

*Article original*

**Impact de la crise sociopolitique sur la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH dans une des régions du septentrion malien**

Impact of the socio-political crisis on the care of pregnant women living with HIV in one of the northern regions of Mali

BS Kéita\*<sup>1</sup>, M Kéita<sup>2</sup>, M Traoré<sup>3</sup>, D Samaké<sup>4</sup>, I Konaté<sup>7</sup>, M Cissoko<sup>5</sup>, GM Dao<sup>5</sup>, D Sangaré<sup>5</sup>, D Goita<sup>3</sup>, AA Oumar<sup>6</sup>, S Dao<sup>7</sup>

**Résumé**

Introduction et objectif : L'Afrique subsaharienne, zone de prédilection de crise sociopolitique. Au Mali, à cause de la crise politico-sécuritaire qui sévit notamment dans les trois régions du nord (Gao, Tombouctou et Kidal), l'Enquête Démographique et de Santé du Mali V (EDSM V) n'a pas pu être réalisée dans ces régions. Cette insécurité reste un problème majeur d'accès au service de santé pour la population surtout pour les personnes vivant avec le VIH avec en tête les femmes enceintes par manque de service de santé efficient voir inadéquat dans la prise en charge du VIH/sida. Ainsi nous nous proposons à travers cette étude rétro prospective et descriptive au CSRéf de DIRE dans le région de Tombouctou, localité située dans le septentrion malien afin d'évaluer la prise en charge des femmes séropositives en âge de procréer dans un contexte de crise sociopolitique et sécuritaire.

Conclusion: la crise sociopolitique et sécuritaire limite l'accès aux soins de façon continue et entraine une augmentation de la prévalence de l'infection à VIH/Sida.

Mots-clés : VIH, crise sociopolitique, procréation, insécurité.

**Abstract**

Introduction and purpose: Sub-Saharan Africa, a favorite socio-political crisis zone. In Mali, because of the political and security crisis that is particularly prevalent in the three northern regions (Gao, Timbuktu and Kidal), the Mali Demographic and Health Survey V (EDSM V) could not be carried out in Mali. these regions. This insecurity remains a major problem of access to the health service for the population, especially those living with HIV, because of a lack of an efficient health service or an inadequate service in the management of HIV / AIDS. Thus, we propose through this retro-prospective and descriptive study to CSRéf de DIRE locality located in the north of Mali to evaluate the care of HIV-positive women of reproductive age in a context of socio-political and security crisis.

Conclusion: the socio-political and security crisis limits access to care on an ongoing basis and leads to an increase in the prevalence of HIV / AIDS infection.

Keywords: HIV, socio-political crisis, procreation, insecurity.

## **Introduction**

Au début des années quatre-vingt, l'irruption d'une nouvelle maladie mystérieuse qu'est l'infection à VIH créa un bouleversement scientifique, tant dans le domaine de la virologie que dans les domaines de l'immunologie et de la clinique. Et nul ne savait encore à cette date que 30 ans après, cette infection constituerait une hypothèque de santé publique dans le monde [1]. En 2013 plus de 35 millions de personnes vivaient avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont 2,1 millions de nouvelles infections dans le monde [2]. Cinquante-quatre pour cent (54%) des adultes vivant avec le VIH sont des femmes. Les jeunes femmes représentent plus de 60% des jeunes touchés par le VIH à l'échelle mondiale [3]. En décembre 2012 plus de neuf cent mille femmes vivant avec le VIH dans le monde ont bénéficié d'une prophylaxie ou d'un traitement antirétroviral et 260 000 nouvelles infections ont été détectées chez les enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire [4].

Dans les 21 pays d'Afrique subsaharienne considérés comme prioritaires sur le plan mondial, 65% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant [2]. Les femmes et les filles constituent 58% des africains subsahariens vivants avec le VIH et le sida [3]. On estime qu'à chaque heure 50 nouvelles jeunes femmes sont infectées par le VIH dans le monde [4]. Si les femmes vivent plus longtemps ce n'est pas nécessairement en bonne santé mais la santé des femmes pendant les périodes de fécondité (15 à 49 ans) est importante non seulement pour elles, mais aussi pour la génération future. Au niveau mondial, le VIH et le sida est la première cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer. Les fillettes et les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH en raison d'une combinaison de facteurs biologiques et d'inégalités liées au sexe. En particulier dans les sociétés où les femmes n'ont guère de possibilité de s'informer, de se protéger ou d'obtenir de leurs partenaires d'être moins exposées au VIH [5]. La contamination de l'enfant se

