

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO- STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

TITRE :

**ANALYSE DE LA SITUATION DU SUIVI DES ENFANTS NES DE MERES
SEROPOSITIVES AU VIH DANS LES SITES PTME DU MALI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par : M^{LLE} AÏSSATA SARAN KOITE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT: P r. Toumani SIDIBE

MEMBRE : Dr Broulaye TRAORE

CO-DIRECTEUR DE THESE: Dr Amadou DIA

DIRECTEUR DE THESE : Dr Hamadoun SANGHO

**Analyse de la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH
dans les sites PTME du Mali**

DEDICACES

A Allah

Le Tout Puissant, le Miséricordieux de m'avoir donné la vie, la santé mais surtout la force, le courage et la chance de réaliser ce travail.

Au Prophète Mohamed (PS sur Lui), pour son message clair et précis.

A Mon Père Feu Mamadou KOITE

Tu as été un père merveilleux, adorable et exceptionnel. Tu nous as enseigné les règles de la bonne conduite, et surtout de l'honnêteté. Ta tendresse, ton sens de l'humour, tes précieux conseils, ta patience n'ont jamais fait défaut. Ton souci premier a été la réussite et surtout le bonheur de ta famille. Nous sommes fiers de toi. Ton corps est certes absent aujourd'hui mais je reste convaincue que ton âme est avec nous.

Puisse le Tout Puissant te réserver l'une des meilleures villas de son paradis.
Amine !

A ma mère Déba KOUYATE

Maman, tu as été et demeures non seulement notre mère mais aussi notre père. Tu nous as aidés à surmonter toutes les difficultés de cette vie. Ton soutien moral, ton courage et surtout ta tendresse n'ont jamais fait défaut pour la réalisation de ce travail.

Pour tous les efforts consentis à notre éducation, ce travail est le tien. Puisse Allah te protéger et te prêter une très longue vie.

A ma grand-mère et homonyme feu A.S DIABATE

L'homme propose mais c'est le bon Dieu qui dispose. Nous aurions voulu que tu sois parmi nous aujourd'hui pour la consécration de ce travail mais Dieu en a décidé autrement. Nous te regretterons toujours.

Que Dieu t'accepte dans son paradis. Amine !

A mes frères et sœurs (Nassira, Rachel, Badjigui, Djélimakan, Sam, Badara et Fatim) pour tout l'amour et surtout votre solidarité, vous ne cessez de m'impressionner par la chaleur familiale qui se dégage en vous. Pour chaque instant de cette vie ici-bas, vous me donnez la joie de vivre. Ce travail est aussi le vôtre.

A Tonton DICKO Alassane et ma tante Mme DICKO Ami TOURE pour votre chaleureux accueil mais surtout pour toute la considération que vous portez à ma modeste personne. Que Dieu vous prête longue et merveilleuse vie.

Mon grand père Badjigui KOUYATE, pour ta sagesse et tes précieux conseils.

A Mariam Gaye et famille, je suis très touchée par l'estime que vous avez pour moi. Cet attachement et ce dévouement m'ont en effet permis de traverser sans grande peine des moments difficiles. Merci pour votre amitié inestimable.

A mes amis et groupes d'étude (BAD, DIA, Brehima, Adama, Lassi CAMARA, Lassi DIARRA, Daouda et Djibril), votre solidarité, vos conseils mais surtout votre soutien moral ne m'ont jamais fait défaut. Veuillez accepter ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes remerciements à

Tonton DIARRA Koniba, Tonton, les mots ne suffisent pas pour vous remercier pour tous les efforts consentis à l'égard de la famille. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude. Qu'Allah vous en récompense et vous accorde longue vie.

Dr Kéita Assan Sidibé et famille, votre simplicité, votre abord facile, votre disponibilité, votre grande ouverture d'esprit et surtout votre amour pour le travail bien fait m'ont beaucoup impressionné et resteront pour moi une source d'inspiration. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Mes oncles et famille, Cheick Oumar Tidiane et Bourama KOITE, pour toute votre affection et surtout tous les efforts consentis pour la famille. Que Dieu vous assiste et vous prête longue vie.

A mes tantes particulièrement Fanta KOUYATE, pour tous les conseils prodigués.

