

**LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS A LA TRANSMISSION DU VIH DE  
LA MÈRE A L'ENFANT  
CAS SPECIFIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE SAKE  
AFIA**

**RURAHOZE HABARURAMA VINCENT\***

**Résumé**

*L'une des voies de contamination du VIH est la transmission de la mère à son enfant. Elle s'effectue soit pendant la grossesse, lors du travail d'accouchement, à l'accouchement ou au cours de l'allaitement. Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est intégré au centre de santé AFIA SAKE avec un dispositif nécessaire à la prise en charge insuffisante englobant la communication avec les usagers, les intrants de dépistage, les soins prophylactiques, le suivi pendant et après accouchement. C'est dans le but de déterminer les facteurs liés à la transmission mère-enfant du VIH que cette étude a été menée, s'appuyant sur la méthode descriptive. Au bout des investigations, nous sommes aboutis aux conclusions suivantes : le risque de transmission du VIH de la mère séropositive à son enfant durant toute la période d'exposition est de 24,8% ; un enfant a un risque estimé à 7,5% d'être contaminé pendant la grossesse, lors de l'accouchement le risque est de 36,15% et lors de la période d'allaitement à 31%. Les facteurs de risque étant d'origine maternel, viral, fœtal, ainsi que des événements survenant pendant la grossesse, ce travail essaie de décrire ces événements les classant en trois périodes à savoir la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.*

**Mots clés :** *Facteurs de risque, transmission du VIH, la mère, l'enfant, SAKE AFIA*

**Abstract**

*One of the ways in which HIV is infected is mother-to-child transmission. It is done either during pregnancy, during delivery labor, childbirth, or while breastfeeding. The prevention program of HIV transmission from mother to child is integrated into the AFIA SAKE health center with the necessary system for insufficient care including communication with users, screening inputs, prophylactic care, follow-up during and after childbirth. This study was carried out with the aim of determining factors linked to mother-to-child transmission of HIV, using the descriptive method. At the end of the investigations, we reached the following conclusions: the risk of HIV transmission from the HIV-positive mother to her child during the entire exposure period is 24.8%; a child has an estimated risk of 7.5% of being contaminated. The risk factors being of maternal, viral, fetal origin, as well as events occurring during*

---

\* Assistant de 1er mandat à l'ISTM KILOTSHE, Nord-Kivu, RDC. Tél : +243993563329 ; Mail : [vrurahoze@yahoo.fr](mailto:vrurahoze@yahoo.fr)

*pregnancy, this work attempts to describe these events classifying them into three periods namely pregnancy, childbirth and breastfeeding.*

**Keywords:** Risk factors, HIV transmission, mother, child, SAKE AFIA

## 1. INTRODUCTION

**D**epuis son apparition, le VIH continue à faire de ravages dans le monde. Les dernières informations de l'ONU SIDA révèlent que 74.9 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie dont 32.0 millions de personnes décédées de suite de maladies liées au Sida. On comptait environ 37,9 millions de personnes vivant avec le VIH à la fin de l'année 2018 [1].

En 2015, à l'échelle mondiale, environ 17,8 millions de femmes (de 15 ans et plus) vivaient avec le VIH, représentant 51% de toute la population d'adultes vivant avec le VIH. Ce sont les jeunes femmes et les adolescentes de 15 à 24 ans qui sont particulièrement affectées [2].

Alors que les programmes et actions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH demeurent fragmentés, de nombreux projets verticaux sont en place. Il existe des programmes de prévention relatifs au VIH qui s'inscrivent dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), tels que la mise en œuvre de l'Option A, l'Option B ou encore B+. Il s'agit de différentes stratégies de mise sous traitement lors des périodes de transmission, dans les pays touchés par la pandémie [3].

En dépit de ces programmes, le taux de nouvelles transmissions verticales du VIH en Afrique avoisine, au cours de la même période, les 50% en Éthiopie, 53% au Kenya, 40% en Tanzanie, 30% en Ouganda, 77% au Rwanda, 31% au Malawi ou encore 11% au Burundi [3]. Cette mise en parallèle est intrigante. Nous nous sommes donc demandés pourquoi les taux de transmission mère-enfant du VIH demeurent élevés dans ces pays d'Afrique malgré les programmes de prévention.

