

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
FACULTE DE MEDECINE
B.P.1825



**Co infection du paludisme et geohelminthiase dans le service de pédiatrie
des cliniques universitaires de Lubumbashi**

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
grade de bachelier en médecine humaine

ANNEE ACADEMIQUE 2023-2024

LISTE DES ABBREVIATIONS

ARV : Antirétroviral (aux)

AZT : Lamivudine

CPN : Consultation prénatale

CPM : Césarienne programmée

CUL : Cliniques Universitaires de Lubumbashi

Cv : charge Virale

DBS : Dried Blood spot

DNA : Acide Désoxyribo Nucléique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

NN : Nouveaux Nés

NVP : Nevirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisations des Nations Unies pour VIH/SIDA

PCR : Polymérase Chain Réaction

PNLS : Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA

PNMLS : Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

RDC : République Démocratique du Congo

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SMNI : Soins Maternels et Néonatal Intégré

TARV : Traitement Antirétroviral

TC : Stavudine

TDF : Tenofovir

TLD : Tenofovir, lamivudine, dolutégravir

TME : Transmission Mère-Enfant

WHO : World Health organization

TABLE DE FIGURES ET DE TABLEAUX

Liste des abréviations.....	
Table de figures et de tableaux.....	
Épigraphe.....	
Dédicace.....	
Remerciements.....	
Résumé.....	
INTRODUCTION.....	
PROBLEMATIQUE.....	
CHOIX ET INTERET DU SUJET.....	
OBJECTIF DU TRAVAIL.....	
DELIMITATION DU TRAVAIL.....	
SUBDIVISION DU TRAVAIL.....	
CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR L'INFECTION A VIH.....	
DEFINITION DES CONCEPTS.....	
NOTIONS SUR LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT DU VIH.....	
NOTION SUR L'OPTION B+ DANS LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH.....	
CHAPITRE 2 : MILIEU, METHODES ET MATERIELS.....	
MILIEU D'ETUDE.....	
METHODE, MATERIELS ET POPULATION.....	
CHAPITRE 3 : RESULTATS.....	
3.1 Prévalence du VIH chez les mères séropositives.....	

3.2 Caractéristiques socio démographiques.....	
3.3 Caractéristiques cliniques et para cliniques.....	
3.4 Caractéristiques du nouveau née.....	
CHAPITRE 4. DISCUSSION.....	
4.3 Caractéristiques cliniques et para cliniques.....	
CONCLUSION.....	
References.....	

ÉPIGRAPHE

" Protéger la vie dès le début, c'est offrir un avenir sans VIH"

Dr Jean-Marc Sabatier

DÉDICACE

Je dédie ce travail à mes très chers parents : père MUKAZA TSHILAND Maurice et à ma mère KUNDA MWELWA Marie pour leur amour, conseil, soutien et encouragement de tout le jour. Que le grand Dieu vous bénisse.

KAMBULA MUFUNGA
MAURICE

REMERCIANTS

Ce travail qui sanctionne la fin de notre premier cycle au sein de l'Université de Lubumbashi n'est pas fait du hasard ni d'aventure, mais plutôt le fruit d'un dur labeur, il n'est pas seulement l'œuvre de nos efforts personnels, car, il a bénéficié du concours de plusieurs personnes.

Nous remercions Dieu notre père, le tout puissant, pour la grâce et l'amour qu'il nous a accordé tout au long de nos études jusqu'à atteindre ce niveau.

Nos remerciements s'adressent à tous les membres du corps professionnel de l'Université de Lubumbashi en particulier à notre directeur le professeur Dr KIMBALA SHIMPIKO Julien qui a disposé son temps pour corriger et diriger notre travail malgré ses multiples occupations, au travers cette page qu'il se sent honoré par l'expression de notre profonde gratitude.

Nous devons une extrême reconnaissance à notre tendre père MUKAZA TSHILAND Maurice et notre tendre mère KUNDA MWELWA Marie, qui ont été au four et au moulin en surmontant des difficultés avec nous, en endurant des sacrifices et des calvaires pour vu que son fils Maurice KAMBULA puisse voir le jour, voilà le fruit de vos entrailles.

Nos remerciements s'adressent à mes frères (Landry UPALE et Pierre BANZA) et sœurs (Marthe MWENZE, Joséphine KUNDA,Christ vie KUNDA, Shukrani PANDE).

Nos remerciements s'adressent également à nos condisciples de la promotion, amis (amies) et connaissances, trouver ici toute ma gratitude.

À tous ceux qui, de loin ou de près m'ont accompagné tout au long de mon parcours académique jusqu'à ce jour, trouvent ici l'expression de ma considération distinguée.

KAMBULA MUFUNGA MAURICE.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un majeur problème de santé publique. La transmission verticale (mère- enfant) du VIH est la principale voie par laquelle les enfants sont infectés par le VIH. Elle peut se produire pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou de l'allaitement maternel. Les stratégies de PTME bien conduites permettent de réduire significativement le taux de transmission mere-enfant du VIH.

L'OBJECTIF de notre étude est d'explorer en profondeur les différentes stratégies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en évaluant l'efficacité des traitements antirétroviraux, les défis liés à leur mise en œuvre dans des contextes à faibles ressources ; ainsi que les innovations récentes dans le domaine.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude descriptive transversale à visée analytique avec mode de récolte rétrospectif, portant sur 62 accouchées séropositives au VIH et leurs enfants enregistrés à la maternité et suivis au service de PTME des cliniques universitaires de Lubumbashi de janvier 2021 à mai 2024. La prévalence, les variables socio démographiques et les variables liées à l'offre des services de PTME ont été étudié.

RÉSULTATS : la séropositive des accouchées VIH était de 1,28%; la moyenne d'âge était de 30ans; 94% des femmes étaient mariées, la classe de multipare était majoritaire et représenté 82,26%; la commune de Lubumbashi était la plus représentée avec 40,3%. La majorité des femmes enceintes séropositives avaient une profession ménagère et représentées 60%, la majorité de femmes enceintes consultaient le service de PTME au troisième trimestre soit 61% de la représentation. La charge virale était indétectable dans 58,1% de cas ; 11,3% avaient une CV inférieure à 400 copies par millilitre de sang et 30,6 une CV supérieure ou égale à 400 copies par millilitre de sang ; le TDL était la seule molécule administrée comme TARV, l'allaitement maternel exclusif était choisi dans 66%; 93,55% des accouchements étaient à termes. Les NN dont le poids est entre 2 et 3 est de 51,61% ce qui représente la majorité, sur l'ensemble de 62NN soit le taux de transmission 3%.

CONCLUSION: la transmission mère enfant du VIH est en décroissance dans notre milieu. Cette avancée est attribuable à l'utilisation du traitement ARV à vie pour toutes les gestantes (option B+) et à l'amélioration des activités de PTME. Cependant des multiples efforts restent à conjuguer en vue de rabattre à moins d'un pourcent ce taux de transmission à l'instar des pays développés.

INTRODUCTION

A. ÉTAT DE LA QUESTION

Depuis plusieurs années, la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un enjeu de santé publique. La transmission verticale du VIH est la principale voie par laquelle les enfants sont infectés par le VIH. Une femme infectée par le VIH peut transmettre le virus à son bébé pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement. En l'absence de toute intervention, le risque combiné de la transmission de la mère à l'enfant (TME) du VIH in utero et pendant l'accouchement est de 15-30% et le risque est accru chez les enfants allaités à 20-45% (1-3). Cette transmission verticale est très élevée dans les pays à ressources limitées, ce qui fait de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) une intervention prioritaire des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et demeure un challenge dans la majorité de ces pays, particulièrement en Afrique (4). Globalement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 3,3 millions d'enfants vivaient avec le VIH en 2012 (5), étaient infectés principalement par voie verticale et 90% de ces infections avait eu lieu en Afrique subsaharienne (2). Dans les pays développés, le risque de TME du VIH a été réduit à moins de 1%, grâce à la large diffusion de l'administration du traitement antirétroviral (TARV) chez les femmes enceintes et chez les enfants exposés au VIH et au recours systématique à l'allaitement artificiel (5).

Les premiers cas de SIDA chez l'enfant ont été signalés en 1982. Dix ans plus tard, l'Organisation mondiale de la santé estimait à plus de 500 000 le nombre de cas de SIDA chez les enfants résultant d'une transmission de la mère à l'enfant, dont 90 % en Afrique subsaharienne. Bien que le taux de nouvelles infections à l'échelle mondiale ait été réduit de moitié depuis le pic de la pandémie, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure une menace pour la santé publique et les taux de nouvelles infections continuent d'augmenter dans certaines régions. La transmission du VIH de la mère à l'enfant a désormais été pratiquement éliminée dans de nombreuses régions du monde, mais elle reste un problème dans les pays aux ressources limitées.(30)

Selon le programme conjoint des nations unies de lutte contre le SIDA (ONUSIDA), 1800 enfants sont chaque jour infectés par le VIH (17), essentiellement pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement maternel. Pendant la dernière décennie, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) a été considérée comme le programme d'accès aux antiretro viraux (ARV) ayant le même meilleur rapport coût/efficacité et l'une des approches les plus pertinentes des préventions de l'infection VIH (18,19). Depuis l'avènement de protocole de pris en charge réduisant le coût de la PTME, des programmes ont été mené dans de nombreux pays en développement. Cependant, la proportion de femmes enceintes qui ont accédé aux services de PTME reste encore faible en 2005, environ 10% à l'échelon mondial (20,21).

Au niveau mondial, plus de 966 000 femmes enceintes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont reçu le traitement antirétroviral (en trithérapie ou en prophylaxie) en 2013, soit 67% de l'ensemble des femmes enceintes VIH+ dans ces pays (6). En conséquence, l'OMS souligne que moins d'enfants contractent le VIH : dans les 21 pays prioritaires d'Afrique du Plan Mondial, le taux global de transmission de la mère à l'enfant a diminué, passant d'environ 26% en 2009 à 17% en 2012, et plus de 800 000 infections à VIH chez les enfants ont été empêchées pendant ces quatre années (6). En République Démocratique du Congo (RDC), la prévalence nationale du VIH chez les femmes enceintes varie entre 3,7 et 4,3% (7, 8) et à Lubumbashi, chez les femmes enceintes du site sentinelle de la séro-surveillance, elle est de 4,6% (IC95% : 2,9-7,1%) (7). En 2011, la ville de Lubumbashi comptait 25 sites de PTME sur 251 structures sanitaires où les femmes accouchent, soit une couverture de 9,9% (9, 10) ; mais aucune donnée n'est disponible, à l'exclusion de la ville de Lubumbashi, quant à l'impact de la stratégie PTME dans la réduction de la TME.