A mon beau frère SOGODOGO, tu n'es pas seulement l'époux de ma sœur, mais aussi le grand frère que j'ai toujours rêvé. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mr. Cheick Oumar DIAWARA, Il me manque de mots adéquats pour vous exprimer tout ce que je ressens de bien pour vous. Qu'Allah vous récompense de tous vos bienfaits et vous accorde longue vie.

Mes amies, je ne saurais vous remercier suffisamment. C'est à travers vous que j'ai connu le sens de la solidarité. Vous avez toujours été présentes au moment où il faut et j'ai retrouvé en vous l'honnêteté, le bon sens et le courage qui m'ont aidé à réaliser ce travail.

Je vous souhaite beaucoup de réussite dans votre carrière professionnelle.

Au Pr A. DABO, pour tout ce que vous avez fait pour moi pendant ses longues années passées ensemble à la faculté et au cours de la réalisation de ce travail, je vous dis merci. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude. Qu'Allah vous en récompense vous accorde longue vie.

Mes frères et amis Ousmane Kéita et Adama Sidibé, pour la confiance, le respect et l'assistance mutuelle que nous nous vouons. Merci infiniment !

Mr. ANNE, je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Sachez que je vous en serai toujours grée.

Dr K. SACKO, pour votre disponibilité et surtout votre sens de l'humour, je vous en serai toujours reconnaissante.

Au personnel du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), je garde de vous l'image d'hommes et de femmes intègres. J'ai admiré votre esprit d'équipe et votre engouement pour le travail bien fait. Recevez ici mes sincères remerciements.

Mes remerciements particuliers à la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida pour le financement de cette étude.

REMERCIEMENT AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Toumani Sidibé

Professeur Titulaire de Pédiatrie

Directeur de Mali Médical

Directeur National de la Santé

Chef de service de la pédiatrie B

Chevalier de l'ordre national du Mali

Nous pouvons nous glorifier de vous avoir comme Président de jury. Par votre grande expérience dans la recherche, vos connaissances immenses en pédiatrie, vous forcez l'admiration.

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury.

A notre Maître et Juge

Dr Broulaye Traoré

Pédiatre Praticien

Chef de service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Pédiatre conseil à l'AMALDEME

Chargé de cours dans les écoles de formation socio-Sanitaires

Cher maître,

Votre modestie, votre expérience scientifique, votre dévouement pour les enfants malades, votre disponibilité font de vous ce médecin bienveillant qui inspire confiance.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profond attachement.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Dr Amadou Dia

**Chef du département prestations spécialisées au Centre de Recherche
d'Etude et de Documentation pour la Survie des enfants.**

Cher maître,

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir co-dirigé ce travail. Vos qualités humaines immenses, votre simplicité et votre dévouement pour le travail forcent l'admiration. Soyez assuré cher maître de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Docteur Hamadoun Sangho

Maître Assistant de santé Publique

Directeur Général du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la survie des enfants (CREDOS).

Cher Maître,

Vos qualités humaines, scientifiques et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un maître respectable et admiré. Si ce travail est une réussite, c'est grâce à votre compétence et à votre savoir faire.

Vos critiques et suggestions ont été d'un apport inestimable dans la réalisation de ce document.

C'est le lieu de vous adresser cher Maître l'expression de nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ADS** : Analyse de Situation
- **ARV** : Antiretroviraux
- **ASACO** : Association de Santé Communautaire
- **AZT** : Zidovudine
- **CMV** : CytoMégalo Virus
- **CPN** : Consultation Prénatale
- **CREDOS** : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant.
- **CSCom** : Centre de Santé Communautaire
- **CSLS** : Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
- **CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- **DNS** : Direction Nationale de la Santé.
- **DRS** : Direction Régionale de la Santé
- **EDS** : Enquête Démographique de Santé
- **FE Test** : Femmes Testées
- **FE Eff Test** : Femmes Effectivement Testées
- **HGT** : Hôpital Gabriel Touré
- **IDV** : Indinavir
- **IEC** : Information Education Communication
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **MAP** : Multisectoriel Aids Program
- **nm** : nanomètre
- **NNé** : Nouveau-né
- **NVP** : Névirapine
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **PCR** : Polymerase Chaîn Reaction
- **PTME** : Prévention de la Transmission Mère Enfant

- **PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH
- **RTV** :Ritonavir
- **Séro +** : Séropositive
- **SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- **3TC** : Lamivudine
- **TME** : Transmission Mère Enfant
- **UNGASS** : Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

