par une autre structure de prise en charge
- Tout couple absent durant la période de l'étude.

## **II.5. Choix des variables**

- Caractéristiques sociodémographiques :  
Statut marital, situation matrimoniale, nombre d'enfants, niveau d'instruction
- Données relatives au domaine relationnel : raisons du choix du service de gynéco-obstétrique du CHUYO, fréquentation du service, accueil,
- Données relatives au domaine professionnel : la fiabilité, l'apaisement, la responsabilisation des patientes
- Données relatives au domaine organisationnel : simplicité du service, continuité du service, accessibilité du service, rapidité du service, confort du service
- Suggestion des patients.

## **II.6. Collecte des données**

### ***B.I.1.3. Matériel de collecte des données***

Nos données ont été collectées grâce :

- au registre PTME ;
- au dossier clinique médical des parturientes ;
- à une fiche de collecte de données comportant les items sur l'identité des couples, les attentes des patientes, les éléments de qualité du service PTME.

### ***B.I.1.4. Déroulement de la collecte des données***

La constitution de la population d'étude dépendait de l'acceptation par les couples vivant avec le VIH et ayant bénéficié du programme PTME au service de gynécologie obstétrique du CHU-YO. Ainsi pour la réalisation de notre enquête, nous avons expliqué aux conseillères, médiatrices et sociologues, les objectifs de notre recherche en vue d'obtenir de leur part une participation à la recherche. Nous avons exploité également les dossiers cliniques qui ont été ouverts dès qu'une femme enceinte ayant pris connaissance de sa séropositivité acceptait le suivi PTME pour elle et ultérieurement pour son enfant. Afin de préserver le caractère confidentiel, les mères, au besoin les couples, ont été convoqués à l'avance par les conseillères et rassurés que notre étude poursuivait des objectifs de renforcement de la PTME.

## **II.7. Biais de l'étude**

Le fait de faire partie des praticiens influence les réponses. Nous l'avons minimisé en associant à notre enquête des conseillers sociaux, des médiatrices et des sociologues.

## **II.8. Aspects éthiques**

Pour être en conformité avec les considérations d'ordre éthique, nous avons obtenu le consentement éclairé des répondants avant l'entrevue. Nous avons évité également de divulguer les données recueillies au cours de l'étude.

## **II.9. Traitement des données**

La saisie du texte a été effectuée sur micro-ordinateur à l'aide d'un logiciel Microsoft Word 2007 et l'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel épi-info 3.3.2 dans sa version anglaise. Les tableaux et graphiques ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Excel 2007.

# **RESULTATS**

### III. RESULTATS

#### III.1. Données épidémiologiques

##### III.1.1. Données générales

Sur une période de quatre (4) mois, nous avons enquêté 96 femmes parmi lesquelles 86 ont été vues avec leurs époux et les 10 autres seules.

##### III.1.2. Données sociodémographiques

###### *Statut marital*

Parmi nos patientes, 60,40% étaient mariées et 39,60% vivaient en concubinage.

###### *Situation matrimoniale*

Parmi les couples, 91,70% vivaient sous le régime de la monogamie et 8,30% des femmes vivaient sous le régime de la polygamie.

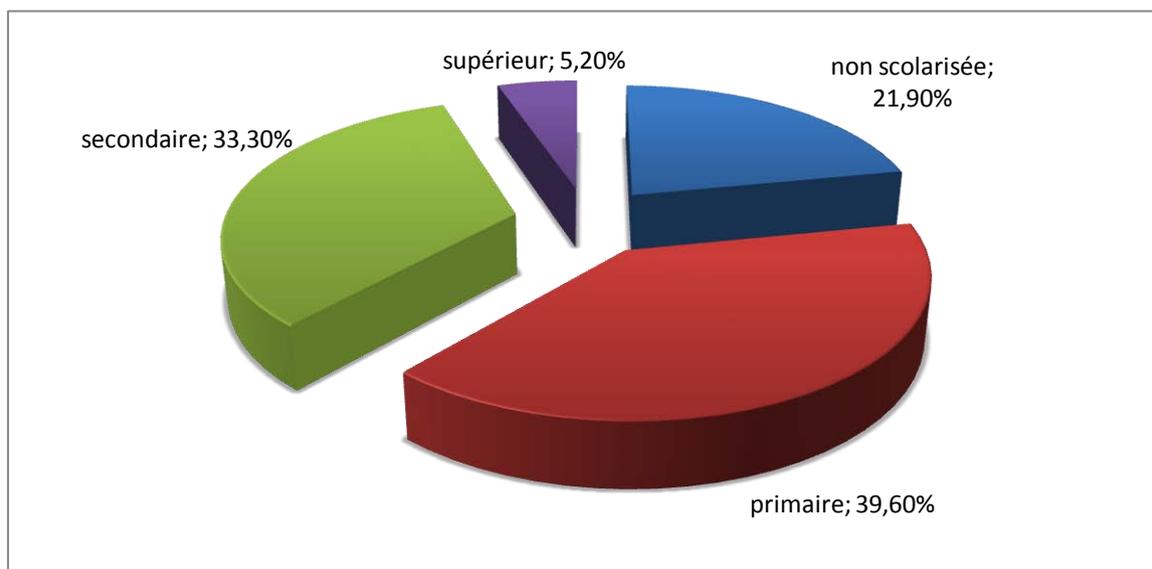
###### *Nombre d'enfants par couple*

**Tableau VII** : Répartition du nombre d'enfants par couple

Nombre enfants	Fréquences	Pourcentages
1	21	21,90%
2	38	39,60%
3	24	25,00%
4	9	9,40%
5	1	1,00%
6	1	1,00%
7	1	1,00%
8	1	1,00%
Total	96	100,00%

Les pair pares (= deux enfants) représentaient 60,5%. La moyenne d'enfant de ces couples était de 2,4 enfants par femme.

### ***Niveau d'instruction des femmes***

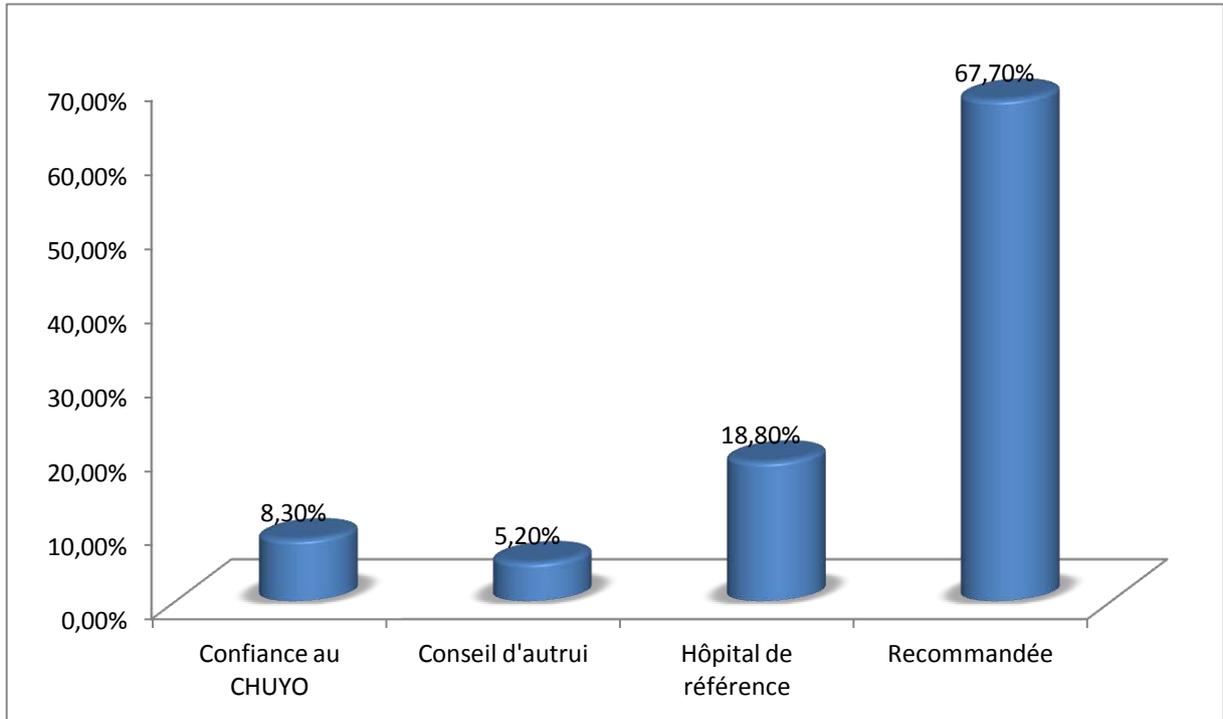


**Figure 5** : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction

Nous avons noté que 78,10% des patientes étaient instruites.