Plusieurs études récentes ont identifié les facteurs de risque de la transmission verticale du VIH qu'il faut observer dans la mise en œuvre d'un programme de PTME. Ces études ont réparti en 5 catégories ces facteurs : les facteurs maternels (par exemple l'état immunologique de la mère, le traitement antirétroviral), les facteurs virologiques (par exemple la charge virale), facteurs obstétricaux (par exemple l'accouchement traumatique, la rupture prématurée des membranes, la chorioamniotite), les facteurs fœtaux (par exemple la prématurité) et les facteurs du nourrisson (par exemple l'état immunitaire, TARV, l'allaitement, la nutrition) (11). C'est ainsi que nous avons mené cette étude dont les objectifs sont de déterminer le taux de TME et d'identifier les facteurs de risque de TME du VIH, dans un programme de PTME « option A », à Lubumbashi (République Démocratique du Congo (RDC).

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) peut être réduit par une césarienne pratiquée avant le début du travail et avant la rupture des membranes (césarienne programmée). À la lumière de ces données, l'American College of Obstetricians and Gynecologists et le Department of Health and Human Services Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission ont élaboré des lignes directrices recommandant la Césarienne programmée pour les femmes infectées par le VIH dont la charge virale plasmatique est supérieure à 1 000 copies/ml. Depuis la publication de ces recommandations, une augmentation de la Césarienne programmée a été observée chez les femmes infectées par le VIH aux États-Unis. Cet article examine les données probantes sur l'efficacité de la Césarienne programmée, les recommandations actuelles aux États-Unis et les risques et la morbidité liés à la Césarienne programmée. Bien que le bénéfice de la Césarienne programmée dans la prévention de la TME du VIH soit substantiel, certaines questions demeurent. Plus précisément, le bénéfice de la Césarienne programmée pour les femmes ayant une charge virale très faible ou pour les femmes utilisant des schémas antirétroviraux

combinés n'est pas clair, tout comme le délai après le début du travail ou la rupture des membranes dans lequel la Césarienne programmée confèrera encore des bénéfices préventifs.(33)

La prévalence de l'infection à VIH continue à préoccuper les acteurs de santé publique et multiples efforts sont déployés à travers l'ensemble du territoire national dans le but de stopper la propagation de cette pandémie (12). Parmi ses voies de transmission, la transmission Mère-Enfant constitue une voie dont le contrôle s'avère délicat pour éviter des nouvelles infections congénitales dues à ce virus et qui exposerait le nouveau-né à être une personne vivante avec le VIH à vie.

Pour permettre aux mères séropositives de jouir de leur droit de maternité saine d'une part, et aux futurs nouveau-nés d'accéder à une vie saine d'autre part, le Ministère de la Santé Publique ; à travers le programme de lutte contre l'infection à VIH-SIDA, met en œuvre tout un arsenal d'activités ayant pour objectif principal, la prévention de la Transmission Mère-Enfant (TME) (12).

Un programme d'intervention de PTME est un ensemble de services médicaux et de soutien axés sur la famille. Ces services sont offerts parallèlement aux initiatives de santé publique. Pour un programme PTME, il est important que chacun connaisse son statut sérologique et les futurs parents restent séronégatifs. Le dépistage et le conseil dans les consultations prénatales et les maternités permettent d'identifier très tôt l'infection par le VIH. Ces structures servent de voies d'accès aux services complets de PTME, notamment le traitement antirétroviral et la prophylaxie, des méthodes d'accouchement plus sûres et des méthodes d'alimentation du nourrisson à moindre risque pour les mères séropositives et leurs bébés (OMS 2006).

La transmission mère-enfant du VIH (TME) est la principale cause d'infection à VIH chez l'enfant (22). La TME peut survenir au cours de la grossesse, au cours du travail et de l'accouchement et au cours de l'allaitement maternel (22). En l'absence de toute intervention visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à son enfant, le taux de transmission est de 25 à 40%. Actuellement, ce taux peut passer à moins de 2-5% dans les pays qui arrivent à étendre leurs programmes de prévention. La réduction de ce taux est venue après la réalisation d'avancées spectaculaires en matière de prise en charge de la femme enceinte séropositive et de son nouveau-né. En 2012, L'Organisation Mondiale de la Santé avait recommandé des protocoles pour la prévention de cette transmission dont l'application au potentiel d'éliminer la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant en 2015. Pour atteindre ce but, la vision stratégique de l'OMS était de renforcer, de manière drastique, les quatre interventions majeures :

- La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes de 15 à 49 ans,
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH,
- La réduction de la TME (élimination de la transmission mère-enfant) et
- La dispensation d'une thérapie antirétrovirale aux femmes enceintes qui en ont besoin pour leur propre santé (23).

Ces deux dernières interventions combinent les interventions menées dans le système de soins en matière de VIH auprès des femmes enceintes.

B. PROBLÉMATIQUE

L'efficacité d'une intervention sanitaire est la principale caractéristique implicite de la qualité des soins pour la plupart des professionnels de santé (24). Selon Gilbert, l'efficacité d'une intervention devrait être entendu comme étant le rapport entre les résultats qu'elle produits et les objectifs qui lui étaient assignés (19). De manière simple, l'efficacité désigne la capacité à produire les effets attendus. Pour qu'une intervention soit jugée efficace sur la prévention de la TME de l'infection du VIH, la chaîne de transmission au sein du modèle épidémiologique de ladite transmission devrait être interrompue de manière à permettre un accouchement d'un nouveau-né exempt du VIH. L'OMS préconise comme admissible, un taux de TME inférieur

à 5% pour juger la prévention d'efficace (22). La TME peut survenir au cours de la grossesse (voie Trans placentaire), ou soit au moment de l'accouchement (rupture des membranes, traumatisme obstétricaux) ou alors soit pendant l'allaitement.

Alors, la problématique de notre travail peut être posée de la manière suivante : quelle est l'efficacité de la PTME aux cliniques universitaires de Lubumbashi ?

C. CHOIX ET INTERET DU SUJET

Plusieurs études démontrent que la TME est la principale source d'infection à VIH dans notre milieu, c'est dans l'optique de permettre aux femmes enceintes de bénéficier d'un bon déroulement de leur grossesse, de leur garantir une naissance saine de leurs enfants, de jouir d'une maternité saine et de promouvoir le bien-être de leurs progénitures, que nous avons choisi d'orienter notre mémoire dans cette optique.

D. OBJECTIF DU TRAVAIL

D.1. OBJECTIF GENERAL

Est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du VIH en milieu obstétrical.

D.2. OBJECTIFS SPECIFIQUE

- Déterminer la prévalence des accouchées séropositives dans notre milieu.
- Décrire les caractéristiques socio démographiques des accouchées séropositives
- Déterminer l'efficacité des activités de PTME dans la réduction du taux de transmission mère enfant du VIH.

E. DELIMITATION DU TRAVAIL

Dans l'espace, notre travail était réalisé aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi, en RDC, dans le temps, notre travail portera sur les données de la période allant de janvier 2021 à mai 2024.

F. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Notre travail sera subdivisé en deux grandes parties, mises à part son introduction et sa conclusion à savoir :

La partie théorique se focalisera sur les généralités sur l'infection à VIH, La transmission Mère Enfant de l'infection à VIH, L'option B+ ainsi que la prévention de la transmission de ce virus de la mère à l'enfant.

La partie pratique se focalise sur le cadre méthodologique de l'étude, la présentation des résultats et la Discussion sur les résultats de la recherche.

CHAPITRE I : GENERALITÉS SUR L'INFECTION À VIH

A. DÉFINITION DES CONCEPTS

a. Infection du VIH

Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) infecte les cellules du système immunitaire.

L'infection entraîne une détérioration progressive du système immunitaire, réduisant la capacité de l'organisme à lutter contre certaines infections et d'autres maladies.

Le VIH reste l'un des défis de santé publique les plus importants au monde, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. (14)

b. Historique du VIH

Le VIH/SIDA est une maladie nouvelle qui est apparue vers la fin des années 1970 dont et nous cernons peu à peu les limites, les structures et les ramifications de cette épidémie.

C'est en 1975 aux États-Unis, plus exactement à Los Angeles, que les premières traces du virus ont été identifiées chez des hommes homosexuels. Toutefois, les manifestations cliniques de la maladie ne furent observées que vers la fin de l'année 1979. Jusqu'à cette date, le virus n'avait pas encore été isolé et les décès étaient difficilement expliqués par le corps médical.

L'augmentation du nombre de personnes homosexuelles présentant une défaillance du système immunitaire vers le début des années 1980 laissait croire au corps médical qu'une maladie bien spécifique était liée à cette population. Le 4 juillet 1981, cinq cas de pneumonie attribués à la *Pneumocystis carini* chez des homosexuels et 26 cas de sarcome de Kaposi (cancer de la peau) dans cette même population ont été officiellement déclarés par le Center of Disease Control of Atlanta (COC). Ces hommes homosexuels de Californie et de New-York présentaient tous un état important d'immunodéficience.

Face à cette situation, le COC a choisi de nommer ce phénomène médical le Gay Related Immune Deficiency (GRIO). Jusqu'alors, la cause de ces deux maladies rares était encore inconnue. La veille de cette déclaration officielle par le COC, un article de presse était paru dans le New York Times faisant état au grand public de l'existence d'un cancer rare chez 41 hommes homosexuels. Cette déclaration ne suscita pas, au départ, un grand intérêt auprès de la population. Par contre, les homosexuels, plus concernés, se sentaient mal à l'aise. La notion de « cancer gay » prend alors naissance et se propage au sein de cette population, créant révolte et panique.

En 1982, les autorités du COC s'entendent pour dénommer ce phénomène Syndrome d'immunodéficience Acquise (SIDA). À cette même période, ce syndrome se retrouve chez des groupes ciblés : les 3H (Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles), ce qui a permis de croire que la transmission de l'agent responsable de ce phénomène n'était pas juste de nature sexuelle mais aussi sanguine. La notion de groupe à risque est alors apparue. Des études cliniques effectuées auprès de jeunes hommes homosexuels américains ont démontré que malgré l'absence de symptômes spécifiques, plusieurs d'entre eux présentaient un système immunodéficient. La notion d'épidémie du SIDA prend alors naissance.

En 1983, les premiers cas de SIDA sont signalés en Afrique et en Haïti. Ils ne répondent pas à la catégorie des 3H et sont en majorité hétérosexuels.

L'agent responsable du SIDA est donc reconnu comme pouvant se transmettre par voie sexuelle et sanguine, et ce, pour tous les groupes de la population en général. L'appellation des 3H en y ajoutant les Haïtiens est maintenant devenue les 4H. Durant cette même période, aux États-Unis, le nombre de personnes contaminées double tous les six mois. À New York, le Gay Man Health Crisis réagit rapidement en conseillant aux hommes homosexuels d'être vigilants dans leurs pratiques sexuelles.