fait pendant la grossesse et particulièrement en fin de grossesse, pendant l'accouchement et l'allaitement. Elle ne se fait pas de façon automatique car le degré de contamination dépend du niveau de l'atteinte maternelle, du terme de la grossesse et du mode d'accouchement. Le taux de contamination est de 25 à 30 % sans aucun traitement ; une bonne prise en charge de la mère peut ramener ce taux à moins de 5% voir l'annuler. La contamination du fœtus à naître est une grande injustice et un non-respect des droits de l'enfant. C'est pourquoi toute femme en âge de procréer qui souhaite faire un bébé doit accepter de faire un certain nombre d'examen biologiques particulièrement la sérologie VIH [6]. Au Mali, l'EDSM V de 2012-2013 qui n'a pas pu se faire dans les trois régions du nord (Gao, Tombouctou et Kidal), montre que 1,1% des adultes âgés de 15 à 49 ans sont séropositives et le taux de séroprévalence chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,3 % alors que celui des hommes de la même tranche d'âge est de 0,8% [7]. Au 31 décembre 2012, quatre-vingt-cinq sites de traitement et 347 sites de prévention de la transmission mère-enfant étaient fonctionnels sur toute l'étendue du territoire nationale, et le nombre d'enfant infectés était de 16 000 en 2013 [7,8]. Une réduction de la transmission mère-enfant par le développement des régimes de traitement antirétroviral efficaces dont l'accès est gratuit au Mali depuis 2004 et l'utilisation des techniques d'assistance à la procréation ont suscité le désir d'enfant chez les personnes vivantes avec le VIH. Ce désir d'enfant est très présent chez les femmes infectées par le VIH, qui se traduit souvent par une prise de risques importants : transmission au partenaire et/ou à l'enfant. Pour la femme séropositive au VIH, l'espoir est d'avoir un enfant sain [9]. Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge des femmes séropositives en âge de procréer au centre de santé de référence de DIRE pendant la période de la crise sociopolitique au Mali.

## **Méthodologie**

Notre étude s'est déroulée dans le cercle de DIRE au

centre de santé de référence de DIRE dans la région de Tombouctou au Mali. DIRE est une préfecture de la région de Tombouctou.

Il s'agissait d'une étude rétro-prospective et descriptive allant du 1er novembre 2014 au 31 octobre 2015 et qui a concerné toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans infectées par le VIH suivies au Centre de Santé de Référence de DIRE consentantes à l'étude ayant été suivies pour consultation prénatale (CPN) et/ou consultation post natale (CPON). L'échantillonnage a été de type exhaustif. Les variables étudiées étaient : les caractères sociodémographiques, le statut sérologique, la mesure du désir d'enfant, les connaissances et attitudes sur le VIH, les difficultés liées à la prise en charge et le devenir des patientes à travers une fiche d'enquête individuelle. Nous avons l'obtenu l'autorisation du médecin chef pour l'exploitation des données. La saisie des données a été faite avec Excel 2007 et l'analyse a été effectuée avec le Logiciel Epi info version 3.5.4.

## Résultats

Durant cette période, nous avons dépisté 1741 patientes dont 28 cas positifs. L'échantillon de l'étude était 42 patientes, composées de 23 nouvelles et 19 anciennes suivies sous ARV pendant la période d'étude, car 5 patientes ne répondaient pas à notre critère d'inclusion.

### Situations sociodémographiques :

La tranche d'âge de 15 à 24 ans a été la plus représentée soit un taux de 40,48%. Les femmes habitantes en zone rurale ont été les plus représentés soit un de 50% (figure 1)

### Statut sérologique :

La plupart de nos patientes ont été dépistées lors d'une consultation générale soit 62%. Le VIH1 a été le type le plus représenté soit 97,62% des types.