### III.1.3. Données relatives au domaine relationnel

#### *Raisons du choix du service de gynécologie-obstétrique du CHUYO*



**Figure 6** : Raisons du choix du service de gynécologie obstétrique du CHUYO

Nous avons noté que 67,70% des femmes avaient choisi de se faire suivre au service de gynéco-obstétrique parce qu'elles avaient été recommandées.

### ***Fréquentation du service en dehors des rendez-vous de CPN***

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon la fréquentation du service

<b>Fréquentation service</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages</b>
0	28	29,20%
1	12	12,50%
2	21	21,90%
3	7	7,30%
4	28	29,20%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

Concernant les motivations de la fréquentation du service, nous avons noté que 36,50% des patientes revenaient au moins trois (3) fois dans le service en dehors de leurs rendez-vous de CPN, 34,40% revenaient une à deux (2) fois. Par contre 29,20% des femmes ne sont revenues que lors de leur rendez-vous de CPN.

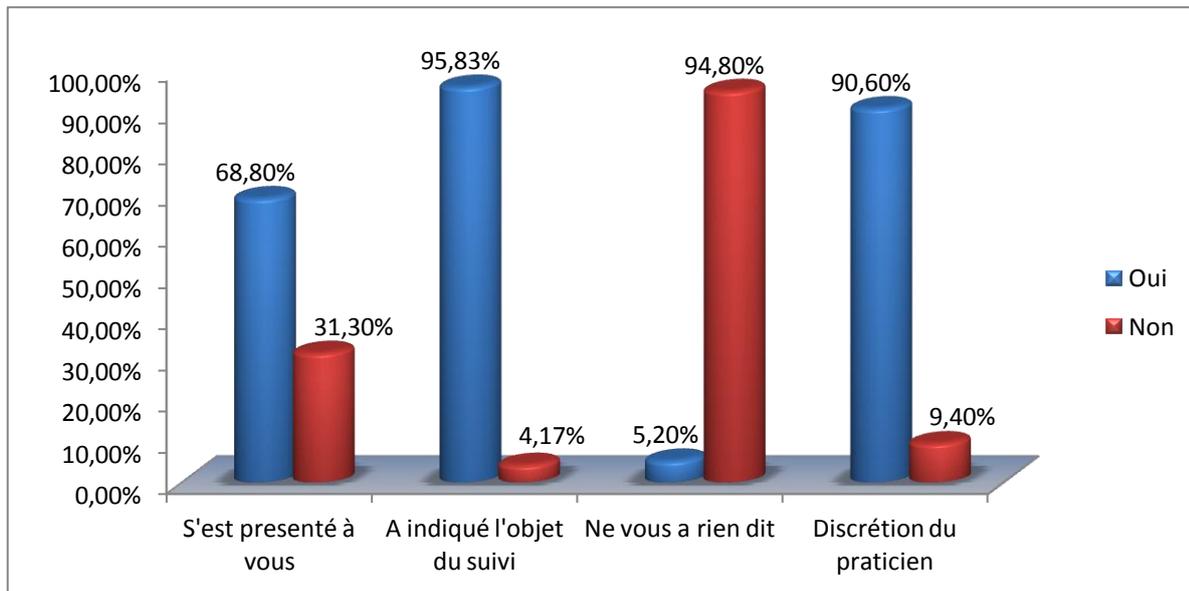
### ***Appréciation de la satisfaction des patientes quand à l'accueil reçu***

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon leur appréciation de l'accueil

<b>Satisfaction accueil</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages</b>
Pas du tout satisfaisant	5	5,21
Moyennement satisfaisant	61	63,50%
Très satisfaisant	30	31,25%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

Une proportion de patientes (63,50%) trouvait que l'accueil qui leur était réservé était moyennement satisfaisant. Cinq (05) femmes ont trouvé que l'accueil n'était pas du tout satisfaisant (5,21%). Dans 31,25% les patientes étaient très satisfaites de l'accueil.

## **Communication entre personnel de santé et les patientes**



**Figure 7:** Répartition des patientes selon la qualité de la communication pendant la consultation.

Les agents de santé examinaient les patientes sans leur avoir adressé la parole ni au début ni à la fin de leur examen dans 5,20 %. Il leur manquait de discrétion dans 9,40%.

## **Appréciation du respect de la confidentialité par les patientes**

Dans 95,80% des cas, l'intimité des patientes était respectée. Par ailleurs, la totalité des patientes (100%) ont trouvé que le secret médical sur leur statut était respecté. Concernant la disponibilité des agents de santé, 96,80% des patientes trouvaient que les praticiens prenaient le temps de bien s'occuper d'elles.

### III.1.4. Données relatives au domaine professionnel

#### *La fiabilité des compétences du personnel*

Dans 98,96% des cas les patientes avaient eu confiance aux prestataires. Mais une seule d'entre elle avait un manque de confiance à leur endroit.

#### *L'apaisement*

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la compréhension des explications reçues

Explication de la situation par le praticien	Fréquences	Pourcentages
Pas du tout bien	0	0%
Bien avec assurance	69	71,90%
Très bien	27	28,10%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

Soixante seize pourcent (76%) des patientes étaient très satisfaites de la réponse des agents de santé à leurs préoccupations. Celles qui étaient moyennement satisfaites représentaient 22,90%.

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon la compréhension des réponses des praticiens

réponse du praticien	Fréquences	Pourcentages
pas du tout comprise	1	1,10%
Passablement comprise	22	22,90%
Très bien comprise	73	76,00%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

La quasi-totalité (98,96%) des patientes avaient reçu des informations sur les issues probables de leur grossesse. Une (1) seule de nos patientes avait répondu n'avoir pas eu de la part des prestataires des explications sur ces issues.

### ***Responsabilisation des patientes par rapport à leur santé***

Toutes les patientes étaient responsabilisées pour leur santé (100%). Mais 87,50% d'entre elles n'étaient pas mises en contact avec des associations de lutte contre le VIH.

## **III.1.5. Données relatives au domaine organisationnel**

### ***Simplicité du service***

Une partie des patientes soit 82,30% avaient trouvé que l'accès aux soins se faisait sans protocole. Néanmoins 17,70% affirmaient plutôt le contraire.

Par ailleurs, dans 91,70% des cas, les patientes gardaient le même prestataire mais elles affirmaient qu'elles avaient la possibilité de changer de prestataire si elles le voulaient.

De même, 94,80% des bénéficiaires du programme s'exprimaient facilement devant le prestataire.

### ***La continuité du service***

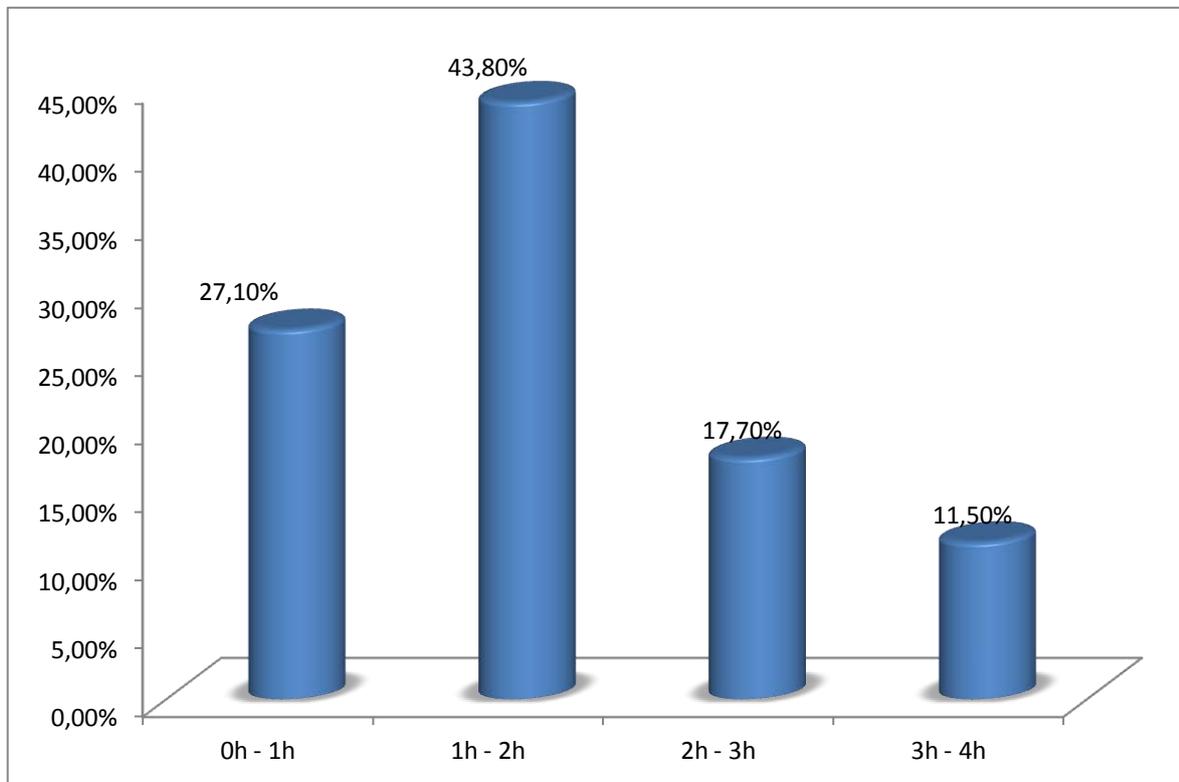
Concernant la continuité du service, les patientes trouvaient dans la plupart des cas (97,90%) que la référence vers un autre service se faisait facilement. Aussi, nous avons noté que 89,60% des femmes voulaient être suivies par le même prestataire jusqu'à la référence nécessaire.