Toujours en 1983, le Pr Luc Montagnier et son équipe de chercheurs de l'Institut Pasteur de Paris réussissent à isoler l'agent responsable du SIDA, le Virus de l'immunodéficience Humaine (VIH), appelé à cette date LAV pour Lymphodermopathy Associate Virus. Un an et demi plus tard, en mai 1984, ces travaux furent confirmés, aux États-Unis, par le Pr Robert Gallo et son équipe de chercheurs. Ils isolèrent à leur tour l'agent responsable du SIDA et le nommèrent HTLV III pour Human T Lymphotropie Virus type III. Ce n'est qu'après de longues négociations entre ces deux équipes de chercheurs qu'il fut décidé d'un accord commun d'intituler le virus responsable du SIDA, VIH. Bien que le virus ait été identifié et que ses modes de transmission soient mieux connus, il n'en était pas moins impossible, à ce moment, de dépister le virus dans la population. Il était primordial de développer des tests capables d'identifier le VIH dans le sang, et ce, afin de limiter sa propagation et de contrer ses effets dévastateurs sur le système immunitaire des personnes vivant avec le VIH.

C'est en 1984 que les premiers tests sérologiques ont été mis au point, ce qui a rendu possible la détection, dans le sérum, des anticorps associés au VIH. Par contre, au Québec ce n'est qu'à partir de novembre 1985 que le dépistage des produits du sang et de ses dérivés fut réalisé de façon systématique.

En 1985, une autre souche du virus est identifiée, le VIH-II, par l'équipe Pasteur. Cette souche de virus est surtout présente en Afrique occidentale, mais en janvier 1990, cinq personnes au Canada en sont atteintes. Ce nouveau virus nécessite l'ajustement des tests de dépistage et en 1986 le test Élisabeth est commercialisé mondialement.

En 1987, des conclusions des essais cliniques de médicaments conçus pour lutter contre le SIDA sont disponibles. Au Canada, l'azidothymidine (AZT), un agent antiviral démontre qu'il augmente la survie des personnes atteintes et qu'il permet de ralentir la progression de l'infection.

Jusqu'alors, l'origine de la maladie et des agents viraux sont inconnus. En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) déclarait officiellement que le virus VIH est un virus naturel d'origine géographique inconnue.

Les recherches s'efforcent, à l'heure actuelle, de trouver des médicaments qui combinés, permettent de ralentir la multiplication du virus dans le système humain. La XIème conférence internationale sur le SIDA du sept au douze juillet 1996 à Vancouver a révélé les

effets positifs de la prise de médicaments en combinaison chez les personnes vivantes avec le VIH/SIDA.

Les chercheurs du domaine médical ont constaté que cette combinaison entraîne une augmentation significative des cellules CD4 (cellule responsable du maintien du système immunitaire) et une diminution significative de la charge virale (nombre de virus VIH dans le sang). On sait actuellement que lorsque la charge virale est faible et lorsque le nombre de cellules CD4 est élevé, la personne vivant avec le VIH aura moins de probabilités de développer une infection liée au SIDA. Certains chercheurs du domaine médical tentent actuellement de démontrer qu'il est possible, grâce aux thérapies en combinaison, de rendre le virus indétectable dans le sang. Par le fait même, ils émettent l'hypothèse que ces personnes pourront redevenir séronégatives.

De plus, ces résultats de recherche sont échelonnés au plus sur une année d'expérimentation et donc il est impossible de prédire à long terme les effets de ces médicaments sur les individus. Il pourrait bien être dangereux de véhiculer au sein de la population de telles hypothèses car elles ont des effets néfastes sur la prévention (les gens se sentent à l'abri car ils ont l'impression que l'on peut enrayer le virus du corps) et donnent de l'espoir aux personnes vivant avec le virus (malgré le coût des médicaments).

Au plan psychologique, ces nouvelles thérapies médicamenteuses demandent de façon répétitive à la personne vivant avec le SIDA de se préparer à la mort. « Il n'est pas rare de voir une personne pratiquement en fin de vie redevenir en santé avec la prise de ces nouveaux médicaments et quelques mois plus tard effleurer de nouveau la mort pour ensuite « renaître à la vie ». On espère toutefois pouvoir, grâce à ces nouvelles découvertes, prolonger encore plus la vie des personnes vivant avec le VIH, et ce, dans des conditions physiques et psychologiques respectables.

c. Prévention de la transmission mère à l'enfant

C'est un ensemble des techniques et d'interventions mise en pratique pour aider l'enfant qu'il ne soit pas contaminé ou infecté par le VIH issue de la mère (12).

d. L'option B+

Adoptez depuis 2012 en République Dominicaine du Congo. Consistant en une mise sous trithérapie systématique des femmes en enceinte séropositives associé à l'allaitement et la mise sous ARV.

C'est une approche qui préconise l'initiation systématique du traitement ARV chez toute Femme enceinte séropositive quel que soit son stade clinique. Ce traitement doit ensuite être poursuivi pendant toute la grossesse, pendant l'accouchement, la période de l'allaitement et au-delà, et à vie (12)

B. NOTIONS SUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH

La PTME consiste en une cascade des services visant à réduire ce risque de transmission pendant les périodes de grossesse, de travail, d'accouchement et d'allaitement maternel. Ces interventions impliquent principalement le diagnostic et un traitement antirétroviral pour la mère et pour l'enfant. Elles comprennent également des mesures pour prévenir l'infection chez la femme enceinte et les pratiques appropriées d'allaitement. Ainsi, la PTME est un moyen efficace de lutte contre la mortalité materno-infantile selon plusieurs études documentées prouvant son efficacité et son efficience (25,26).

a. Fréquence de la transmission

En l'absence de toute action de prévention, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 25% à 40% dans les pays en voie de développement (12).

b. Moment de la transmission

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir au cours de la grossesse, au cours de l'accouchement et après l'accouchement par l'allaitement maternel (13).

Le risque de transmission au cours de la grossesse commence vers le deuxième trimestre et augmente progressivement du fait des contractions utérines qui deviennent d'autant plus fréquentes et intenses que la grossesse évolue vers son terme.

La fréquence estimée du risque de TME du VIH par période L'accouchement constitue la période de plus grand risque de la TME du VIH car l'enfant n'est plus protégé par les membranes et est en contact direct avec le sang et les sécrétions maternelles infectés par le VIH.

Le risque de la TME du VIH au cours de l'allaitement est d'autant plus élevé que celui-ci se prolonge dans le temps par effet cumulatif.

Moment de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

- En l'absence de traitement
 - 25% des enfants seront contaminés à la naissance
 - Le plus « contaminant » des modes de transmission

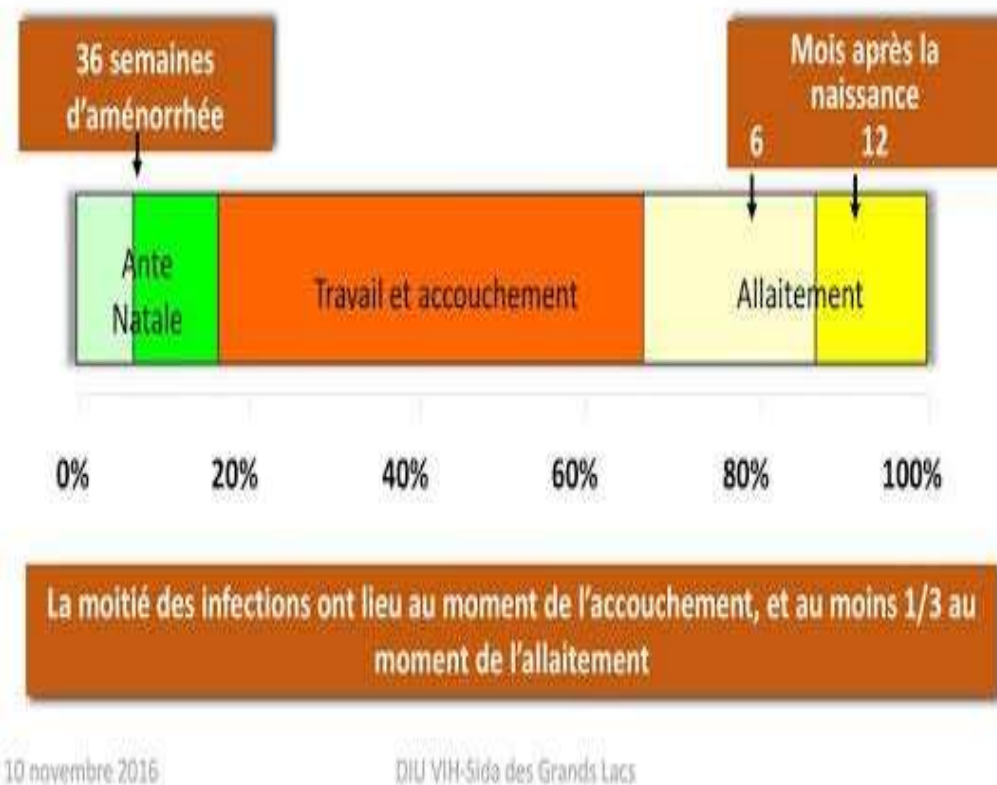


Figure 1 (moment de transmission du VIH de la mère à l'enfant)

c. Mécanisme de la transmission

La TME peut se faire in utero, en per partum et dans le post partum.

1. Transmission in utero

Elle peut se faire par :

Le placenta qui contient des cellules qui expriment les récepteurs CD4 et peuvent être infectées par le VIH à tous les stades de la grossesse (12)

Le liquide amniotique infecté où le VIH se trouve à l'état libre ou bien combiné aux cellules.

Des micros transfusions lors des échanges qui se font entre la femme enceinte et son fœtus au cours de la grossesse. Ce phénomène est d'autant plus accentué que la grossesse évolue vers son terme (12)

2. Transmission per partum

Elle s'explique par deux mécanismes :

Le contact direct du fœtus qui n'est plus protégé avec les liquides biologiques infectés (le sang maternel, liquide amniotique et les sécrétions génitales) lors de son passage dans la filière génitale.

Le traumatisme obstétrical pouvant être à l'origine des lésions cutanées et muqueuses diverses qui mettent le sang de l'enfant en contact direct avec celui de la mère ainsi que de ses sécrétions tous infectés par le VIH (12)

Les contractions utérines encore plus intenses et prolongées au cours de l'accouchement y jouent un rôle favorisant.

3. Transmission post-natale

Elle s'effectue essentiellement par l'allaitement maternel. Le VIH se trouve dans le lait maternel à l'état libre et sous forme inclus dans les cellules.