### L'affirmation du désir d'enfant :

Le désir d'enfant a été exprimé chez 66,67% des patientes. La crainte d'avoir un enfant infecté et le nombre d'enfant souhaité ont été les raisons les plus représentées soit un taux de 28,57% dans chaque cas

(tableau I)

### Connaissances et attitudes :

L'importance du port du préservatif n'était pas connue dans 61,90% par des patientes. Le préservatif masculin n'était pas utilisé dans 76,19% par des patientes. Le rejet du préservatif par les patientes elles-mêmes était la raison la plus évoquée par 43,75% (figure 2)

### Difficultés liées à la prise en charge :

Le rendez-vous était respecté par 66,67% des patientes. L'insécurité a été la raison la plus évoquée soit un taux de 35,71% des cas (figure 3)

### Devenir des patientes :

23,81 de nos patientes ont été perdues de vue (tableau II)

Tableau I : Répartition selon les raisons du non désir d'enfant

Raison du non désir d'enfant	Effectif	Fréquence(%)
Absence de partenaire	1	7,14
Age avancé	2	14,29
Crainte d'avoir un enfant infecté par le VIH	4	28,57
Manque de moyen	3	21,43
Nombre d'enfant suffisant	4	28,57
Total	14	100,00

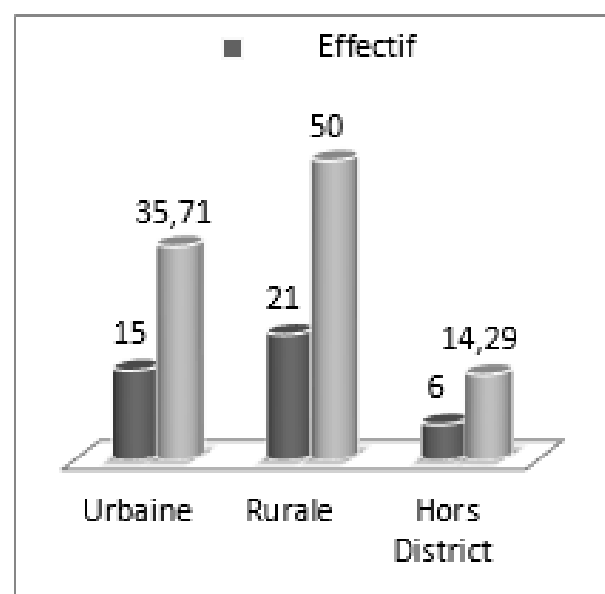


Figure 1 : Répartition en fonction de la résidence

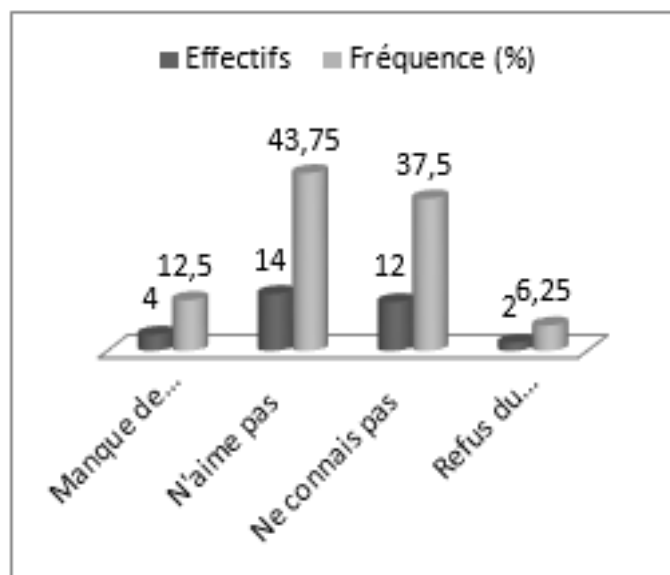


Figure 2 : Répartition des patientes selon les raisons de non-usage du préservatif

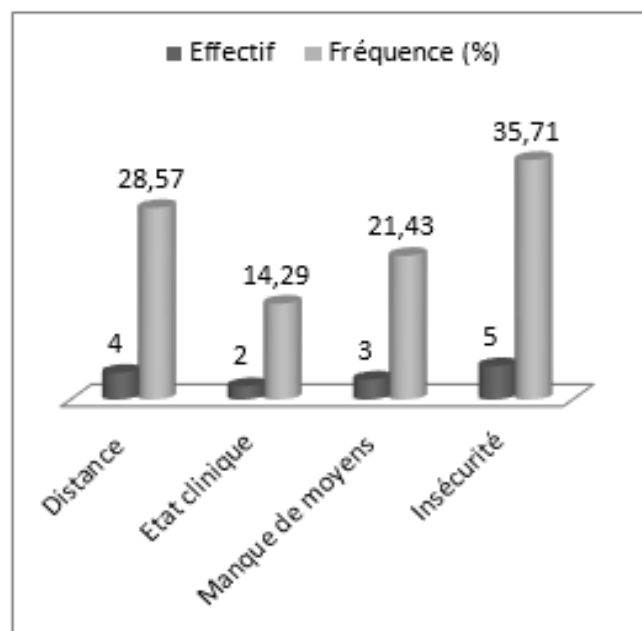


Figure 3 : Répartition selon les raisons du non-respect des rendez-vous

Tableau II : Répartition selon leur devenir

Devenir des patientes	Effectif	Fréquence(%)
Poursuite du traitement	27	64,29
Perdues de vue	10	23,81
Décédées	3	7,14
Transférées	2	4,76
Total	42	100,00