### ***L'accessibilité du service***

Nous avons retrouvé une proportion de 77,10% de femmes qui ont apprécié positivement le lieu de leur CPN ainsi que l'heure du début des consultations.

Concernant la langue utilisée lors des conversations, 98,96% des patientes étaient satisfaites.

### ***Le temps d'attente***



**Figure 8:** Répartition des patientes selon le temps moyen d'attente

Les patientes attendaient moins de deux heures dans 70,90% des cas.

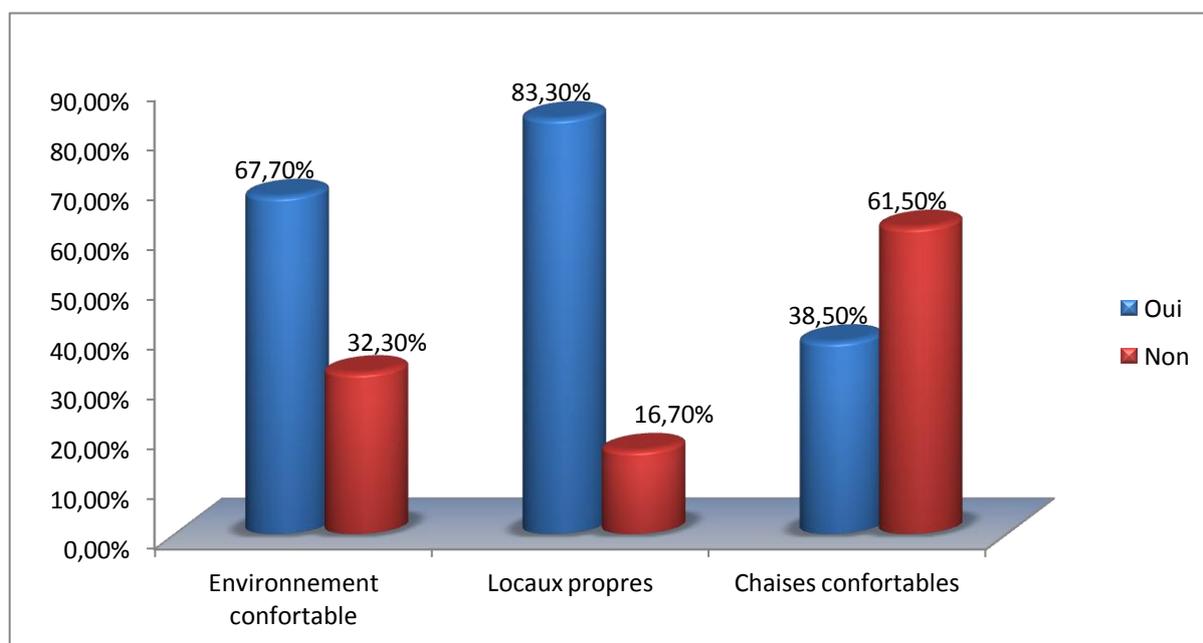
Elles attendaient au moins deux heures dans 29,2% des cas.

Par ailleurs, l'obtention des résultats des examens paracliniques était facile pour 81,30% des patientes. Mais dans 9,40% des cas, elles la trouvaient difficile.

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon leur appréciation de l'obtention des résultats des examens paracliniques.

Obtention des résultats	Fréquences	Pourcentages
Difficile	9	9,40%
Facile	78	81,30%
très facile	9	9,40%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

### *Le confort du service*



**Figure 9** : Répartition des patientes selon le confort qu'offre le service

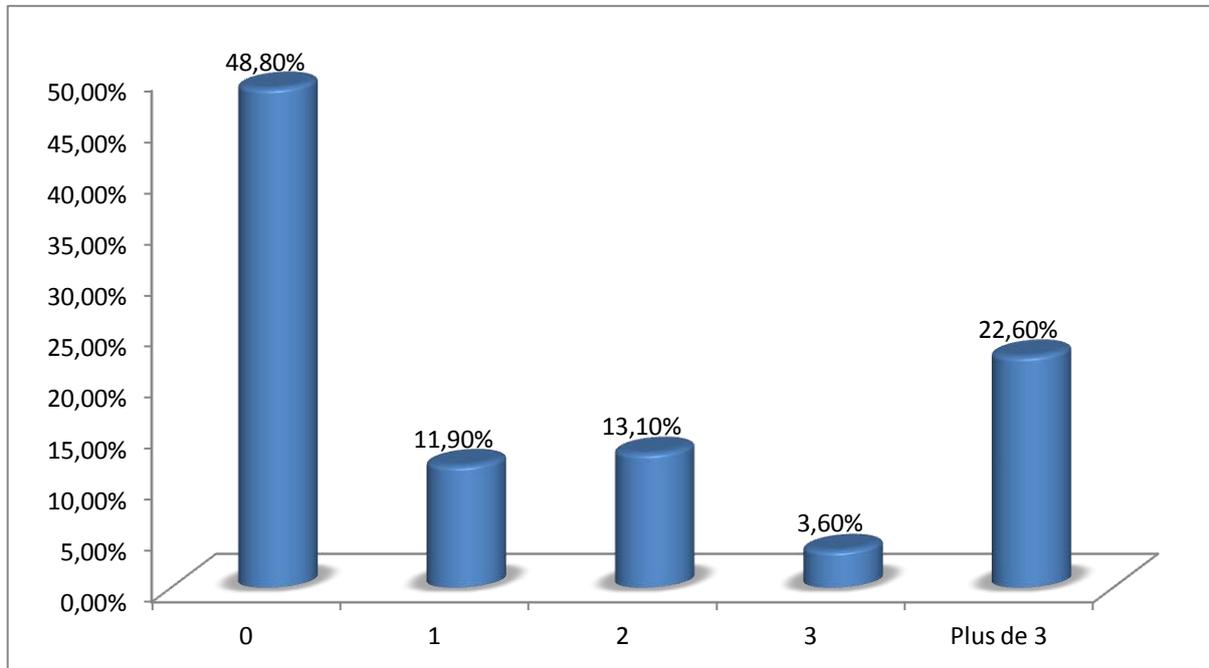
Dans 67,70% des cas, les patientes ont noté que l'environnement des lieux de consultation était confortable. Dans 83,30% des cas elles ont indiqué que les locaux étaient propres. Par contre dans 61,50% des cas, elles trouvaient que les chaises sur lesquelles elles attendaient pour les consultations n'étaient pas confortables.

***Appréciation globale des patientes par rapport à leur satisfaction sur leur prise en charge***

Dans 93,80% des cas, les femmes choisissent de réutiliser le service pour les autres grossesses. Ainsi, ces patientes sont prêtes à le recommander à d'autres personnes.