À la faveur de la perméabilité de la muqueuse digestive et de l'immaturité de son système immunitaire au début de la vie, le VIH contenu dans le lait maternel ingéré par l'enfant peut traverser cette muqueuse, pénétrer dans son torrent sanguin et entraîner une infection à VIH (12)

d. Facteurs influençant la TME

De nombreux facteurs augmentent le risque de la TME du VIH:

1. Facteurs viraux :

Le VIH1, du fait de sa réplication plus rapide et de sa plus grande virulence par rapport au VIH2, présente un plus grand risque de transmission de la mère à l'enfant. Ce risque est estimé à 25% pour le VIH1 et seulement de 1% pour le VIH2(13)

2. Facteurs maternels :

- Stade avancé de l'infection à VIH (SIDA)
- Primo infection
- Taux de CD4 abaissé
- Charge virale élevée
- Mauvais état nutritionnel
- Anémie
- Carence en vitamine A (12)

3. Facteurs obstétricaux :

- Accouchement vaginal plus que par césarienne
- Accouchement instrumental (par forceps ou ventouse).
- Rupture prolongée des membranes (>4 heures)

- Travail prolongé
 - Manœuvre par version externe ou interne
 - Procédures obstétriques invasives : épisiotomie, rupture artificielle des membranes, amniocentèse, biopsie des villosités chorioniques, etc. (12)
4. Facteurs fœtaux :
- Prématurité
 - Hypotrophie
 - Premier né dans un accouchement multiple(31)

5. Facteurs liés aux modalités de l'allaitement

- Allaitement maternel non protégé (par les ARV)
- Allaitement mixte
- Allaitement prolongé dans le temps
- Lésions mammaires : mastite, fissures de mamelon, abcès du sein (12)
- Mauvais état nutritionnel de la mère
- Affections buccales chez le bébé : candidose, stomatite, ulcérations

De tous ces facteurs, la charge virale élevée de la mère est celui qui augmente le plus le risque de TME du VIH.

Certains cofacteurs infectieux sont susceptibles de limiter le bénéfice du traitement antirétroviral ou d'augmenter le risque de TME du VIH. Il s'agit :

De la chorioamniotite

Des IST

Du paludisme (augmente la TME du VIH par le biais du placenta (12)

e. Moyens de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est une préoccupation importante pour la santé publique, pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant, voici quelques mesures essentielles :

- a. Dépistage du VIH pendant la grossesse : Lors du premier examen prénatal, le dépistage du VIH est systématiquement proposé. Il permet de détecter la présence du virus chez la mère.
- b. Traitement antirétroviral (TAR) : Le traitement de la mère vise à maintenir une charge virale indétectable pour réduire le risque de transmission au fœtus. Le TASP (Traitement comme Prévention) est essentiel pour prévenir la transmission.

- c. Conseil et soutien psychologique : Les femmes séropositives doivent recevoir des conseils et un soutien pour gérer leur situation et prendre des décisions éclairées concernant la grossesse et l'accouchement.
- d. Mode d'accouchement : Chez les femmes ayant une charge virale contrôlée, le risque de transmission n'est pas lié au mode d'accouchement. Depuis 2015, l'accouchement par voie basse est possible si la charge virale est inférieure à 50 copies/ml (27)
- e. Après l'accouchement : À la naissance, le nouveau-né reçoit un traitement adapté en fonction du traitement anti-VIH de la mère. L'allaitement maternel reste contre-indiqué en France (27)
- f. Allaitement artificiel : Dans les pays où l'eau potable et les préparations pour nourrissons sont disponibles, l'allaitement artificiel est recommandé pour réduire le risque de transmission du VIH par le lait maternel.
- g. Accès aux soins de santé : Assurer un accès adéquat aux soins prénatals, à l'accouchement assisté et aux soins postnatals pour les femmes séropositives.
- h. Prévention des infections opportunistes : La mère doit être traitée pour prévenir les infections opportunistes, ce qui améliore la santé globale
- i. Suivi médical régulier : Les femmes enceintes séropositives doivent bénéficier d'un suivi médical régulier pour surveiller leur santé et celle de leur enfant.

Ces mesures ont permis d'éviter environ 1,4 million de contaminations entre 2000 et 2015. Il est essentiel de sensibiliser et de mettre en œuvre ces stratégies pour protéger la santé des mères et de leurs enfants. Pour plus d'informations, consultez le document de l'ONUSIDA sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (27).

f. Stratégies de prévention

Jusqu'à une époque récente, les pays disposaient de deux stratégies principales pour limiter le nombre d'enfants infectés :

La prévention primaire qui consiste à essayer de prévenir l'infection chez les femmes en âge de procréer; (32)

La disponibilité de services de planification familiale voire d'interruption de grossesse dans les pays où cette dernière est légale pour permettre aux femmes d'éviter les grossesses non souhaitées(32).

Ces deux options restent les. Stratégies principales de réduction de l'infection par le VIH chez les jeunes enfants et constituent les activités essentielles des campagnes nationales. Aujourd'hui, il y a cependant une troisième option pour les femmes VIH-positives qui souhaitent avoir un enfant. Elle consiste en un traitement antirétroviral pour la mère (et parfois l'enfant) et une alimentation de remplacement pour l'enfant. Un essai récent en Thaïlande a montré qu'une administration brève de zidovudine (ZDV) pouvait ramener à moins de 10% le risque de transmission à condition d'éviter strictement l'allaitement maternel. On disposera bientôt d'autres protocoles comportant des administrations brèves d'autres médicaments antirétroviraux quelquefois associés. De plus, des études sont en cours pour déterminer ce qui se passe si les mères décident ensuite d'allaiter leurs enfants. Il s'agit là d'une question cruciale car la majorité des femmes VIH positives vient de cultures où l'allaitement maternel constitue la norme et où une alimentation alternative présente de grandes difficultés(32)

Mettre en place une stratégie de traitement antirétroviral et d'alimentation alternative est un processus complexe. Si les mères veulent bénéficier de cette intervention, elles doivent connaître leur séropositivité, et donc avoir accès à un dépistage volontaire et aux services de conseil. Il faut donc en évaluer soigneusement les coûts et les bénéfices. Les décideurs doivent juger quel type de programme est faisable et approprié à leur pays et s'il est utile de tester un modèle de la stratégie choisie au sein d'un projet pilote avant de l'appliquer au pays en entier. Un tel programme requiert un système de soins de santé primaires fonctionnant de façon efficace et offrant certains services clés comme base d'introduction de la stratégie concernée. Là où ces conditions ne sont pas encore réunies, il faut décider comment renforcer les infrastructures de santé, quel calendrier serait réaliste et quels sont les autres éléments indispensables pour introduire avec succès et en toute sécurité le traitement antirétroviral et l'alimentation de remplacement(32).

g. Stratégies de prévention de la transmission mère-enfant en RDC

La RDC articule sa stratégie de prévention de la TME du VIH autour de trois axes principaux pour optimiser ses résultats :

1. L'intégration de la PTME et de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNE)
2. L'approche familiale de la prise en charge de l'infection à VIH
3. La délégation des tâches/décentralisation des services. (31)

L'intégration de la PTME et de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNE)

L'objectif ici est de faire usage de tous les points d'entrée aux soins de la SMNE (CPN, maternité, service de vaccination, service de suivi post natal, service de planning familial, etc.) pour identifier tous ceux qui ont des besoins à satisfaire afin de les leur offrir. Les services à offrir peuvent être en rapport :

- Soit avec la prévention de l'infection à VIH (pilier 1 de la PTME) et de toute autre maladie ou alors des grossesses non désirées (pilier 2 de la PTME)
- Soit en rapport avec la prise en charge appropriée des cas de grossesse et/ou d'infection à VIH (pilier 3 et 4 de la PTME) (31)

Pilier 1 : La prévention primaire du VIH chez les futurs parents

- Assurer l'information et la sensibilisation pour le changement de comportement
- Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque :
- Abstinence pour les adolescents et les jeunes non encore sexuellement actifs
- Fidélité à un seul partenaire non infecté au sein des couples
- Utilisation correcte du condom pour tout rapport sexuel à risque
- Faciliter l'accès aux condoms (masculins et féminins)
- Diagnostiquer et traiter précocement les IST
- Rendre le conseil et dépistage du VIH largement disponibles
- Offrir des conseils appropriés de prévention aux femmes séronégatives(31)

Pilier 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives

- Faire systématiquement le conseil de planning familial (PF) à tous les points d'entrée de la SMNI
- Offrir une méthode de contraception sûre et effective à toute les femmes qui en ont besoin
- Promouvoir les pratiques sexuelles plus sûres (utilisation systématique et correcte des préservatifs)(31)

Pilier 3 : Prévention de la TME du VIH

- Faire systématiquement et précocement le dépistage du VIH chez toute femme enceinte en première CPN
- Instituer le traitement ARV chez toute femme enceinte séropositive le plus tôt possible suivant le diagnostic de l'infection à VIH
- Promouvoir le comportement sexuel à moindre risque
- Conseiller l'accouchement dans une formation sanitaire
- Respecter les bonnes pratiques au cours de l'accouchement
- Conseil à l'allaitement pour le bébé
- Assurer la prise en charge (PEC) médicale et psychosociale
- Apporter le soutien nécessaire pour l'observance du traitement ARV
- Dépister et traiter toute pathologie pouvant majorer le risque de TME (infections urinaire et cervico-vaginales)
- Interrompre rapidement l'exposition postnatale du bébé au sang et sécrétions maternelles par bain de l'enfant dans une solution antiseptique tiède
- Administrer la Névirapine prophylactique chez le bébé
- Initier l'alimentation à moindre risque pour le bébé(31)

Pilier 4 : Traitement, soins et soutien pour les femmes VIH+ et tous les membres infectés de leur famille

- Faire le dépistage du VIH des partenaires ainsi que des autres enfants des femmes enceintes et des mères séropositives
- Offrir le traitement, soins et soutien à toutes les femmes séropositives ainsi qu'à leur partenaire et enfants infectés par le VIH
- Assurer le suivi clinique et biologique suivant les recommandations nationales
- Apporter le soutien nécessaire pour favoriser la rétention et l'observance du traitement
- Organiser un système de contact et de collaboration avec les services communautaires pour une prise en charge holistique et appropriée(31)

2. L'approche familiale de la prise en charge de l'infection à VIH

L'objectif ici est d'utiliser la personne infectée déjà identifiée (la femme ou son enfant) comme index pour accéder aux autres membres de la famille (partenaire sexuel et/ou les autres enfants) afin de leur offrir tous les services de santé dont ils ont besoin (dépistage du VIH, traitement ARV, tout autre service de santé). (31)

Cette approche présente l'avantage d'une prise en charge clinique et psychosociale globale de tous les membres de la famille à laquelle le soutien mutuel peut être apporté par chacun de ses membres(31)

3. La délégation des tâches/décentralisation des services

L'objectif ici est de rapprocher les services de santé le plus près possible des bénéficiaires pour optimiser leur utilisation adéquate et le meilleur impact possible sur la santé de la population. (31)

A cet égard et pour pallier au déficit en personnel qualifié nécessaire au continuum des soins à apporter aux clients, la formation et la délégation des tâches sont nécessaires. Elles permettent au personnel de niveau moins élevé d'effectuer les tâches généralement dévolues au personnel d'un niveau supérieur et d'assurer ainsi le continuum de l'offre des services de santé dont les populations ont besoin. (31)

C. NOTION SUR L'OPTION B+ DANS LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH.

a. Définition :

C'est une approche qui préconise l'initiation systématique du traitement ARV chez toute femme enceinte séropositive quel que soit son stade clinique ou la valeur de ses CD4. Ce traitement doit ensuite être poursuivi pendant toute la grossesse, pendant l'accouchement, la période de l'allaitement et au-delà, à vie (12)

À la faveur de la délégation des tâches et de la décentralisation des services VIH, le traitement antirétroviral nécessaire pour la prise en charge adéquate de la femme enceinte et de la mère séropositive ainsi que de l'enfant infecté par le VIH pourra être prescrit et suivi par le personnel de santé de formations sanitaires de tous les niveaux de la pyramide sanitaire (28).

b. Options de la PTME :

L'option A : La Femme recevait un traitement (si le nombre de CD4 $\leq$ à 350 cellules/mm³, une prophylaxie (si le nombre de CD4 $>$ à 350 cellules /mm³)

Trois ARV : commencés si tôt le diagnostic posé, poursuivis toute la vie.