Le fait que les mères infectées par le VIH puissent transmettre le virus à leurs enfants avant, pendant et même après l'accouchement présente un grave risque pour la santé de nombreux enfants dans le monde. La triste réalité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) est qu'environ 36 millions d'adultes et 2 millions d'enfants vivaient avec le VIH ou le SIDA. Parmi eux, 630 000 enfants âgés de moins de 15 ans ont contracté le VIH par la transmission mère-enfant (TME) [4]. Plus de 2 millions et demi de nouveau-nés couraient un risque d'infection par le VIH par TME, et environ 2,2 millions de ces enfants vivaient en Afrique subsaharienne [3]. En l'absence de toute intervention, environ 20 à 25 % des mères infectées par le VIH transmettront le virus à leurs enfants pendant la grossesse et l'accouchement, et 5 à 15 % d'autres le feront par allaitement [4]. On estime que dans les pays gravement touchés par l'épidémie, 1 à 3 % de femmes enceintes seulement ont accès aux services de prévention de la TME [4].

Ces chiffres révèlent les défis importants qui se posent aux prestataires des services de santé.

Ils indiquent également les difficultés réelles auxquelles sont confrontés les femmes et les hommes qui tentent d'accéder à des services de qualité pour répondre à leurs besoins relatifs au VIH/SIDA et à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

En République Démocratique du Congo, l'infection à VIH/SIDA est un défi majeur de santé publique qui est perçu comme une épidémie de type généralisé avec 2,1% de prévalence chez les femmes enceintes (enquête de surveillance sentinelle 2015) et 1,2% auprès de la population générale [5]. La prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les femmes (1,6%), le sexe ratio d'infection entre les hommes et les femmes est d'environ 2,7 en d'autres termes il y a 267 femmes infectées pour 100 hommes [5].

Selon le rapport de la deuxième enquête démographique et de santé (EDS II-RDC 2013-2014), 1,1 % de la population du Nord Kivu est séropositive. Ce chiffre ne traduit pas toute la réalité car près de 78 % de femmes et 84 % d'hommes congolais n'ont jamais effectué le test du VIH. Le dernier rapport du PNLS de 2015 indique qu'au Nord Kivu, seuls 38% des femmes enceintes ont été dépistées et connaissent leur statut sérologique [6].

Au centre de santé Afia Sake, le service de PTME (prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant) est intégré mais seuls 10 % des femmes connaissent l'existence de ce programme au sein de la structure bien que la consultation prénatale constitue le canal de communication par excellence. Pour celles qui ont intégré le service, 56 % ne connaissent pas le moment de l'administration des antirétroviraux chez la gestante diagnostiquée séropositive ; 63% ignorent l'intérêt de leur administration et 78 % ne connaissent pas le moment de leur administration chez le nouveau-né [7].

En outre, les données de notre pré enquête font état des dépistages tardifs au VIH auprès des gestantes, les tests ne sont pas proposés aux accouchées et des ruptures sont fréquentes pour les médicaments utilisés dans la prophylaxie contre le VIH aux nouveau-nés. Tous ces éléments constituent autant des facteurs susceptibles de constituer un risque pouvant favoriser la contamination, d'où l'objectif de déterminer les facteurs de risques liés à la transmission du VIH de la mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et lors de l'allaitement.

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1. Population d'étude et échantillonnage**

La présente étude est descriptive et rétrospective. La population d'étude est constituée de toutes les gestantes et femmes allaitantes pour lesquelles la sérologie au VIH est positive et qui sont suivies au centre de santé de référence SAKE AFIA en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Nous avons considéré toute la population cible, c'est-à-dire toutes les femmes suivies dans le programme. L'échantillon est donc constitué de 26 personnes dont 8 femmes enceintes et 18 femmes allaitantes suivies durant la période allant du 1er janvier 2019 au 31 Décembre 2019. Il s'agit du total de toute la population existante sur laquelle nous avons mené notre étude.

Ont été incluses dans l'étude, toutes les gestantes et femmes allaitantes séropositives inscrites dans le registre PTME du Centre de santé de référence SAKE AFIA, tandis que celles qui ont été exclues sont les gestantes et femmes allaitantes qui n'ont pas accepté le dépistage au VIH lors des séances de consultation prénatale (moment propice de recrutement) ou lors de l'accouchement et celles dépistées négatives au VIH pendant notre période d'étude.