### III.1.6. Point de vue des époux

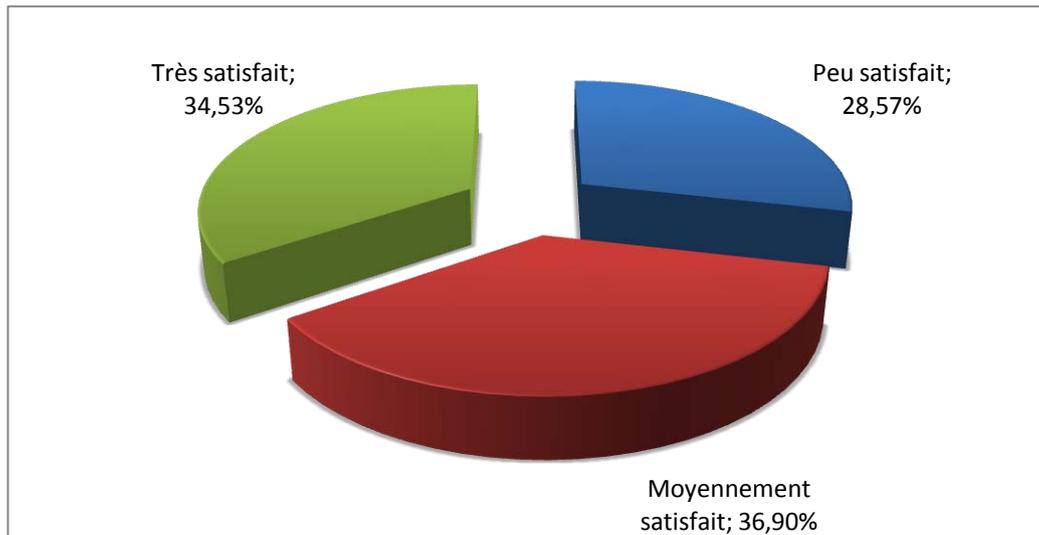
#### *Accompagnement des patientes par leurs conjoints*



**Figure 10** : Répartition des conjoints en fonction de l'accompagnement au CPN

Dans notre étude, 48,80% des conjoints n'avait jamais accompagné leur épouse aux consultations. Cependant 22,60% de ces derniers l'avaient fait plus de trois (03) fois.

### ***Avis des conjoints sur le suivi global de leurs épouses***



**Figure 11** : Répartition des conjoints en fonction de leur avis sur le suivi global de leurs épouses

Les époux des patientes étaient dans 71,43% globalement satisfaits du suivi.

### **III.1.7. Point de vue des prestataires**

#### ***Raisons influençant la prise en charge des patientes***

**Tableau XIII** : Type de difficultés citées par les prestataires

Difficultés	Fréquences	Total
Insuffisance de ressources humaines	4	4
Inadaptation des locaux	4	4
Insuffisance de matériels	3	4
Insuffisance d'intrants	3	4

Tous les prestataires quelle que soit leur qualification ont affirmé rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patientes selon le programme. L'insuffisance en ressources humaines, l'inadaptation des locaux étaient citées.

### ***Suggestions des prestataires***

- Fournir le service en ressources humaines suffisantes ;
- inciter l'ensemble des praticiens à s'impliquer dans la prise en charge des parturientes séropositives ;
- adapter les locaux ;
- disponibiliser les bilans paracliniques ;
- subventionner les substituts en lait maternel ;
- motiver les prestataires par différents moyens dont financier, reconnaissance, mérite...

## **DISCUSSION**

## **IV. DISCUSSION**

Notre travail a consisté en une étude transversale descriptive qui s'est étendue sur une période de quatre (04) mois, basée sur l'interview à l'hôpital et au domicile des couples vivant avec le VIH et ayant bénéficié des services du programme PTME au service de gynécologie obstétrique du CHUYO. Il s'est agi d'une enquête sur le niveau de satisfaction des couples concernant les prestations reçues dans ce cadre. Toutefois, les témoignages nous informent sur l'appréciation des patientes, par rapport aux prestations qui leur sont offertes au service de Gynécologie obstétrique du CHUYO. Les perceptions des femmes font partie des critères de qualité du système de soins.

### **IV.1. Limites et contraintes**

Nous n'avons pas pu contacter toutes les patientes à cause du contact téléphonique non fonctionnel ce qui a limité la taille de notre échantillon. En plus, les patientes que nous avons pu appeler et inviter à faire partie de notre échantillon ne répondaient pas toujours présentes au rendez-vous. Pour d'autres, il y avait des difficultés liées aux moyens de déplacement. Certaines femmes n'ayant pas partagé la confidentialité avec les conjoints évitaient l'enquête du fait que l'avis du couple était demandé

Par ailleurs, certains conjoints n'accompagnant pas leurs conjointes au rendez-vous ont été interviewés plus tard isolément. Aussi dix (10) d'entre eux n'ont pas du tout été interviewés. Par conséquent leurs avis n'ont pas été connus.

La crainte d'être mal vues par les agents de santé a influencé négativement l'interview dans certains cas. Cela a été amenuisé par la réalisation de l'interview par un personnel non soignant.

## **IV.2. Données sociodémographiques**

### **IV.3.1. Statut marital**

Dans notre étude 58 patientes sur un total de 96 (60,40%) sont mariées. Nos résultats sont différents de ceux de BIBIO à Abidjan (en Côte d'Ivoire ) [3] qui retrouvait un taux de 53% en 1991 et de GBEGNEDJI à Bamako (Mali) en 2005 qui lui a retrouvé un taux de 97,3%[17].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mentalités face au VIH sont entrain de changer, faisant reculer du même coup les conflits conjugaux dû à la séropositivité de l'un ou de l'autre membre du couple. En plus, d'une façon générale, les conseils reçus lors des consultations prénatales étaient mieux compris dans la vie de couple. C'est dans ce sens que quelques patientes, affirmaient que c'était leur époux qui leur rappelait certains de ces conseils.

### **IV.3.2. Situation matrimoniale**

Dans la majorité des cas (91,70%) les patientes vivent dans un ménage monogamique. Ceci favorise le partage de la confidentialité dans le couple et participe à une meilleure gestion de l'infection dans le couple

### **IV.3.3. Nombre d'enfants par couple**

La moyenne d'enfant des couples était de 2,4 enfants avec des extrêmes de 1 à 8 enfants par femme. Nos résultats corroborent avec ceux de GBEGNEDJI à Bamako (Mali) en 2005 qui trouvait une moyenne de 3 enfants par femme [17].

L'évolution des connaissances scientifiques sur le sida et la biologie du VIH ainsi que les progrès des traitements aujourd'hui proposés, modifient la perception sociale de l'infection.

C'est ce qui pourrait expliquer le refus croissant d'une stérilité subie et vécue comme une discrimination sociale et médicale pour les couples victimes du VIH.

#### **IV.3.4. Niveau d'instruction des patientes**

Les femmes ayant le primaire, secondaire ainsi que le supérieur comme niveau d'instruction représentent 78,10% de notre population d'étude.

On pourrait penser que le paquet minimum du service de PTME est reçu par des femmes d'un niveau d'instruction acceptable. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières ont une notion plus développée du risque qu'elles pensent prévenir en recevant les soins dans cette structure de référence. On n'occultera pas également le fort taux relatif de scolarisation dans la capitale.

### **IV.3. Données relatives au domaine relationnel**

#### **IV.3.1. Raison du choix du service de Gynécologie obstétrique du CHUYO**

Sur les 96 patientes interviewées, 65 soit 67,70% ont affirmé avoir été recommandées par un personnel de la santé.

L'explication que nous pouvons apporter est que dans la plupart du temps les patientes se font suivre à l'hôpital du jour. Il était donc plus facile de se faire suivre au service de Gynécologie obstétrique surtout qu'une correspondance de la part de leur médecin était adressée aux personnels devant les suivre. En dehors de celles qui ont été recommandées, 26 patientes sur un total de 96 soit 27,10% ont donné comme raisons de leur choix du service de Gynécologie obstétrique du CHUYO, le fait que ce soit l'hôpital de référence donc le plus nanti en plateau technique. Le reste avait affirmé qu'elles ont choisi le service soit sur conseil d'autrui ou qu'elle avait suivi une amie ou encore pour cacher leur statut car dans le centre le plus proche de chez elle travaille une de ces connaissances. Nous pouvons donc dire que plusieurs raisons orientent les femmes dans le service de gynécologie obstétrique du CHUYO.

#### **IV.3.2. Fréquentation du service en dehors des rendez-vous de CPN**

Un nombre important soit 68 patientes (70,80%) est revenu au moins une fois dans le service en dehors de leur rendez-vous de CPN.

Leur intéressement s'expliquerait par le fait qu'elles ont eu confiance au prestataire dès les premières CPN. Alors, devant certaines de leurs préoccupations concernant la préparation à l'accouchement, l'initiation à la préparation du biberon pour le nouveau-né, certaines futures mères se représentaient devant les prestataires pour des renseignements. D'autres revenaient plutôt, pour présenter le nourrisson, surtout après avoir eu le résultat du test précoce de leur bébé.