Avant l'accouchement : AZT dès la 14^{ième} semaine de grossesse.

Pendant l'accouchement au début de travail : NVP en dose unique et première dose d'AZT+3TC.

Post partum : AZT+3TC tous les jours pendant 7 jours post partum.

L'enfant recevait la NVP depuis la naissance jusqu'à 12 semaines et une semaine après l'arrêt de l'allaitement ; si la Mère était sous traitement, jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines.

L'option B : Un traitement (si le nombre de CD4 $\leq$ à 350 cellules/mm³ et une prophylaxie, si le nombre de CD4 $>$ à 350 cellules/mm³).

Trois ARV commencés dès la 14^{ième} semaine de grossesse et continués pendant l'accouchement jusqu'à la naissance de l'enfant, l'absence d'allaitement au sein jusqu'à une semaine après l'arrêt de tout allaitement au sein.

L'enfant recevait la NVP ou AZT tous les jours depuis la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson.

L'option B+ : La Femme reçoit un traitement quel que soit le nombre de CD4, trois ARV commencés si tôt le diagnostic posé, poursuivis toute la vie.

Le schéma de l'option B+ : TDF +3TC +EFV.

L'enfant reçoit la NVP ou AZT depuis la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson (12)

c. Les Acteurs dans l'option B

- La réussite de l'option B+ dans une ZS dépend en grande partie de l'implication des organisations communautaires locales
- L'IT ou l'infirmier a pour rôle de connaître toutes les organisations communautaires locales oeuvrant dans sa ZS et les utiliser pour la récupération des perdus de vue ; suivi des malades et sensibilisation de la communauté
- Un plan des activités communautaires doit être élaboré au préalable (29).

d. Avantage de l'option B+

- Le but d'éliminer les nouvelles infections pédiatriques et de garder les mères en vie
- Simplification, harmonisation et standardisation du traitement de 1ère ligne pour toutes les catégories de malades
- Disponibilité des données sur la sûreté de l'EFAVIRENZ pendant la grossesse
- Réduction sensible du coût des ARV
- Simplification du système d'approvisionnement : commande, approvisionnement, stockage et suivi des médicaments
- Augmentation rapide du nombre des patients mis sous TAR
- Protection des enfants issus de futures grossesses
- Prévention de la transmission sexuelle (couple discordant : 10-50%)
- Continuité du traitement entre plusieurs grossesses
- Offre du même produit entre la CPN, l'accouchement et le postpartum
- Dosage des CD4 au début du traitement servira pour le suivi
- Réduction maximale du risque de transmission du VIH
- Maximalisation du bénéfice pour la propre santé des mères
- Nécessité d'offrir les soins de qualité au niveau des CS où la plupart des mères reçoivent les soins de santé maternelle et infantile
- Possibilité d'utiliser l'EFV dès le début de la grossesse
- Avantages de l'EFV : effets secondaires, barrière génétique
- Récupération des bénéfices de l'allaitement maternel (pas d'ablactation à 6 mois)
- Pas de corvée pour l'enfant de prendre les ARV pendant un an
- Protection des partenaires sexuels
- Facilitation de l'implication des partenaires masculins

- Simplification du suivi et évaluation (PTME & TAR): outils, indicateurs,...
- Message unique pour la TARV : TRAITEMENT À VIE

e. Suivi biologique et sérologique du nourrisson.

En RDC, le PNLS suit le protocole de suivi biologique et sérologique suivant :

- A partir de 6 semaines d'âge, procéder au dépistage précoce par la PCR-DNA (DBS).
 - Si la PCR est négative à 6 Semaines, Faire la sérologie à 9 mois :
 - Si résultat Négatif, répéter le test à 12 puis à 18 mois pour déterminer le statut final
 - Si le résultat est positif à 9 mois, faire la 2ème PCR pour déterminer le statut VIH ;
- Devant un enfant qui développe des signes ou symptômes suggestifs avant l'âge de 9 mois, faire le DNA PCR ;
- Faire le test sérologique à 12 mois : si résultat positif, mettre l'enfant sous ARV Pédiatrique et répéter le test à 18 mois pour déterminer le statut final ;
- Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et faire le sevrage progressif à partir de 11 mois et arrêter à 12 mois ;
- A 18 mois : faire un test sérologique définitif (29).

CHAPITRE II : MILIEU, MÉTHODES ET MATÉRIELS

A. MILIEU D'ÉTUDE

Le présent travail a été réalisé dans le service de PTME et de maternité des cliniques universitaires de Lubumbashi.



Photographie de l'entrée des Cliniques Universitaires de Lubumbashi

1. Historique de cliniques universitaires de Lubumbashi

Cliniques universitaires de Lubumbashi, ex RENE ELISABETH ou hôpital des blancs, ont été construites en 1928. Cette institution hospitalière appartenait à une congrégation religieuse catholique des sœurs de la charité de Gand, elles ont été construites à l'époque pour les soins des blancs et des évolués jusqu'en 1975, elles ont été cédées à l'UNAZA (actuel UNILU), on les appela dès lors « clinique Maman Mobutu » jusqu'en 1990 ou elles furent appelées « cliniques universitaires de Lubumbashi », jusqu'à nos jours.

Dès lors, l'accès était accordé à toutes les catégories des personnes et les objectifs devenaient de plus en plus accés sur les recherchent la formation des étudiants en médecine, infirmiers et le service des soins à la population.

Elles ont subi des aménagements au mois de Mai 2003 avec la fin des travaux en février 2004 et la reprise de toutes les activités médicales et paramédicales.

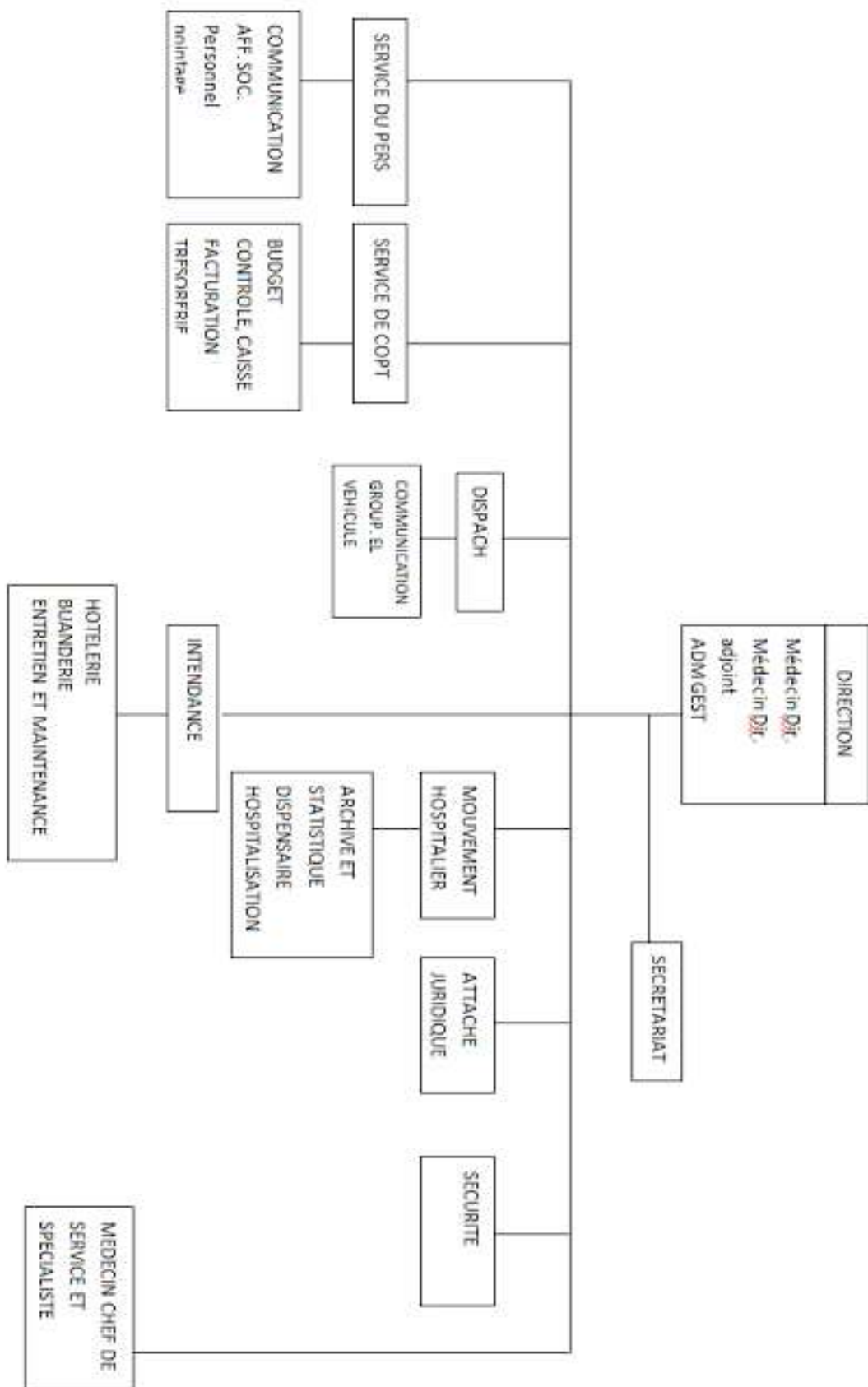
2. Administration, Gestion et organisation des services

Les Cliniques Universitaires constituent jusqu'à ces jours un centre important de formation médicale et de recherche scientifique de haut niveau, dirigées par un médecin Directeur et son Adjoint. Sa capacité d'accueil est de 234 lits et comprend les services suivants :

Médecine interne,
 Pédiatrie,
 Chirurgie,
 Gynécologie,
 Obstétrique,
 Dermatologie,
 Ophtalmologie,
 Anesthésie-reanimation,
 Neuropsychiatrie,
 Les urgences,
 La kinésithérapie,
 Imagerie médicale,
 Laboratoires,
 Anatomopathologie
 PTME

Les Cliniques Universitaires comprennent huit départements : la médecine interne, la Gynéco-obstétrique, la chirurgie, les spécialités, pédiatrie, sciences de base et santé publique.