<u>I- INTRODUCTION.....</u>	<u>1</u>
<u>II. Objectifs</u>	<u>5</u>
<u>III-GENERALITES :.....</u>	<u>6</u>
<u>IV. METHODOLOGIE.....</u>	<u>46</u>
<u>V. RESULTATS.....</u>	<u>51</u>
<u>VII. DISCUSSIONS</u>	<u>71</u>
<u>VIII. CONCLUSION.....</u>	<u>76</u>
<u>IX.RECOMMANDATIONS</u>	<u>79</u>
<u>IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....</u>	<u>82</u>

I- INTRODUCTION

Le VIH/SIDA constitue un véritable problème de santé publique. A l'échelon mondial, on considère généralement que le taux d'incidence du VIH (nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH par rapport au nombre de personne non contaminée jusque là) a atteint son point le plus élevé dans les années 1990 et s'est stabilisé par la suite, même si l'incidence continue de croître dans un certain nombre de pays [1]. On estime à 33,2 millions [30,6 millions-36,1 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2007, soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions [34,7 millions-47,1 millions] publiée en 2006 [2].

La prise en charge de l'infection à VIH de l'enfant constitue de plus en plus un volet prioritaire de la lutte contre le VIH/Sida. La transmission du VIH de la mère à l'enfant est de nos jours la principale voie de contamination pédiatrique. Chaque jour, dans le monde, environ 1600 enfants nés de mères séropositives sont infectés, parmi lesquels 1500 sont originaires de l'Afrique au Sud du Sahara [3 ; 4]. Il est démontré que le risque de transmission sans chimiothérapie périnatale est de 15 à 35 % [5]. Les études ont montré que 95% des enfants infectés par le VIH le sont à travers la transmission Mère Enfant du VIH [6]. Les enfants nés de mères séropositives représentent 10% des cas de SIDA, d'où l'ampleur d'une transmission mère enfant.

L'Afrique Subsaharienne continue d'être la région la plus touchée par la pandémie du SIDA. Parmi les personnes infectées, plus de deux adultes sur trois (68%) et presque 90% des enfants vivent dans cette région [2]. En tout, 1,7 millions [1,4 millions-2,4 millions] de personnes ont été infectées par le VIH en Afrique Subsaharienne au cours de l'année 2006, contre 2,2 millions [1,7 millions-2,7 millions] de nouvelles infections en 2001 [2]. On y estime à l'heure

actuelle que 22,5 millions [20,9 millions-24,3 millions] de personnes vivent avec le VIH dans cette région [2].

Au Mali, la lutte contre le VIH/SIDA est devenue aujourd'hui un défi majeur. Ce défi ne saurait être relevé sans l'existence d'une stratégie efficace de traitement et de prévention de la pandémie. En décrétant la gratuité des soins pour les malades du Sida en 2004, les autorités maliennes ont montré toute leur volonté de relever ce défi. Cependant cette stratégie de traitement, même dans le contexte de la gratuité, ne saurait réduire à hauteur de souhait la prévalence de cette maladie en l'absence d'une prévention très performante.

Selon les résultats préliminaires de l'EDS IV Mali, la prévalence générale du VIH est de 1,3% avec 1,5% chez les femmes et 1,1% chez les hommes. Les enfants infectés par le VIH sous traitement antirétroviral représentent seulement 6% sur l'ensemble des patients sous traitement [6].

Une étude réalisée en 2003 au niveau des sites sentinelles a donné chez les femmes enceintes, une prévalence globale de 3,3%. Le taux de prévalence le plus bas est retrouvé au niveau du CSRéf de Mopti (2,0%) et le plus élevé au niveau de l'Hôpital de Ségou (5,0%). Le CSRéf de Ségou a le taux le plus élevé de tous les CSRéf sentinelles avec 3,9% [6].

Une étude montre que la TME en commune I du district de Bamako varie de 3,1% à 6,9% démontrant toute l'ampleur de la transmission mère enfant (TME) [7].

Une enquête effectuée en 2005 dans le district de Bamako par l'INRSP chez les femmes enceintes donnait une séroprévalence variant entre 3,2% et 4,8% selon les communes avec les taux les plus élevés de 4,8% en commune V [6]. Dans les pays développés, des interventions efficaces ont permis de réduire

considérablement la Transmission Mère Enfant (TME) à un taux de 2% ou moins.