#### **IV.3.3. Appréciation de la satisfaction des patientes quant à l'accueil reçu**

Dans la population d'étude, 61 patientes soit 63,30% ont été satisfaites de l'accueil. MOUTAÏROU à Cotonou (Benin) en 2005 avait retrouvé un taux de 60% [33]. Nos résultats sont supérieurs à ceux de MOUTAÏROU.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude, la majorité des patientes étant recommandées, trouvaient que leur introduction dans la salle de consultation était beaucoup plus facile. On pourrait ajouter le fait que la bonne ambiance de l'accueil par les agents est attrayante pour ces femmes.

#### **IV.3.4. Communication entre personnel de santé et les patientes**

Les résultats de notre enquête montrent qu'un agent de santé ne s'est pas présenté à la patiente avant de l'examiner dans 31,30% des cas. L'objet du suivi n'a pas été indiqué dans 4,17% des cas. Certaines patientes ont même déclaré n'avoir pas eu d'échange de mots avec l'agent de santé dans certaines situations (en salle d'accouchement par exemple). En plus, dans 9,40% des cas, les patientes ont trouvé que l'agent de santé n'avait pas été discret.

Cette situation n'est pas reluisante pour les prestataires, car faire la connaissance de la patiente est le premier temps de l'examen et permet non seulement de la mettre en confiance, mais également de cerner assez vite le contexte psychologique, ce qui

favorise une meilleure coopération [50]. Ensuite, donner l'objet du suivi à la patiente est la règle et participe à une meilleure adhésion à sa prise en charge. Enfin un manque de discrétion de la part du praticien pourrait contribuer à baisser leur satisfaction vis à vis des prestations reçues.

Ces résultats démontrent dans certains cas, une insuffisance dans la communication avec les patientes dans le service. Ceci pourrait s'expliquer par la surcharge de travail qu'ont souvent les agents de santé. On pourrait ajouter que la notion de routine dans l'exercice quotidien du métier entraîne la perte de notion d'empathie chez certains agents.

#### ***IV.3.5. Appréciation du respect de la confidentialité par les patientes***

Dans 95,80% des cas, les patientes ont déclaré que leur intimité a été respectée. Par contre 4,20% des patientes notaient le contraire du fait qu'il y'avait plusieurs agents de santé dans la salle de consultation. Nous pouvons expliquer cela par le fait que le CHUYO est une école où des centaines d'étudiants et d'élèves passent pour y apprendre l'art de la médecine ; leur nombre souvent élevé dans la salle de consultation embarrasse souvent le malade.

Dans notre étude, la disponibilité des prestataires a été également noté effective dans 96,80% des cas. MOUTAÏROU à Cotonou en 2005 retrouvait un taux de 68,6% [33]. Nos résultats pourraient s'expliquer par la présence de médecin en spécialisation et la grande capacité managériale des responsables du service dans la prise en charge des patientes même en l'absence d'un praticien.

## **IV.4. Données relatives au domaine professionnel**

### **IV.4.1. La fiabilité des compétences du personnel**

Presque toutes les patientes (98,96%) ont répondu avoir eu confiance aux prestataires sauf une d'entre elle (1,04%).

Nous n'avons pas pu retrouver les raisons pour lesquelles elle était restée septique.

### **IV.4.2. L'apaisement**

Concernant les explications données par les praticiens, sur la situation des patientes et sur le programme PTME, une partie des femmes dont le pourcentage est de 71,90% disaient que ces explications les rassuraient mais sont insuffisantes car selon elles, elles voudraient une maternité sans risque de TME. Pour une autre partie des patientes (28,10%), ces explications étaient non seulement satisfaisantes mais apaisantes.

Ainsi donc, la majorité soit 76% des patientes sont très satisfaites des réponses des agents de santé à leurs préoccupations. Elles expliquent leurs avis comme suit : ce programme est très important car il donne la chance aux familles vivant avec le VIH de mettre au monde des enfants non contaminés. UWIMANA à Butare au Rwanda en 2007 a fait le même constat. Il a retrouvé une proportion de 74,2%. [57]

### **IV.4.3. La responsabilisation**

Toutes les patientes ont affirmé avoir été responsabilisées pour leur santé. Celles qui étaient sous traitement respectaient la prise de leur médicament et celles qui devraient prendre l'AZT à partir de la 28<sup>ième</sup> semaine ne manquaient pas à leur rendez-vous.

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles se préoccupent de la prévention du VIH à leur futur nouveau-né et que cette prévention est une responsabilité qui leur incombe.

Plus de deux tiers (2/3) des patientes soit 87,50% ne sont pas dans une association de lutte contre le VIH.

Cela pourrait également s'expliquer par la crainte de la stigmatisation car en faisant partie d'un groupe, elles révéleraient ainsi leur statut sérologique. Elles préfèrent donc garder le secret entre elles et le personnel soignant.

## **IV.5. Données relatives au domaine organisationnel**

### **IV.5.1. La simplicité du service**

Dans notre étude, 82,30% des patientes avaient trouvé que l'accès aux soins se faisait sans protocole.

Nous pouvons expliquer cela par le fait que les prestations PTME sont accessibles financièrement sans prépaiement pour toute parturiente qui y adhère. Il n'y a pas de frein aux soins dus à une contrainte financière. Certainement que le reste (17,70%) a été confronté tantôt à des frais liés à la rupture d'intrants.

Par ailleurs, la simplicité du service se démontrait aussi par le fait que dans 91,70% des cas les patientes gardaient le même prestataire.

L'explication que nous pouvons apporter en plus de la confiance que leur accordait la patiente les prestataires gardaient la confidentialité et évitaient la stigmatisation au sein du système de la santé.

#### **IV.5.2. La continuité du service**

La plupart des patientes soit un taux de 97,90% ont trouvé que la référence vers un autre service se faisait facilement.

Pour que la patiente puisse bénéficier du paquet complet du programme PTME, le service de Gynécologie obstétrique doit adresser une fiche de référence du nouveau-né en pédiatrie et une fiche de référence de la mère à l'hôpital du jour afin qu'ils puissent poursuivre leur prise en charge. Ces deux (02) fiches sont remises généralement au cours de la visite post natale.

Le caractère hospitalier du CHU-YO entraîne une interdépendance et une collaboration des différents services

Le service collabore donc avec d'autres services dans la prise en charge de la femme enceinte séropositive.

#### **IV.5.3. L'accessibilité du service**

Dans notre étude 77, 10% de femmes ont apprécié positivement le lieu de leur CPN, ainsi que l'heure du début des consultations. MOUTAÏROU à Cotonou au Benin avait retrouvé un taux de 47,1% de satisfaction [33]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la provenance des patientes était distante du centre de consultation.

Presque toutes les patientes (98,96%) comprenaient la langue utilisée lors des conversations pendant leurs consultations prénatales. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires s'expriment en plus du français en langues nationales ce qui permet de mieux se comprendre.

En somme, le service a été bien accessible à plusieurs niveaux, tant financier, que géographique et communicatif.

#### **IV.5.4. Le temps d'attente**

Dans notre étude, 43,80% des patientes avaient un temps moyen d'attente compris entre une à deux heures. Mais il peut arriver que certaines attendent plus de trois à quatre heures (11,50%). Ce long temps d'attente pour certaines patientes est dû à la longue file d'attente.

En plus de l'explication que les patientes ont donné, l'explication que nous pouvons apporter est qu'il y'a une équipe chargée de la prise en charge de la femme enceinte séropositive ; en fonction de l'affluence, les patientes pouvaient donc attendre plus d'une heure avant de se faire consulter.

Concernant la rapidité dans l'obtention des résultats paracliniques, 81,30% des patientes la trouvaient satisfaisante. Mais dans 9,40% des cas, elles la trouvaient difficile.

Ceci serait dû à certaines périodes liées à des ruptures d'intrants

#### **IV.5.5. Le confort du service**

Dans 67,70% des cas, les patientes ont affirmé que l'environnement des lieux de consultation était confortable. De même 83,30% des patientes ont indiqué que les locaux dans lesquels se déroulaient les consultations étaient propres. Par contre 61,50% ont trouvé que les chaises sur lesquelles elles attendaient pour les consultations n'étaient pas confortables et ont même posé un problème d'insuffisance de chaises.

Du fait de la longue file d'attente certaines patientes étaient obligées de s'asseoir à même le sol en attendant leur tour d'être dans la salle de consultation. Il y'a un manque de chaises dans le service de Gynécologie obstétrique du CHUYO. Ce problème est rencontré dans plusieurs centres de santé de bon nombre de pays en voie de développement.