## Discussion

### Sur le plan sociodémographique :

La prévalence du VIH dans notre étude a été de 2,41% chez les femmes de 15 à 49 ans vues en CPN/CPON. Ce taux est supérieur à celui du taux national qui est de 1,3% pour la même tranche d'âge selon l'EDS V [7] qui n'a pas pris en compte les trois régions du Nord frappées par la crise sociopolitique et sécuritaire (Gao, Tombouctou et Kidal). Ceci peut s'expliquer par le faible accès aux soins lié à l'insécurité (fermeture des structures de santé, redéploiement du personnel qualifié et l'absence d'organisation pour la gestion des activités du centre).

La tranche d'âge de 15 à 24 ans était la plus touchée avec un taux de 40,48% contrairement au résultat de Dabo [10], qui avait trouvé 46% pour la tranche d'âge de 26 à 49 ans. Ceci peut s'expliquer par notre milieu d'étude avec le contexte de crise socio-sécuritaire où l'éducation sexuelle des jeunes filles semble être abandonnée par les parents face au désir de mieux vivre des jeunes filles mais également l'abandon de la zone par les acteurs œuvrant dans la santé sexuelle et reproduction.

### Statut sérologique :

Le statut sérologique de la plupart de nos patientes a été découvert à travers des signes cliniques avec un taux de 62% de l'échantillon. Ceci peut s'expliquer par l'absence de service de prise en charge du VIH/sida.

Le VIH 1 a été majoritairement représenté avec un taux de 97,62% contre 2,38% de VIH 1 + 2. Aucun cas de VIH 2 n'a été retrouvé. Dao G M. [11] avait trouvé un résultat similaire avec 92,7% pour le VIH 1, 5,5% pour le VIH 1+2 et 1,8% pour le VIH 2. Ces résultats prouvent que le VIH 1 est plus répandu.

### Mesure du désir d'enfant :

La proportion de femme désirant un enfant était de 66,67% de l'échantillon. Ce taux est inférieur à celui de Dao I. [9] qui avait trouvé 70% de désireuse d'enfant. Ce résultat s'explique par le fait que notre étude a concerné uniquement les femmes et que la tranche d'âge la plus infectée était la population jeune

en pleine activité sexuelle avec un taux de 40,48% des cas.

Dans notre étude, la hantise d'avoir un enfant infecté et le nombre d'enfant souhaité étaient les raisons les plus évoquées du non désir d'enfant avec un taux de 28,57%.

Ce résultat est comparable à celui de Traore et al [12] qui avait trouvé 34,6% de non désirants d'enfant parce qu'il avait un nombre suffisant d'enfant et 21,6% qui avaient peur d'avoir un enfant infecté.

#### *Connaissances et attitudes :*

Dans notre échantillon, 61,90% ignoraient l'importance du port du préservatif et celles qui utilisaient régulièrement étaient de 9,52% contre 76,19%. Cette méconnaissance majoritaire a été constatée par Traore et al [12] qui avait trouvé un taux de 93% ignorant l'importance du port du préservatif, contre 12,4% d'utilisateurs réguliers et 24,6% qui n'avaient jamais utilisé de préservatif.

Le rejet du préservatif était la raison la plus évoquée avec 43,75% des cas et le refus du partenaire était de 6,25%. Cela pourrait s'expliquer par l'ignorance de l'importance du port du préservatif et le départ de partenaires intervenant dans le volet CCC à cause de l'insécurité.