## **2.2. Techniques**

- *Le questionnaire d'enquête* nous a permis d'aborder nos enquêtées afin qu'elles nous fournissent leurs avis en rapport avec la prise en charge dès le dépistage jusqu'à la fin du programme de PTME (à 18 mois d'âge de l'enfant).
- *L'analyse documentaire* nous a permis, à partir d'une grille d'analyse, de confronter l'existence des outils et d'autres intrants dont les tests de dépistage et les médicaments prophylactiques nécessaires pour réduire tant soi peu les risques liés à la transmission verticale du VIH.

## **2.3 Traitement et analyse des données**

La saisie, l'analyse et le traitement des données ont été effectuées à l'aide des logiciels Word et Excel en style calibri.

## **2.4. Considérations éthiques**

Le responsable du centre de santé a donné son accord pour la réalisation de l'étude. Les personnes incluses dans l'étude ont donné leurs consentements pour sa réalisation. Le refus de participation à l'étude était libre et n'entraînait aucune modification ni sanction. La confidentialité et l'anonymat des données ont été assurés.

## **2.5. Conflits d'intérêt**

L'auteur déclare qu'il n'a pas de relation financière ni personnelle qui pouvait l'avoir influencé de manière inappropriée en dirigeant cet article.

### 3. PRESENTATION DES RESULTATS

#### Facteurs de risque liés à la transmission du VIH pendant la grossesse

**Tableau n°1 : De l'évolution de l'état de santé au cours de la grossesse.**

Etat de santé	Effectif	Pourcentage
Mauvais	3	11,6
Bon	23	88,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Source : nos enquêtes

De ce tableau, nous constatons pour 11,6% de nos enquêtées, l'état de santé n'a pas bien évolué au cours de la grossesse contre 88,4% ne sont pas tombé malade.

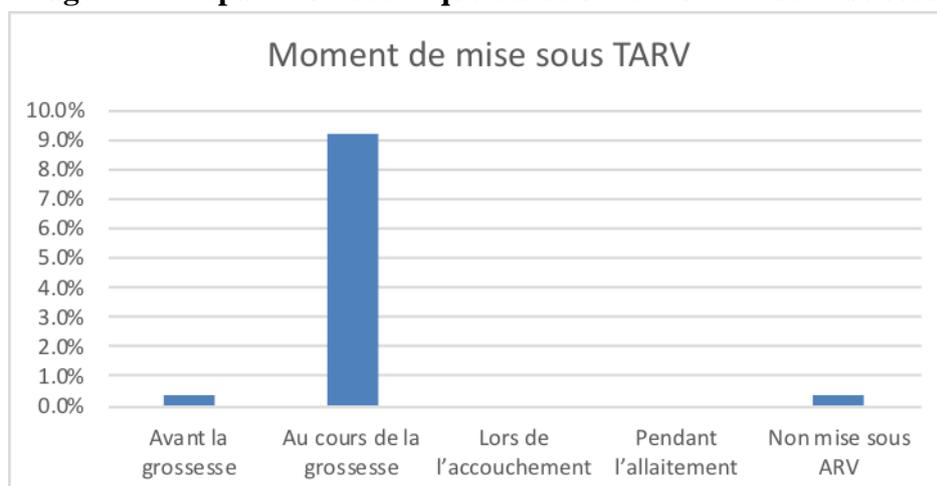
**Tableau N°2 : De la fréquence des maladies opportunistes au cours de la grossesse**

Fréquence	Effectif	Pourcentage
1fois	1	33,3
2fois	1	33,3
Plus de 2 fois	1	33,4
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Source : nos enquêtes

Ce tableau nous montre que sur les 3 femmes qui ont développé des infections au cours de la grossesse, 33,3% sont tombées malades une fois, 33,3% autres l'ont été deux fois et 33,4% sont tombées malades plus de 2 fois.

**Image N°1 : Répartition des enquêtées selon le moment de mise sous TARV**



Source : nos enquêtes

Ce graphique nous montre que la majorité des enquêtées a été mise sous traitement ARV, 3,8% avant la grossesse, 92,4% au cours de la grossesse et 3,8% n'a reçu aucun traitement.

### **Facteurs de risque liés à la transmission du VIH lors du travail et de l'accouchement**

**Tableau N° 3 : De la durée du travail d'accouchement.**

<b>Durée de travail</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
>4h	10	55,6
<4h	8	44,4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Source : nos enquêtes

De ce tableau nous constatons que pour 55,6% de nos enquêtées, le travail d'accouchement a duré plus de 4heures contre 44,4% pour lesquelles le travail a duré moins de 4 heures.