#### **IV.6. Point de vue des époux**

Tous les époux interviewés ont affirmé être satisfaits du suivi de leurs épouses. En effet, pour certains d'entre eux (28,57) le suivi de leur épouse était bon ; pour d'autres, (32,53%) le suivi était satisfaisant et pour une 3<sup>ième</sup> partie (36,90%), au-delà de leur satisfaction, ils encourageaient leur épouse pour leur suivi. Malgré leur

satisfaction près de la moitié soit 48,80% des époux de notre étude n'avaient jamais accompagné leurs épouses aux consultations. ORNE-GLIEMANN au Rwanda en 2006 avait trouvé une proportion de 4% [43].

Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer ce phénomène, telles que la gêne des hommes de se retrouver dans un environnement féminin et de patienter avec les autres femmes, ou des propos gênant du personnel de santé.

#### **IV.7. Appréciation globale des patientes en termes de satisfaction par rapport à leur prise en charge**

Dans 93,80% des cas, les femmes choisissent de réutiliser le service pour les autres grossesses. Ainsi, ces patientes sont prêtes à le recommander à d'autres personnes. Le fait de vouloir réutiliser le service et même de le recommander à d'autres démontre de leur satisfaction.

#### **IV.8. Point de vue des prestataires**

##### **IV.8.1. Raisons influençant la prise en charge des patientes**

Tous les prestataires quelle que soit leur qualification ont affirmé rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patientes selon le programme.

Les difficultés évoquées étaient l'insuffisance de ressource humaine qui pourrait être une des raisons du long temps d'attente des patientes. Aussi, l'inadaptation des locaux pourrait être cause de non confidentialité et de mauvaises commodités. En plus la qualité de la prise en charge était influencée par le surmenage de travail, la rupture permanente des intrants et l'insuffisance de matériels.

##### **IV.8.2. Suggestions des praticiens**

La dotation en ressource humaine et la motivation conséquente sont les plus citées et nous convenons avec eux de l'urgence de telle mesure.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

La prévention de la transmission mère enfant du VIH, pendant longtemps n'a pas été prioritaire dans les systèmes de santé des pays en développement. Elle connaît un regain d'intérêt depuis une dizaine d'année sous l'impulsion des organismes internationaux dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM). Le Burkina Faso a enregistré des avancées significatives en termes de couverture nationale sur le programme de la PTME. Cependant il apparait clairement que malgré de telles opportunités, la population infectée ou affectée par le VIH est victime de pesanteurs socioculturelles.

Notre étude transversale avait pour but d'évaluer la satisfaction des couples ayant bénéficié des services du programme PTME au service de gynécologie obstétrique du CHU YO. Elle nous a permis d'analyser le profil sociodémographique des patientes, de recueillir leur satisfaction sur le domaine relationnel, professionnel et organisationnel. Sur le plan relationnel, la plupart d'entre elles (63,50%) était satisfaite de l'accueil. En plus la majorité des patientes (95,83%) ont été satisfaites de la qualité de la communication entre elles et les prestataires. Sur le plan professionnel la confiance aux prestataires a été relevée dans 98,96% ce qui amenait les patientes à garder le même prestataire. Sur le plan organisationnel, l'accessibilité financière, géographique et communicative du service a été relevée. Par contre un long temps d'attente et un manque de chaises ont été notés dans le service. Ces constats sont également faits par les prestataires qui sont souvent submergés par de longues files d'attente.

Une appréciation globale des patientes en termes de satisfaction a été notée dans 93,80% ce qui signifie que des efforts restent à faire afin que toute femme qui adhère au programme puisse être satisfaite. Pour ce faire nous faisons des suggestions aux différents niveaux d'intervention de la hiérarchie sanitaire.

## **RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS**

### **Au Ministère de la santé**

- Orienter d'avantage la sensibilisation vers les hommes pour qu'ils puissent mieux s'impliquer dans le programme PTME
- Amener les hommes à se sentir concernés en changeant le terme de PTME en Prévention de la Transmission Parent Enfant (PTPE)
- Recruter suffisamment d'agents de santé

### **A la direction de la santé et de la famille**

- Rendre disponible les intrants et les consommables pour la réalisation des examens biologiques au CHUYO
- Faire le plaidoyer pour une subvention du coût des SLM

### **Aux responsables de l'initiative Esther**

- Assurer la régularité de la dotation en substituts du lait maternel
- Elargir les avantages du programme à d'autres centres de santé

### **A la direction de l'hôpital Yalgado Ouédraogo**

- Doter le service de gynécologie-obstétrique de plus de chaises
- Améliorer le cadre des consultations

### **Au chef du service de gynécologie-obstétrique du CHUYO**

- Impliquer plus de personnel dans les activités du programme PTME

### **Aux gynécologues-obstétriciens et sages-femmes de la maternité du CHUYO**

- Améliorer d'avantage l'accueil des gestantes et parturientes séropositives
- Prendre toutes les coordonnées des femmes et de leur partenaire
- Privilégier une relation chaleureuse, et rassurante avec les malades
- Persuader les conjoints des femmes enceintes des avantages du programme de la PTME par des sensibilisations régulières afin qu'ils puissent s'impliquer

massivement au même titre que leurs femmes car ce programme concerne les deux conjoints

- Donner toutes les informations utiles à la patiente à l'aide d'expressions compréhensibles de tous
- Assurer une bonne préparation des futures mères au suivi de leur enfant

### **A la communauté**

- Impliquer d'avantage les hommes dans le suivi des CPN
- Accepter le dépistage volontaire
- Consulter systématiquement pour toute femme enceinte afin d'obtenir un meilleur suivi de la grossesse
- Respecter le suivi de l'enfant jusqu'à la fin
- Assister les personnes vivant avec le VIH

## **REFERENCES**

## Références

1. **AL-Harhi L, Guilbert LJ, Hoxie JA, et al.** Trophoblasts are productively infected by CD4-independent isolate of HIV type1. *AIDS Res Hum Retrovir* 2002; 18: 13-7.
2. **BF/MS/SG/DGS/DSF**, Programme National de Prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2006-2010
3. **Bibio D.** Les couples de séropositifs pour le VIH face à l'usage des préservatifs à Abidjan. 1991
4. **Brun-vezinet F, Dormont J.** Méthodes de mesures de la charge virale VIH-1. *Med. Sci. Flam.* 1996 : 5-8.
5. **Burton G J, O'Shea S, Rostron T et al.** Significance of placental damage in vertical transmission of human immunodeficiency virus. *J Med Virol* 1996, 50: 237-43.
6. **Castebon K, Leroy V, Spira R.** Prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Afrique en l'an 2000 Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, Mars-Avril 2000 10(2) :103-113.
7. **Centers for Disease Control.** 1985. Administration of zidovudine during late pregnancy and delivery to prevent perinatal HIV transmission-Thailand 1996-1998. *Morb Mortal Wkly Rep.* 47(8).
8. **CDC.** Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR*, 1994; 43(12): 1-10.
9. **Chandwani S, Greco M A, Mittal K et al.** Pathology and human immunodeficiency virus expression in placenta of seropositive women. *J Infect Dis* 1991; 163: 1134-8.

10. **Coffin T.** Histoire naturelle de l'infection par le VIH ; *Left. Infect.* 1996.11(14) :406-9
11. **Cooper E R, Charurat M, Mofenson L et al.** Combination strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Def Syndr* 2002 ; 29 : 484-94
12. **De Cock K M et al.** Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 2000, 283 : 1175-82.
13. **Desclaux A.** Prévention de la transmission du VIH par l'allaitement : que peut-on proposer en 2004? Etat des lieux des connaissances et expériences. Mars 2004.
14. **Dorenbaum A et al.** Two-dose intra-partum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA* 2002, 288:189-98.
15. **Dormont F.** Prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Rapport 1996. Médecine scientifique. Flammarion. p118-31.
16. **EMC.** Histoire naturelle de l'infection à VIH chez l'adulte. Facteurs prévisionnels cliniques et biologiques. Ed Doin 1991; 49-50.
17. **Gbegnedji Kodjogan Y.** Evaluation des facteurs déterminant l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida dans le district de Bamako. 2005 ; 95 p
18. **Gottlieb M S, Schroff R, Schanker H M.** Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N. Engl. J. Med.* 1981; 305: 1425-31.
19. Kam S. Bilan du suivi d'enfants nés de mères séropositives dans le cadre du programme PTME du VIH à la pédiatrie du Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo : étude prospective de juin 2006 à juin 2008. Thèse n°41 : 96p