#### *Difficultés liées à la prise en charge :*

L'accueil étant l'un des éléments fiables du respect des rendez-vous, toutes nos patientes étaient bien accueillies par les prestataires de soins et le mode d'emploi des traitements ARV était connu par toutes. Malgré le bon accueil, les rendez-vous n'étaient pas respectés par 33,33% de l'échantillon et la raison la plus évoquée était l'insécurité par 35,71% des patientes. Ces raisons reflètent la réalité du terrain marquée par des difficultés dans le déplacement (longue distance entre les localités et multiples traversées) et l'insécurité. Ce même résultat a été constaté par Coulibaly [13] dans leur étude au nord du Mali. Ce même constat a été fait par Clark et al dans leur étude [[14]

#### *Devenir des patientes :*

Nous avons constaté une poursuite du traitement par 64,29% de nos patientes et 23,81% de l'échantillon

étaient perdues de vue à la fin de l'étude. Ce taux est plus que le double du taux acceptable en matière de perdues de vue. Cela s'explique par l'instabilité de la population et le contexte sécuritaire de la zone. Coulibaly avait trouvé le même résultat [13] dans leur étude.

## **Conclusion**

Avec une prévalence du VIH de 2,41% et un taux de perdus de vue de 23,81% nous pouvons conclure que la crise sociopolitique et sécuritaire limite l'accès aux soins de façon continue entraînant une augmentation de la prévalence de l'infection à VIH/Sida.

---

## **\*Correspondance :**

Bakary Sayon Keita

[bakarysayonkeita@yahoo.fr](mailto:bakarysayonkeita@yahoo.fr)

## **Disponible en ligne : 12 Août 2021**

- 1 : Service de médecine, Hôpital Fousseyni Dao de Kayes
- 2 : CHU Mère-Enfant « Le Luxembourg », Bamako
- 3 : Service de médecine interne Hôpital de Sikasso
- 4 : Service de médecine de l'hôpital Sominé Dolo, Mopti, Mali
- 5 : Centre de Santé de Référence de Diré
- 6 : Centre de recherche et de formation sur le VIH / tuberculose- Université des Sciences, des Technologies et des Techniques de Bamako (USSTB) Point G, Bamako, Mali.
- 7 : Service des maladies infectieuses du CHU Point G

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## **Références**

- [1] Katlama C. VIH et SIDA, 2ème édition : prise en charge et suivi du patient ; introduction ; 2008 ; P 1
- [2] ONUSIDA Fiche d'information. 2014
- [3] ONU FEMMES. Quelques faits et chiffres. [www.unwomen.org](http://www.unwomen.org), consulté le 11/02 /2015 à 11h20, P 1
- [4] ONUSIDA. Le sida en chiffres. 2013
- [5] OMS. Résumé d'orientation : Les femmes et la santé (la réalité d'aujourd'hui et le programme de demain). WHO/

IER/STM.09. 2009

- [6] [www. Cliniqodyssee.Com/Sida-Mere-Enfant- Prevention-Transmission.Htm](http://www.Cliniqodyssee.Com/Sida-Mere-Enfant-Prevention-Transmission.Htm). Consulté le 12/02/2015 à 16h20, P 1.
- [7] INFO-STAT/CPS Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique/Instant/Ministère De l'Économie et des Finances, Et ICF International. Enquête démographique et de santé Mali-V, EDS M-V : Prévalence du VIH et facteurs associés. 2012-2013, P 245.
- [8] [www.unaids.org/contrie/mali](http://www.unaids.org/contrie/mali) : ONUSIDA Consulté le 17/02/2015.
- [9] Dao I. Désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH à Bamako [thèse], Med. Bamako : FMPOS, 2011.
- [10] Dabo A. Connaissances, attitudes, et pratiques comportementales des femmes en âge de procréer de Faladiè Banankabougou et Niamakoro en matière d'IST et de sida [thèse], Med. Bamako 2013 N : 13M273
- [11] Dao G M. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'infection à VIH et du Sida au Centre de Santé de Référence de Kolondièba [thèse], Med. Bamako 2011 N : 11M112
- [12] Traore Y, Dicko Traore F, Teguede I, Mounkoro N, Thera A, Sissoko A, et al. [Prevention of mother to child HIV transmission in an African hospital, Bamako-Mali]. *Mali Med.* 2011;26(1):18-22.
- [13] Coulibaly M. Évaluation des activités de médecine humanitaire en période de conflit armé dans le cercle de Niafunké au Mali Thèse Med Bamako 2015 [www.bibliosante.ml](http://www.bibliosante.ml)
- [14] Clark PA, Sillup GP, Capo JA. Afghanistan, poppies, and the global pain crisis. *Med Sci Monit.* 2010 Mar ;16(3):RA49-57.

### **Pour citer cet article**

BS Kéita, M Kéita, M Traoré, D Samaké, I Konaté, M Cissoko et al. Impact de la crise sociopolitique sur la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH dans une des régions du septentrion malien. *Jaccr Infectiology 2021; 3(1): 12-17*