**Tableau N° 4 : De la maturité des bébés à la naissance**

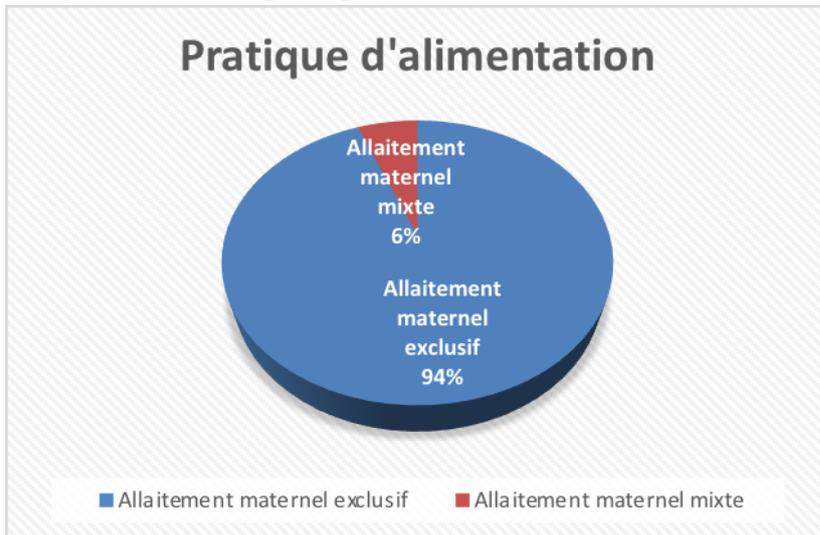
<b>Naissance</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
A terme	15	83,3
Avant terme	3	16,7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Source : nos enquêtes

Au vu de ce tableau nous constatons que 15 gestantes soit 83,3% ont donné naissance à terme, et 3 soit 16,7% ont accouché avant le terme.

Facteurs de risque liés à la transmission du VIH au cours de l'allaitement

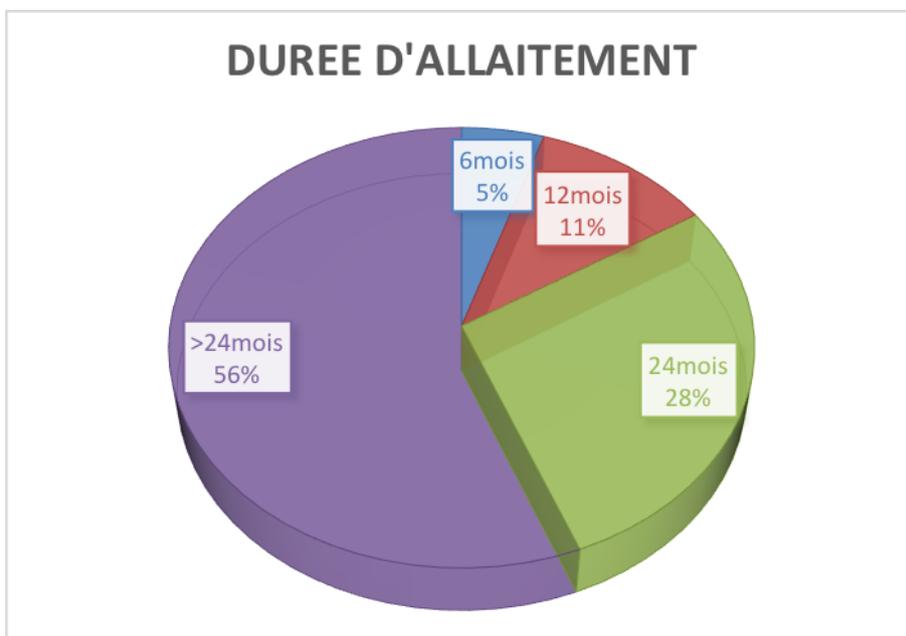
Image N° 2 : De la pratique d'alimentation des nourrissons



Source : nos enquêtes

Il découle de ce tableau que sur 18 enquêtées, 94% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif et 6% l'alimentation mixte

Image N° 3 : De la durée d'allaitement des nourrissons



Source : nos enquêtes

Il se dégage de ce tableau que 5% des enquêtées ont allaité jusqu'à 6 mois, 11% jusqu'à 12 mois, 28% jusqu'à 24 mois et 56% pendant une durée supérieure à 24 mois.