20. **Kamara R.** Etude des facteurs d'adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH dans les sites de mise en œuvre du programme de PTME du VIH au Burkina Faso. Juillet 2005 ; 83p
21. **Kramer M S, Kakuma R.** The optimal duration of exclusive best feeding. A systematic review. *Adv Med Biol*; 2004; 554; 63-77.
22. **Lagaye S, Derrien M, Menu E et al.** Cell-to-cell contact results in a selective translocation of maternal human immunodeficiency virus type 1 quasispecies across a trophoblastic barrier by both transcytosis and infection. *J Virol* 2001; 75:4780-91.
23. **Landesman S H, Kalish L A, Burns D N et al.** Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. The women and infants transmission study. *N Engl J Med* 1996; 334: 1617-23.
24. **Ministère de la santé, de l'action sociale et de la famille** : Direction de la médecine préventive(DMP) : programme national de lutte contre les IRA au Burkina Faso 1996-2000 Ouagadougou 1995 ; 44p
25. **Ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille** : Directives nationales pour la mise en œuvre du programme national de prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au Burkina Faso 2006-2010.Ouagadougou novembre 2006.
26. **Ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille** : Programme national de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH. Mars 2004 ; 21p
27. **Ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille** : Atelier du 29 au 30 Octobre 2008: Etat de mise en œuvre de la PTME et perspectives au Burkina Faso 2005-2010;4p
28. **Ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille** : plan de couverture du programme national de prévention de la transmission Mère Enfant du VIH (PTME/VIH).Avril 2005 ; 38p

29. **Ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille** : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH : expérience du Burkina Faso 2002-2005 .mai 2006 ; 25p
30. **Ministère de la santé, Direction de la santé et de la famille** : Rapport annuel PTME 2008, version du 22 mai 2009.
31. **Morrish D W, Dakour J, Li H.** Functional regulation of human trophoblast differentiation. J Reprod Immunol 1998; 39: 179-95.
32. **Moutairou Y A.** Evaluation de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune de cotonou ; 2005
33. **Mukeramana M G, Ndimwizinga M, Ndayisaba J.** PTME/PROTOCOLE DIU Bujumbura, 10 Novembre 2008.
34. **Musoke-Phillipa M, Miiró F A.** Prevention of HIV: Challenges for current decade. Bull W.H.O. 2001; 79:1138-1144.
35. **Mwanyumba F, Gaillard P, Inion I, et al.** Placental inflammation and perinatal transmission of HIV-1. J Acquir Immune Def Syndr 2002; 29:262-9.
36. **Newell ML, Thorne C.** Antiretroviral therapy and mother- to- child transmission of HIV-1. Expert Review Anti Infectious Therapy 2004; 2(5): 717-32.
37. **OMS.** Bureau régional de l'Afrique. Brazzaville, 2004 : division des maladies transmissibles programme régional SIDA.
38. **ONUSIDA,** Le point sur l'épidémie du SIDA. Décembre 2007
39. **ONUSIDA,** Rapport annuel de l'ONUSIDA, Connaître son épidémie. Avril 2008
40. **ONUSIDA,** Rapport annuel de l'ONUSIDA, Connaître son épidémie. Décembre 2006

41. **Orne Gliemann J, Becquet R, Ekouvi D K, Leroy V, Perez F, Tonwe Gold B and Dabis F.** "Enfance et VIH/SIDA : De la recherche à l'action. Revue de la littérature".
42. **Orne Gliemann J.** Défis à la mise en œuvre de la transmission mère enfant du VIH en Afrique de l'ouest. Janvier 2006 ; 424p
43. **Ouimenga P A.** Mise en œuvre de la Prévention Mère Enfant du VIH au Burkina Faso : expérience du centre médical Saint Camille de Ouagadougou. Mars 2003 ; 134p.
44. **Ouoba S R.** Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au district sanitaire de kossodo de 2004 à 2006. A propos de 109 gestantes séropositives. Juin 2007 ; 108p.
45. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** WHO Technical Consultation, octobre 2000.
46. **Preble EA, Piwoz EG.** VIH et Alimentation du Nourrisson:une chronologie de la recherche et de l'évolution des politiques ainsi que de leurs implications pour les programmes. Octobre 1998. 11p.
47. **Réseau Africain pour les soins aux enfants affectés par le SIDA(ANECCA) :** Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique, Edition Révisée, Juillet 2006.
48. **Rothe M, Barre-Sinoussi F.** Mécanisme de la réplication virale des VIH. Médecine et thérapeutique. 1996 ; 2 :12-18.
49. **Sara D.** La parturiente en hôpital français. Mémoire de maîtrise d'ethnologie. France 2004,120
50. **Secrétariat Permanent/Centre National de Lutte contre le SIDA et les IST :** VIIe Session du conseil national de lutte contre le SIDA et les IST(CNLS) 21 décembre 2007 Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST(PNM) de l'année 2007.
51. **Septowitz K A.** Epidémiologie du VIH/SIDA. N. Engl. J. Med.2001;344(23) :1764-1772.

52. **Shapiro R I, Ndun'u T, Lockman S, Smeaton L M.** Highly active therapy started during pregnancy or postpartum suppresses HIV RNA, but not DNA, in Breast Milk. *J. Inf. Dis.* 2005; 192:713-9
53. **The International Perinatal HIV Group.** Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS* 2001; 15: 357-68.
54. **Tortora G J.** Development during pregnancy. In: *Principles of human anatomy*, 9<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley, 1999.
55. **UNICEF.** Guide to monitoring and evaluation of national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. NEW YORK (USA): UNICE 2005.
56. **Uwimana B.** Attitude des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME) : cas du district de Huye. *Butare*, octobre 2007 ; 105 p
57. **Valian A.** Les IRA chez les enfants de 036 mois en milieu hospitalier pédiatrique à Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Thèse de (doctorat en) médecine, 1991 UFR/SDS Université de Ouagadougou. 11 :75p.
58. **Vidricaire G, TardiF M R, Tremblay M J.** The low viral production in trophoblastic cells is due to a high endocytic internalization of the human immunodeficiency virus type 1 and can be overcome by the pro-inflammatory cytokines tumor necrosis factor- $\alpha$  and interleukin-1. *J Biol Chem* 2003; 278: 15832-41.
59. **World Health Organization.** Collaborative Team on the Role of Breastfeeding in the prevention of infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries : a pooled analysis .*Lancet* 2000 ; 355 :451-55
60. [WWW.abottfrance.org](http://WWW.abottfrance.org) : Structure de la particule virale

## **ANNEXES**

## Fiche d'entretien pour la mère

Numéro d'identification ..... Date: /... /... /... /; Nombre d'enfant..... Domicile (secteur) :..... N° Tel:.....  
Statut marital : Mariée /\_ / ; Concubine /\_ / ;  
Situation matrimoniale : Monogamie /\_ / ; Polygamie /\_ /  
Niveau d'instruction : Non scolarisée /\_ / ; Primaire /\_ / ; Secondaire /\_ / ; Supérieure /\_ /

### A°) **DOMAINE RELATIONNEL**

1-Combien de fois avez-vous eu à fréquenter le service en dehors de vos rendez vous ? : 1 /\_ / ; 2 /\_ / ; 3 /\_ / ; plus de 3 /\_ /

2-Pourquoi vous êtes vous adressée au service de gynécologie obstétrique du CHU-YO ? .....

3-Patiente recommandée oui /\_ / par qui ? :..... Non /\_ /

❖ **Respect, Politesse**

4-L'agent de santé qui vous a examinée en premier,

4-1-S'est-il présenté à vous ? Oui /\_ / ; non /\_ /

4-2-Vous a-t-il indiqué l'objet de l'examen ? Oui /\_ / ; non /\_ /

4-3-Ne vous a rien dit au début et après l'examen ? Oui /\_ / ; non /\_ /

❖ **Intimité**

5-Votre intimité était –elle respecté lors des différentes consultations ?

Oui /\_ / ; non /\_ / si non donner les raisons.....

❖ **Confidentialité**

6- Comment jugez-vous la discrétion sur place du praticien ?

Acceptable /\_ / , non acceptable /\_ /

Justifier votre réponse : .....

7-Estimez vous que le secret médical sur votre pathologie a été respecté ?

Oui /\_ / , non /\_ /

❖ **Empathie**

8-Est-ce qu'on prend le temps de s'occupé de vous ? Oui /\_ / ; non /\_ /

9-Si vous devez donner une note pour exprimer votre satisfaction quant à l'accueil reçu, combien noterez vous ?