Il y en a plus de cela un dispensaire central, un laboratoire pour la paraclinique, une pharmacie, une morgue, un service d'entretien et maintenance qui viennent en appui ; Les bâtiments sont subdivisés en pavillons du deuxième au huitième.



Organigramme des Cliniques Universitaires de Lubumbashi

B. MÉTHODE, MATÉRIELS ET POPULATION

a. Méthode

Notre méthode de travail est basée sur l'étude rétrospective à partir des fiches de patientes consultées pendant la période allant de janvier 2021 à mai 2024.

Nous avons récolté les données grâce à l'analyse de documents : les dossiers et registres de CPN, d'accouchement, du couple mère-enfant et des services de la PTME ont été consultés pour collecter les données aux CUL.

Les variables recherchées lors de cette collecte des données sont les suivantes :

Variables liées aux caractéristiques sociodémographiques : l'âge de la mère, Etat civil de la mère, la parité de la femme etc...

Variables liées à l'offre des services de PTME : le système de suivi biologique et sérologique de NN (PCR et examen sérologique) et de mère ; le poids du NN.

Les données ont été encodées dans épi info et Excel 2016.

b. Matériels

Au cours de notre travail, nous avons utilisé les matériels ci-dessous pour la récolte des données :

- Stylo
- Papier duplicateur
- Téléphone portable
- Fiches de récoltes
- Ordinateur portable

c. Population d'étude

La population clé de cette étude est constitué de gestantes séropositives au VIH ayant accouchées aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi et suivies au service de PTME durant la période que couvre notre étude.

1. Critères d'inclusion

Les sujets inclus dans cette étude étaient les gestantes séropositives au VIH et leurs nouveaux nés ayant initialement pris connaissance de leur statut sérologique et suivis au service de PTME des Cliniques Universitaires Lubumbashi durant la période que couvre notre étude.

2. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

Toutes les gestantes perdues de vue après un contact initial

Toutes les gestantes ayant suivi les CPN aux CUL et ayant accouché dans une autre structure sanitaire

Tout couple mère-enfant dont les dossiers ont été inexploitables

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1 Prévalence du VIH chez les mères séropositives

Tableau 1 prévalence du VIH chez les mères séropositives.

SÉROLOGIE	EFFECTIF	%
POSITIVES	62	1,28
NEGATIVES	4763	98,72
TOTAL	4825	100,0

De janvier 2021 à mai 2024, la maternité des Cliniques Universitaires de Lubumbashi à enregistre 4825 accouchements. 62 était séropositive au VIH soit un taux de prévalence de 1,28%

Nous avons inclus 62 nourrissons nés de mères séropositives avec une sérologie après prélèvement de PRC au moins une fois et les résultats étaient disponibles aux CUL.

III.2 caractéristiques sociodémographique

a. Répartition de femmes enceintes séropositives selon leurs tranches d'âge

Ces résultats indiquent que majorité de femmes séropositives a un âge supérieur à 36 ans c'est qui représente 44% de femmes et dont la moyenne est de 30 ans et les extrêmes sont 18 et 42 ans.

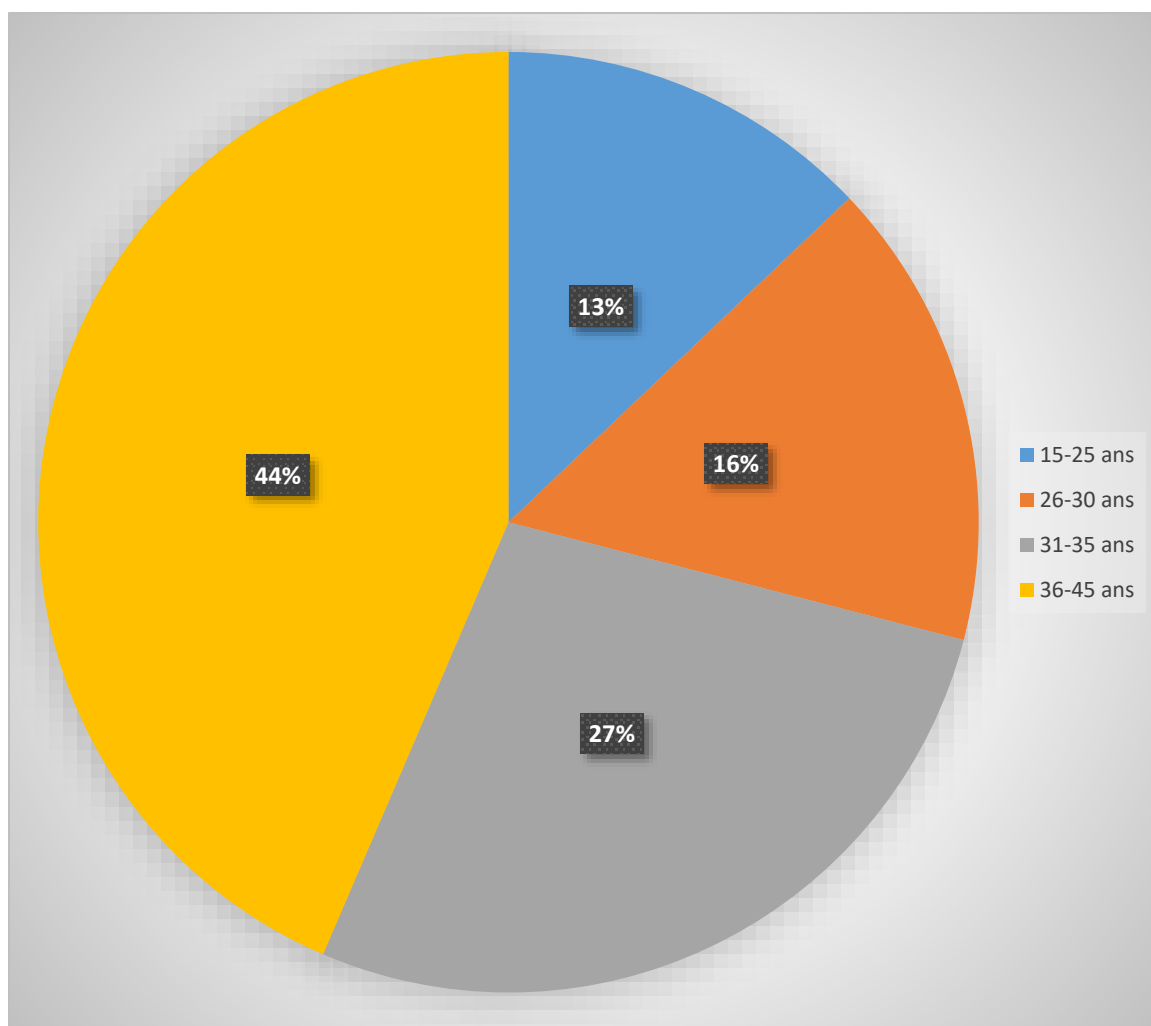


Figure 2 Répartition des femmes enceintes selon leurs tranches d'âge

b. Répartition selon la parité

Tableau 2 répartition selon la parité.

Classe de parité	effectif	Pourcentage
Multipare	51	82,26
Nullipare	6	9,68
Primipare	5	8,06

Total	62	100
-------	----	-----

En rapport avec la parité, nous avons remarqué que la classe de multipare était majoritaire et représentait 82,26%, la classe primipare est représentée 8,06% et nullipare 9,68%.

C. Répartition des femmes enceintes selon leurs provenances

Tableau 3 répartition selon la provenance.

Communes	Effectifs	Pourcentage
Annexe	12	19,4
Kampemba	6	9,7
Katuba	9	14,5
Kamalonda	4	6,5
Kanya	3	4,8
Lubumbashi	25	40,3
Rwashi	3	4,8
Total	62	100,00

Ce tableau démontre que les femmes enceintes provenaient de presque toutes les communes, d'où la majorité était de la commune de Lubumbashi qui présente un taux de 40,3%.

d. Répartitions selon la profession

Tableau 4 répartition selon la profession.

Profession	effectifs	%
Fonctionnaire de l'état	3	5
Privé	19	30
Ménagère	37	60
Sans profession	3	5
TOTAL	62	100.0

Ce tableau indique que la majorité des femmes enceintes séropositives avait la profession ménagère, représentant un taux de 60%.

e. Etat civil

Le résultat de cette Figure indique que les mariées étaient représentées à 94% et plus exposées que les non mariées qui sont représentées par 5%.