**Tableau N° 5 : Répartition des enquêtées selon le moment d'introduction d'autres aliments en dehors du lait maternel**

<b>Moment</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Avant 6mois	2	11
A 6mois	14	78
Après 6mois	2	11
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Source : nos enquêtes

Il découle de ce tableau que 11% de nos enquêtées ont introduits d'autres aliments dans l'alimentation du bébé avant 6 mois, 78% l'ont introduit à 6 mois et 11% après 6 mois

#### **4. DISCUSSION DES RESULTATS**

L'analyse nous a montré que la transmission de la mère à l'enfant n'est pas liée aux caractéristiques sociodémographiques maternelles (l'âge maternel, l'état civil, le niveau d'étude, la religion, la profession, la gestité, la parité et les antécédents obstétricaux) qui ne constituent pas des facteurs de risque de la transmission verticale.

Par contre, la santé de la mère constitue un indicateur important du fait que les infections opportunistes au cours de la grossesse constituent un facteur de risque majeur car 11,6% d'enquêtées l'ont développé. La multiplicité des infections opportunistes occasionne la perméabilité placentaire et favorise ainsi la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Pour évaluer la sévérité de la maladie à VIH aucun élément biologique n'a été disponible (dosage CD4).

Ces résultats corroborent avec ceux des recherches menées à Lubumbashi par Olivier MUKUKU qui ont abouti aux conclusions selon lesquelles les infections opportunistes dans la TME, 46,9% des mères qui en avaient au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement ont transmis le VIH chez leurs enfants versus 9,2% chez celles qui n'en avaient pas ; l'analyse statistique montre une différence significative entre ces deux proportions. Le risque pour qu'une mère séropositive de notre série présentant une infection opportuniste au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement transmette le VIH chez son enfant était de 8,68 fois [7].

Le retard dans la mise en route du traitement ARV est un facteur de risque évalué à 3,4% du fait qu'un répondant n'en a pas bénéficié même après accouchement.

Se référant aux recherches menées par Sophie Le Cœur et Marc Lallemand, les résultats sont similaires car lorsqu'en cours de grossesse, la mère est à un stade avancé de la maladie, a un déficit immunitaire sévère et/ou une quantité importante de virus dans le sang, le risque de transmission mère-enfant est

considérablement accru. Cette constatation est à l'origine de l'utilisation de médicaments antiviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. L'efficacité de cette méthode a été démontrée au cours d'un essai clinique réalisé récemment aux États-Unis et en France : dans cette étude, les mères qui avaient reçu une trithérapie aux ARV pendant les derniers mois de la grossesse (en moyenne pendant trois mois) et dont l'enfant avait été lui-même traité pendant six semaines, n'ont transmis le virus à leur enfant que dans 7 % des cas, alors que les femmes non traitées ont transmis le virus dans 28 % des cas [9].

Le travail d'accouchement prolongé a été observé auprès de 55,6% d'enquêtées pour lesquelles il a duré plus de 4 heures. La durée du travail associée aux manœuvres obstétricales invasives constitue un danger, d'où le risque de transmission par voie ascendante.

Dans leurs études, Sophie Le Cœur et Marc Lallemand ont montré que, quand la rupture de la poche des eaux était prolongée, les enfants avaient un risque accru de s'infecter. De même, les enfants nés par voie vaginale semblent plus à risque que ceux nés par césarienne. Ces différences ne sont pas très grandes, mais elles indiquent qu'une grande partie des infections survenant au cours de l'accouchement pourrait être due à l'exposition de la peau et des muqueuses du nouveau-né au virus présent dans le sang et les sécrétions vaginales de la mère [9].

Quant aux recherches menées par Marius MENTA à Yaoundé au Cameroun à l'Hôpital Privé de Tokombéré, le taux de transmission mère-enfant du VIH est de 20%. Les facteurs de risque liés à cette transmission sont : un travail d'accouchement prolongé, un antécédent de menace d'accouchement prématuré et un antécédent de rupture prématuré des membranes [10].

En ce qui concerne la maturité des bébés, 16,7% des naissances se sont effectués avant le terme d'où un risque accru de transmission pour ces nouveau-nés qui sont fragiles. La contamination avant le terme de la grossesse serait facilitée par la faible immunocompétence des fœtus, le faible taux d'anticorps acquis transmis et éventuellement, par les infections responsables de l'accouchement prématuré.