0 (Si pas du tout satisfaite) /\_ / ;

1 (Si satisfaite) /\_ / ;

2 (Si très satisfaite) /\_ /

### B°) **DOMAINE PROFESSIONNEL**

❖ **Fiabilité**

1-Est que vous avez eu confiance au prestataire ? Oui /\_ / , non /\_ /

❖ **Apaisement**

2- Le praticien vous a-t-il expliqué clairement ce que vous avez comme situation ? Très bien /\_ / , bien avec assurance /\_ / ; avec gêne /\_ / ; autre sentiment /\_ / .....

3-Le praticien a-t-il répondu correctement à vos questions ?

Très bien /\_ / ; passablement /\_ / ; pas du tout /\_ / ; autre : /\_ / .....

Justifier votre réponse : -.....  
-.....

4-Vous a-t-on décrit l'issue probable de votre grossesse après l'examen ?

Oui /\_ / ; Non /\_ / ; Sais pas /\_ /

❖ **Responsabilisation**

5-Est-ce qu'on vous responsabilise pour votre santé ? Oui /\_ / ; non /\_ /

6- Vous met-on en contact avec des associations dans le domaine du VIH ?

Oui /\_ / ; non /\_ /

C°) DOMAINE ORGANISATIONNEL

❖ **De la simplicité du service :**

1- Y a-t-il trop de protocole pour avoir accès au service de soin ?

Oui /...../ Non /...../

2- Si vous le désirez, pouviez vous changer de prestataire ? Oui /...../ ; Non /...../

3- Pouviez-vous vous exprimer facilement devant le prestataire ? Oui /...../ ; Non /...../

❖ **De la continuité du service :**

4- La référence à un autre service se fait-elle facilement ? Oui /...../ ; Non /...../

5- Si vous le désirez, pouviez vous garder le même prestataire jusqu'à la référence nécessaire ? Oui /...../ ; Non /...../

❖ **De l'acceptabilité du service :**

6- Le lieu de PTME, les heures d'ouverture vous conviennent ? Oui /.. / ; Non /.. /  
Si non pour le lieu donné, les raisons.....

Si non pour les heures, donné les raisons.....

7- La communication comme la langue vous convient-elle ?

Oui /... / ; Non /... / si non donner les raisons.....

❖ **De la rapidité du service :**

8-En moyenne combien de temps avez-vous mis avant d'être accueillie par un agent de santé à votre arrivée ?.....

9-L'obtention des résultats d'examens est : très facile /... / facile /... / difficile /... /

❖ **Du confort du service :**

10-L'environnement était-il agréable ? Oui /\_ / non /\_ /

11-Les locaux étaient ils propres ? Oui /\_ / non /\_ /

12-Les sièges étaient ils confortables ? Oui /\_ / non /\_ /

**En conclusion** : si vous avez le choix, reviendrez vous dans le service pour une nouvelle grossesse? Oui /\_ / , Non /\_ /

Si « Oui » pourquoi ? .....

Si « Non » pourquoi ? .....

Recommanderiez-vous ce service du CHU YO à quelqu'un d'autre ?

Oui /\_ / ; non /\_ /

## **Fiche d'entretien pour le père**

1- Domicile (secteur) :.....Profession :.....N° Tel:.....

2- Niveau d'instruction : Non scolarisée /\_ / Primaire /\_ / ; Secondaire /\_ / ;  
Supérieure /\_ /

3- Situation matrimoniale : Monogamie /\_ / ; Polygamie /\_ /

4- Nombre de fois où vous avez accompagné votre épouse à la consultation ?

0 /\_ / 1 /\_ / ; 2 /\_ / ; 3 /\_ / ; plus de 3 /\_ /

5- Que pensez-vous du suivi global de votre épouse ?

.....  
.....  
.....

6- Que pensez-vous du suivi global de votre enfant ?

.....  
.....  
.....

## FICHE D'ENTRETIEN POUR LES PRESTATAIRES

1. Qualification

- ✓ Médecin            / \_ /
- ✓ Sage femme      / \_ /
- ✓ Conseillère      / \_ /

2. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patientes selon le programme PTME ?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Qu'est-ce qui influence la qualité de la prise en charge dans votre contexte?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Quelles sont les suggestions pour améliorer la prise en charge des patientes selon le programme PTME ?

.....

.....

.....

.....

.....

## SERMENT D'HYPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promets 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 de salaire au dessus de mon travail.

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.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

## **RESUME**

### **Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo : évaluation de la satisfaction des couples**

**Introduction** : Le Burkina Faso a élaboré sa politique sur la PTME en 2001, au lendemain des rencontres internationales sur les OMD aux Etats Unis. La prévention de la transmission mère-enfant qui a commencé en 1984 dans les pays développés par l'éviction de l'allaitement, a débuté officiellement au Burkina Faso en 2001. Savoir si les bénéficiaires en sont satisfaits a été notre préoccupation.

**Objectif** : Evaluer la satisfaction des couples ayant bénéficié des services du programme PTME au service de gynécologie obstétrique du CHU YO.

**Méthode** : Etude transversale étalée sur 4 mois et portant sur des patientes ayant bénéficié du paquet complet des services du programme PTME au service de Gynécologie obstétrique du CHU YO.

**Résultats** : Sur 96 femmes enquêtées, 86 ont été vues avec leur époux et les 10 autres seules. Dans 60,40%, les couples étaient mariés et 91,70% d'entre eux vivaient sous le régime de la monogamie. Du point de vu relationnel, 63,50% des patientes étaient satisfaites de l'accueil. La majorité des patientes soit 95,83% ont été satisfaites de la qualité de la communication entre elles et les prestataires. Du point de vu professionnel, nous avons noté que 98,83% des patientes avaient eu confiance aux prestataires ce qui les amenait à ne pas changer de prestataire pendant leur suivi. Du point de vu organisationnel, l'accessibilité financière, géographique et communicative ont été relevée. Par contre, 43,80% des patientes ont affirmé attendre entre 1-2heures avant d'être consultées. Ce constat est fait par tous les prestataires qui sont souvent submergés par de longue file d'attente. Pour les époux interviewés, ils ont tous affirmés être satisfaits du suivi de leurs épouses, malgré le fait que 48,80% d'entre eux n'avaient jamais accompagné leurs épouses aux consultations.

**Conclusion** : Dans 93,80% des cas les patientes ont été satisfaites et sont même prêtes à réutiliser le service et à le recommander à d'autres. Cependant des efforts restent à faire afin que, toute femme séropositive désirant donner la vie puisse être satisfaite.

**Mots clés**: PTME - satisfaction des couples - CHU YO

**Auteur**: KANZYOMO P. Lolita. O ép. SAMPEBRE

E mail: [sklolit@yahoo.fr](mailto:sklolit@yahoo.fr)

## **SUMMARY**

### **Program for the Prevention of HIV Mother to Child Transmission in the teaching hospital center of Yalgado Ouédraogo: Assessment of the satisfaction of couples**

**Introduction:** Burkina Faso has developed its policy on PMTCT in 2001, following the international meetings on the MDGs in the United States. The prevention of the mother to child transmission started in 1984 in developed countries through avoiding breast-feeding and has officially started in Burkina Faso in 2001. Checking if the beneficiaries are satisfied has been our concern.

**Objective:** Assess the satisfaction of couples who benefited from the services of the PMTCT program in the obstetric gynecology department of the CHU YO.

**Method:** Transversal over a period of 4 months with female patients having benefited from the whole pack of services of the PMTCT program in the obstetric gynecology department of the CHU YO.

**Results:** 86 out of 96 women interviewed have been seen with their spouses and 10 others alone. In 60.40%, couples were married and 91.70% of them were living under the regime of monogamy. On a relational basis, 63.50% of female patients were satisfied of the reception/welcoming. The majority of patients or 95.83% were satisfied with the quality of the communication between them and the care providers. On a professional basis, we noticed that 98.83% of the female patients trusted the services providers leading them to avoid changing caregivers during their monitoring. On an organizational basis, the financial, geographical and communicative accessibility were noted. However, 43.80% of female patients declared having waited between 1-2 hours before being consulted. This finding is done by all the services providers who are sometimes overwhelmed by the long waiting queue. For interviewed husbands, they all stated that they were satisfied with the monitoring of their spouses, in spite of the fact that 48.80% among them have never accompanied their spouses to the consultations.

**Conclusion:** In 93.80% of the cases, patients have been satisfied and are even ready to use again the service and to recommend it to other persons. However, there are still some efforts to do in this sense that any HIV positive woman desiring to give life should be satisfied.

**Key words :** PMTCT - satisfaction of couples - CHU YO

**Author:** KANZYOMO P. Lolita. O ép. SAMPEBRE

E mail: [sklolit@yahoo.fr](mailto:sklolit@yahoo.fr)