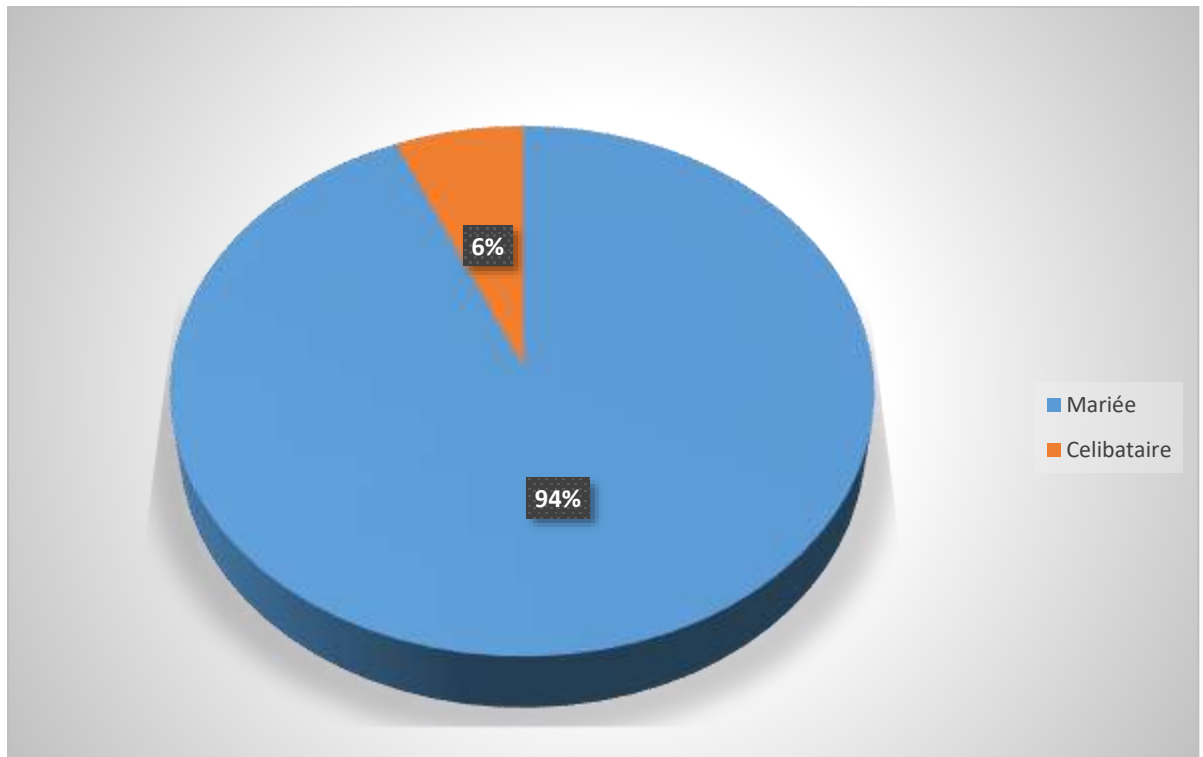


Figure 3 répartition selon l'état civil

III.3 caractéristiques cliniques et para cliniques

a. Répartition de femmes enceintes séropositives ayant fréquenté la PTME selon l'âge de la grossesse

La majorité de femmes enceintes avaient consulté les services de PTME au troisième trimestre soit 61% de la représentation.

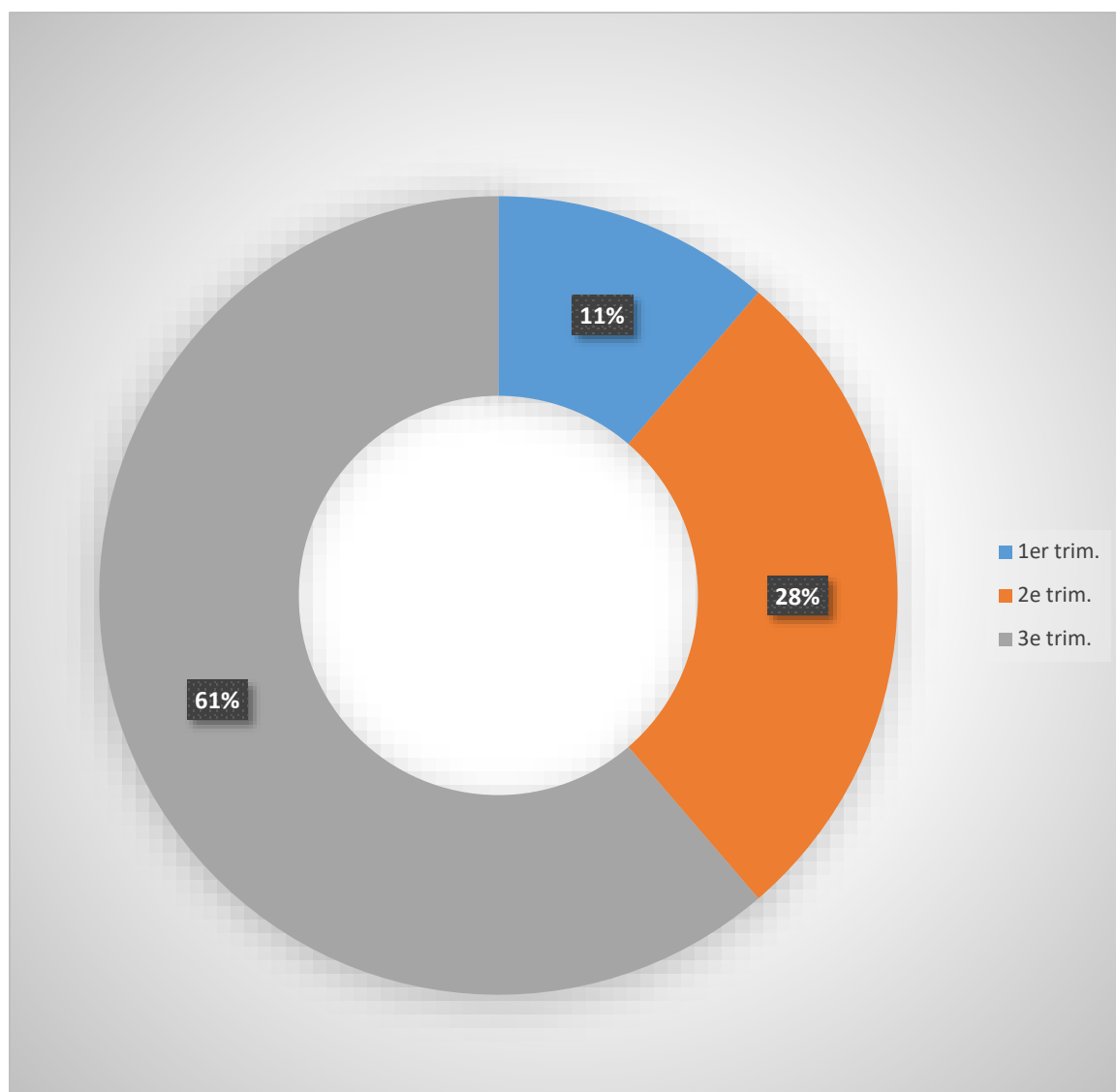


Figure 4 Répartition de femmes enceintes selon l'âge de la grossesse

b. Répartition de femmes enceintes selon leur CV

Tableau 5 Répartition en fonction de la charge virale.

Charge virale	effectif	Pourcentage
Indétectable	36	58,1
<400 copies/ml de sang	7	11,3
≥400 copies/ml de sang	19	30,6
total	62	100,0

Le résultat de ce tableau indique que 58,1% des femmes enceintes VIH+ avaient une charge virale indétectable, 11,3% avaient une CV inférieure à 400 copies par millilitre de sang et 30,6 une CV supérieure ou égale à 400 copies par millilitre de sang.

c. Répartition de femmes enceintes selon les molécules administrées

Tableau 6 Molécule utilisée.

molécules	effectif	pourcentage
Tld	62	100
total	62	100,0

Le résultat de ce tableau indique que le TDL était la seule molécule administrée comme TARV.

d. Mode d'allaitement

Tableau 7 mode d'allaitement.

mode d'allaitement	effectif	pourcentage
Allaitement mixte	16	26
Allaitement artificiel	5	8
allaitement maternel exclusif	41	66
total	62	100.0

La majorité de femme avait pratiquée un allaitement maternel exclusif soit 66% des femmes.

e. Répartition selon l'âge gestationnel

Tableau 8 Répartition selon l'âge gestationnel.

Age gestationnel	effectif	Pourcentage
22-36 SA	4	6,45

≥36 SA	58	93,55
Total	62	100.0

Ce résultat nous montre que 93,55% des accouchements étaient à termes.

III.4 Caractéristiques du nouveau née

a. Répartition des NN en fonction de leurs poids

Tableau 9 Répartition de NN en fonction de leurs poids.

Tranches de poids	Effectif	Pourcentage
1000-2000 g	1	1,61
2000-3000 g	32	51,61
3000-4000 g	18	29,03
4000-5000 g	11	17,74
Total	62	100

Ce tableau indique que les NN dont le poids est entre 2 et 3 Kg est de 51,61% ce qui représente la majorité.

b. Répartition de NN selon leurs statuts sérologiques

Tableau 10 Répartition de NN selon leurs statuts sérologiques

Statut sérologique	Effectif	%
VIH -	60	97

VIH +	2	3
TOTAL	62	100

Les résultats de ce tableau indiquent que la sérologie est à 3% sur l'ensemble de 62 NN soit le taux de transmission de 3%.

CHAPITRE IV. DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée sur une période allant de janvier 2021 à mai 2024 et nous avons pour objectif de déterminer l'efficacité de la PTME aux cliniques universitaires de Lubumbashi.

IV.1 prévalence

Sur un total de 4825 accouchements enregistrés à la maternité des Cliniques Universitaires de Lubumbashi sur une période allant de janvier 2021 à mai 2024, 62 accouchées étaient séropositives au VIH soit une prévalence de 1,28%.

IV.2 Caractéristiques sociodémographiques

a. Age

Il est important de préciser que l'âge moyen était de 30 ans avec les âges extrêmes 18 et 42 ans, la classe de 36-45 ans était la plus représentée soit 44% des femmes séropositives. Nos résultats étaient similaires à celui de Kimbala Julien (38) sur une étude faite dans 6 maternités dans la ville de Lubumbashi portant sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH, avait trouvé un âge moyen de 30,1ans.

ONUSIDA, démontre qu'en Afrique noire quatre nouvelles infections sur cinq parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans sont de sexe féminin. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec VIH que les hommes.

b. Etat civil

Nous avons remarqué les mariées sont plus exposées à l'infection du VIH c'est qui représente 94% des femmes séropositives. Nos données sont largement supérieures à celles de FATUMA (37) qui a trouvée 68,42% représentant les femmes mariées séropositives ; ces résultats sont

dus aux faits que les mariées ont souvent des rapports sexuels non protégés et que la majorité des femmes en Age de procréer sont marié dans le contexte africain.

c. Parité

La majorité de femmes séropositives était multipare soit 82,26% ; nos données sont supérieures à celles de FATUMA qui a trouvé un taux de 71,05% (37) et CHRISTELLE en a trouvé celui de 71,51% des femmes séropositives multipares (41). Ceci est prouver par le fais que la majeure partie des séropositives sont en plein activités génital.

IV.3 Caractéristiques cliniques et para cliniques

a. Age de la grossesse

Quant à ce qui concerne la fréquentation des femmes séropositives aux services de PTME selon l'âge de la grossesse, nos études démontre que la majorité des femmes enceinte on consulter ces services (PTME) au troisième trimestre avec un taux de 61%, pour le premier et deuxième trimestre représente respectivement 11% et 27%.

b. Age gestationnel

La majorité des femmes on mener leurs grossesses à terme soit un taux de 93,55%. Ce taux est similaire à une étude faite au Mali par BAGAYOGO qui à trouver un taux de 97,2% (34) des femmes ayant conduit leurs grossesses à terme, par contre ces résultats sont largement supérieure à ceux trouver par DOUMBIA D qui à trouver un taux de 80,56% soit un taux de prématurés qui s'élevé à 19,44% (35).

c. Charge virale

La charge virale était indétectable dans la majeure partie soit 58,1%, ce taux s'expliquerait par le fait que la majorité de ces femmes était déjà le TARV avant la grosse donc ces dernières connaissaient déjà leurs statuts sérologiques avant d'aller à la PTME.

d. Molécules administrée

La molécule utiliser aux cliniques universitaires étais le TLD, selon nos études, seul le TLD était prescrit chez les femmes séropositives représentant un taux de 100% par contre dans la zone de santé de KISANGA les molécules utilisées étaient TDF+3TC+EFV et

AZT+3TC+EFV qui ont représentés respectivement 91,4 et 8,6% dans l'étude de Nyembo John (31).

e. Mode allaitement

Nos études démontrent que l'allaitement mixte représente 16% et l'allaitement artificiel démontre un taux de 8%, d'où la majorité des femmes ont opté pour l'allaitement exclusif qui représente 66% à titre de comparaison Christelle Mubherhwa avait trouvé un taux de 77,89 pour l'allaitement exclusif et 5,77% et 16,35% représentant respectivement l'allaitement mixte et artificiel (41).