S'agissant du poids de naissance Olivier Mukuku, dans son étude rapporte que les enfants infectés avaient un poids moyen inférieur à celui des enfants non infectés et que les faibles poids de naissance étaient plus infectés que les enfants normo pondérés à la naissance (36,8% versus 9,4%) [8].

Le mode d'alimentation constitue un facteur de risque de transmission du VIH pour 6% de nos enquêtées qui ont choisi une alimentation mixte. En effet, au cours de l'alimentation mixte, les facteurs immunitaires bénéfiques du lait maternel sont probablement contrebalancés par les dégâts à la paroi intestinale de l'enfant par des contaminants ou des allergènes dans les aliments mixtes. Pourtant, l'allaitement

maternel exclusif favoriserait le maintien de l'intégrité de la barrière gastro-intestinale de l'enfant (considérée comme le principal mode d'infection).

Les résultats d'une étude menée à Durban, Afrique du Sud, ayant évalué les pratiques d'alimentation des nourrissons de 549 femmes infectées par le VIH ont indiqué que, vers l'âge de 3 mois, les nourrissons recevant un allaitement maternel exclusif avaient été moins souvent infectés par le VIH (14,3%) que ceux recevant une alimentation mixte (24,1%) [11]

La durée prolongée d'exposition au lait maternel a été observée auprès de 56% des répondants pendant que 11% d'entre eux affirme avoir introduit d'autres aliments en dehors du lait maternel avant 6 mois d'âge. La durée prolongée d'exposition au lait maternel constitue ainsi un danger d'où un risque de transmission estimé à 56%.

Une importante étude menée à Harare, Zimbabwe, a évalué l'effet de l'allaitement exclusif sur la mortalité des nourrissons chez 14 110 paires mère/nouveau-né. Parmi celles-ci, 4 495 mères étaient infectées par le VIH et 2 060 de leurs grossesses ont abouti à une naissance vivante. Elles ont été suivies pendant des durées allant jusqu'à 2 ans. Le taux global de TME postnatale a été de 12,1 et 68,2% de ces transmissions sont survenus après 6 mois, soulignant l'accroissement du risque lié à une prolongation de l'allaitement au-delà du premier semestre [11].

## REFERENCES

- [1] ONUSIDA, *Fiche d'information*, Journée mondiale du SIDA 2019
- [2] ONUSIDA, *statistique mondial sur le VIH*, 2017
- [3] DORSAZ C et HERITIER M, Pour quelles raisons, le taux de transmission verticale du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) durant l'accouchement et la période du postpartum reste élevé en Afrique de l'Est, malgré les programmes de prévention actuels ? Mémoire de fin d'étude, Travail de Bachelor, Haute école de santé , filière sage-femme , Heds Genève, 2018 P 71-9
- [4] Engender Health, *Recueil d'outils COPE pour les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*, COPE®, New York, NY 10001 U.S.A, 2006 P. 110-5
- [5] PNMLS, *Rapport annuel 2015*, P.20
- [6] <https://reliefweb.int/report/democratic-republique-congo/le-dépistage-pour-prévenir-la-transmission-du-vih-de-la-mère-à-l'enfant>
- [7] [https://www.researchgate.net/publication/Evaluationdes\\_connaissances\\_des\\_femmes\\_en\\_age\\_de\\_procreation\\_sur\\_la\\_prévention\\_de\\_la\\_transmission\\_mère-enfant\\_du\\_VIH\\_dans\\_l'aire\\_de\\_santé\\_d'Affia-Sake\\_en\\_République\\_démocratique\\_du\\_Congo](https://www.researchgate.net/publication/Evaluationdes_connaissances_des_femmes_en_age_de_procreation_sur_la_prévention_de_la_transmission_mère-enfant_du_VIH_dans_l'aire_de_santé_d'Affia-Sake_en_République_démocratique_du_Congo) consulté le 20/10/2020

[8] OLIVIER MUKUKU et all ; Etude de facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la stratégie « option A », Lubumbashi, RDC, 2015

[9] SOPHIE Le C et MARC, L, Transmission du VIH de la mère à l'enfant, Institut National d'Études Démographiques. ORSTOM/Harvard AIDS Institut, FÉVRIER 1996

[10] MARIUS MENTA KINDI, Les facteurs de risque de la transmission mère-enfant du VIH à l'hôpital privé de tokombéré, mémoire, université de Yaoundé 1, juillet 2013

[11] JANE HELEN DOWNS et PETER A. COOPER, VIH et allaitement maternel, Annales Nestlé, Université du Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud, 2007