IV.4 Caractéristiques du nouveau née

a. Prévention de l'infection chez les nouveaux nées

Nous avons constaté un effectif de 2 NN séropositifs, soit un taux de transmission de 3% sur 62 accouchement de femmes séropositives.

Le taux de .Par contre (Ngwej et al. 2015) avait trouvé un taux de transmission de 12,7% dans Etude de facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la stratégie « option A » à Lubumbashi, République Démocratique du Congo en 2015 transmission de transmission d'une TME VIH varie d'une région à une autre au sein d'un même pays et d'un continent à l'autre, une étude menée par NYEMBO MALIMBWA John 2016 dans la zone de santé de kisanga dans la ville de Lubumbashi avait trouvé un taux de transmission de 5,7% dans l'étude de la prévention de la transmission de VIH de la mère à l'enfant « l'option B+ »(31)(34).

Notre étude montre que le taux cliniques universitaires de Lubumbashi 4,38% celui-ci serait attribuable à l'augmentation de connaissances de la population en matière de moyen de prévention de l'infection à VIH. taux de transmission est inférieur à celui trouvé par Christelle (41)

b. Poids de NN

En rapport avec les poids de naissance des enfants nées des mères séropositives, les poids compris entre 2000g et 3000g et entre 3000g et 4000g étaient représentatifs respectivement à 51,61% et 29,03% ces résultats étaient comparables à ceux du sénégalais Diouf (39) qui étaient de 35,7% et 33,33% respectivement pour les poids compris entre 3000g et 3500g et 3000g au Sénégal.

CONCLUSION

L'infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine constitue un problème de santé publique et représente la principale source de l'infection chez l'enfant.

L'abandon de la prophylaxie TARV intrapartale au profit de la mise sous TARV à vie de toutes les gestantes quel que soit le taux de CD4 (option B+) a un effet positif dans le suivi des couples mère enfant.

Il ressort au terme de notre étude que :

- La prévalence de séropositivité VIH chez les femmes enceintes était de 1, 28%.
- Les caractéristiques Socio démocratiques : l'âge des accouchées séropositives variait entre 18 et 42 ans, avec une moyenne de 30 ans ; 82,26% étaient multipare ; la majorité des femmes enceintes provenaient de la commune de Lubumbashi avec un taux de 40,3%; 60% des femmes étaient ménagères ; 94% des cas était mariées.
- Les caractéristiques cliniques et para cliniques : la majorité des femmes séropositives consultaient le service de PTME au troisième trimestre soit 61% de la représentation ; 58,1% des femmes enceintes VIH+ avaient une charge virale indétectable ; 11,3% avaient une CV inférieure à 400 copies par millilitre de sang et 30,6% une CV supérieure ou égale à 400 copies par millilitre de sang ; TDL était la seule molécule administrée comme TARV ; la majorité pratiquait l'allaitement maternel exclusif soit 66% des femmes ; 93,55% des accouchements étaient à termes
- Caractéristiques des nouveaux nés : les NN dont le poids est entre 2 et 3 kg est de 51,61%; la sérologie est à 3% sur l'ensemble de 62 NN soit le taux de transmission de 3%

Références

1. World Health Organization. Recommendations for a public health approach. WHO Press; 2010. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants.
2. Ciaranello AL, Perez F, Keatinge J, Parc JE, Engelsmann B, Maruva M, Walensky RP, Dabis F, Chu J, Rusibamayila A, Mushavi A, Freedberg KA. What Will It Take to Eliminate Pediatric HIV? Reaching WHO Target Rates of Mother-to-Child HIV Transmission in Zimbabwe: a model-based analysis. *PLoS Med.* 2012;9(1):e1001156.
3. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA.* 2000;283(9):1175–82.
4. Barcellos C, Acosta LM, Lisboa E, Bastos FI. Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. *Rev Saude Publica.* 2009;43:1006–1013.
5. Frange P, Blanche S. VIH et transmission mère-enfant. *Presse Med.* 2014;43(6 Pt 1):691–7.
6. World Health Organization. Operational plan 2014-2015. Geneva: WHO; 2014. Apr, HIV programme: Achieving our goals.
7. PNLS. Kinshasa : PNMLS ; 2010. Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2009.
8. PNMLS. Kinshasa : PNMLS ; 2010. Rapport national de suivi de la déclaration d'engagement (UNGASS) 2010.
9. Chengé M, Van der Vennet J, Porignon D, Luboya N, Kabyla I, Criel B. La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo, Partie II: analyse des activités opérationnelles des structures de soins. *Glob Health Promot.* 2010;17(3):75–84.
10. Kateng M. Lubumbashi : PNMLS ; 2011. Rapport de la coordination de la prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant du Katanga.
11. WHO and UNAIDS. HIV in Pregnancy: A Review; 1998. Accessible sur http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub01/jc151-hiv-in-pregnancy_en.pdf
12. PNLS : Guide et pratique de prise en charge du VIH/SIDA 2016
13. OMS, ONUSIDA:lignes directrices pour la surveillance du VIH chez la femme enceinte en consultation prénatales 2015..
14. Car tudor, « “Integrating Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission (PMTCT) Programmes with Other Health Services for Preventing HIV Infection and Improving HIV Outcomes in Developing Countries.” In Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 2011.
15. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Anita Hardon A. Barriers to access prevention of mother-to-child transmission for HIV positive women in a well-resourced setting in Vietnam. *AIDS Research and Therapy.* 2008 ; 5:7.
16. Bajunirwe F, Muzoora M. Barriers to the implementation of rograms for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a cross-sectional

- survey in rural and urban Uganda. *AIDS Research and Therapy*. 2005;2: 10.
17. Azoumah KD, et al. Bilan de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH-SIDA à l'hôpital de Bé à Lomé *J Pediatr Pueric*. 2011 ;24 :1–7.
 18. T. AL, « Amélioration de La Qualité de La Prévention de La Transmission Du VIH de La Mère à Enfant En Côte D ' Ivoire Improvement of the Quality of Prevention of Mother-to-Child Transmission in Côte D.” *Santé Publique* », 2013.
 19. Gilbert et al: Perception on prévention of mother-to-Child-transmission (PMTCT) of HIV among women of reproductive âge group in Oshogbo, South western Nigeria 1980
 20. Ka AS, et al. XIXème rencontre francophone de pédiatrie-JPP. Paris : 2005. Prévention de la transmission mère enfant du VIH : expérience de l'hôpital principal de Dakar.
 21. Azoumah KD, et al. Bilan de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH-SIDA à l'hôpital de Bé à Lomé *J Pediatr Pueric*. 2011 ;24 :1–7.
 22. OMS-Mise-a-jour-programmatique-utilisation-des-antiretroviraux-pour-traiter-la-femme-enceinte-et-prevenir-linfection-a-VIH-chez-le-nourrison-2012
 23. OMS : utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH 2013.
 24. Criel B et al: How do supply-side factors influence informal payments for healthcare The case of HIV patients.
 25. OMS. Mise à jour programmatique. 2012. Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; p. 48.
 26. diouf a. prévention de la transmission mère- enfant du vih en milieu hospitalier à dakar. *journal de la sago*. 2005 ; 6(1) :13–20.
 27. PNLS. Revue nationale sur l'évolution de l'option B+. 2014 ;
 28. CMIT. Maladies infectieuses tropicales. 2016 ;
 29. M de la santé publique. Plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du maintien des mères en vie. PNMLS. 2017 2012 ;
 30. Le Coeur S, Kanshana S, Jourdain G. [HIV-1 transmission from mother to child and its prevention]. *Med Trop Rev Corps Sante Colon*. 2003;63(4-5):381-90.
 31. nyembo malimbwa john. prevention de la transmission de l'infection a vih de la mere a l'enfant : efficacite de l'option therapeutique b+ dans la zone de kisanga. (2013-2016).
 32. ONUSIDA. Prévention de la transmission du vih de la mère à l'enfant : Options stratégiques. 1999; Disponible sur: <http://www.unaids.org>

33. Legardy-Williams JK, Jamieson DJ, Read JS. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: the role of cesarean delivery. Clin Perinatol. déc 2010;37(4):777-85, ix.
34. bagayogo a. 2004. « prise en charge des femmes enceintes infectées par le vih dans le service de gynecologie-obstetrique de l'hôpital gabriel touré à propos de 72 cas ».
35. doumbia d. 2008. « prévention de la transmission mère enfant du vih à propos de 214 cas dans le service de gynecologie et d'obstetrique »
36. Ngwej, Dieudonné Tshikwej, Olivier Mukuku, Rachel Mudekereza, Eugénie Karaj, Etienne Bwana Fwamba Odimba, Oscar Numbi Luboya, Jean-Baptiste Sakatolo Kakoma, et Stanis Okitotshio Wembonyama. 2015. « Etude de Facteurs de Risque de La Transmission Du VIH de La Mère à l'enfant Dans La Stratégie « option A » à Lubumbashi, République Démocratique Du Congo ». Pan African Medical Journal 22 (1). <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.18.7480>.
37. fatuma kalunga immaculée. 2019. « prévention de la transmission du vih de la mère à l'enfant ».
38. kimbala J et al. 2012. « Transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi : leçon à tirer des résultats de 6 maternités. Medecine d'Afrique noire », 2012.
39. diouf a et al. 2005. « prévention de la transmission mère- enfant du vih en milieu hospitalier à dakar. journal de la sago.. », 2005.
40. PNLs. 2014. « Revue nationale sur l'évolution de l'option B+ », 2014.
41. muberhwa christelle. 2017. « prévention de la transmission du vih de la mère à l'enfant ».
42. . mandelbrot l. 1999. « particularité de la grossesse séropositives pour le vih. la lettre du gynécologue », 1999.
43. ONUSIDA. fiche d'information ,journée mondiale du SIDA , statistiques mondiale sur VIH .2019