L'analyse de la situation et la nécessité d'action ont conduit les autorités maliennes à s'engager résolument dans la lutte contre la pandémie du SIDA à travers une initiative d'accès aux antirétroviraux dénommée IMAARV. Le Mali a adopté une stratégie nationale de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) basée sur l'utilisation des ARV (NVP, AZT et les 3TC) chez la mère et le nouveau-né en bi ou trithérapie. En fonction des derniers résultats de la conférence de Bangkok sur le VIH/Sida (9-16 juillet 2004), le mode d'allaitement reste au choix de la mère après counseling.

Au delà de tous ces efforts, un certain nombre de problèmes demeurent à savoir :

- l'absence de mécanisme de recherche des perdus de vue ;
- l'insuffisance de mesures d'accompagnement (traitement préventif des infections opportunistes par le cotrimoxazole, fourniture de lait artificiel) ;
- l'insuffisance de personnel qualifié dans la prise en charge de l'infection à VIH.

Le souci de comprendre pour améliorer la qualité du suivi constitue la motivation et la justification essentielle de l'analyse de la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH au Mali.

OBJECTIFS

II. Objectifs

2.1. Objectif général

Analyser la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives dans les sites PTME au Mali.

2.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les structures impliquées dans la prise en charge des enfants nés de mères séropositives ;
- Déterminer les composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives ;
- Apprécier les supports nécessaires pour le bon suivi des enfants ;
- Elaborer un schéma de suivi adapté pour les enfants nés de mères séropositives ;
- Formuler des recommandations pour améliorer le suivi des enfants nés de mères séropositives.

III-GENERALITES :

3.1. Définition du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et du SIDA :

Le virus est un microbe, visible uniquement au microscope électronique. Il ne peut survivre qu'en colonisant une cellule d'un organisme. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), cause du Sida est un rétrovirus qui affaiblit le système de défense de l'organisme (système immunitaire) en infectant certains globules blancs. Lorsque le système immunitaire est affaibli, les capacités de protection contre les maladies de l'organisme sont diminuées.

Le Sida est le Syndrome d'Immunodéficience Acquise. Il désigne le stade clinique et virologique le plus avancé de l'infection par le VIH. Il existe deux types de VIH, VIH1 et VIH2. Ils se transmettent de la même manière et donnent lieu à des infections opportunistes similaires et au Sida. Le VIH1 est le plus répandu dans le monde. Le VIH2 existe surtout en Afrique de l'Ouest en Angola et au Mozambique [8].

Les rétrovirus se présentent sous forme de particules sphériques d'un diamètre de 80 à 100 nm. Ces particules sont constituées d'une enveloppe externe lipidique de 100 nm, surmontée de spicules, qui entoure un noyau central ou excentré contenant la nucléocapside [8].

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus. Actuellement, la famille des rétrovirus est divisée en trois sous groupes selon des critères de pathogénie, mais selon des paramètres phylogénétiques [8] :

- Les Oncovirus à ARN sont les plus répandus ;

- Les lentivirus : Les HIV (Humann Immunodéficiency Virus) ou VIH en français, agents responsables du SIDA, appartiennent à ces groupes. Deux types de virus ont été identifiés à ce jour : le VIH 1 répandu en Europe, aux Etats-Unis, en Afrique centrale, orientale, occidentale et en Asie ; le VIH 2, présent surtout en Afrique de l'ouest.

- Les spumavirus.

3.2. Epidémiologie du VIH

3.2.1 Situation dans le monde :

L'incidence mondiale de l'infection à VIH a probablement atteint son sommet à la fin des années 1990 avec plus de 3 millions de nouvelles infections par an. On l'estime à 2,5 millions [1,8 million-4,1 millions] en 2007 dont plus des deux tiers (68%) en Afrique Subsaharienne [2]. Près de 61% des adultes vivant avec le VIH étaient des femmes [2]. Le nombre d'enfants vivant avec le VIH est passé de 1,5 million [1,3 million-1,9 million] en 2001 à 2,5 millions [2,2 millions-2,6 millions] en 2007 [2]. Près de 90% de l'ensemble des enfants séropositifs vivent en Afrique subsaharienne. Près de deux tiers des contaminations féminines et neuf cas sur dix de contaminations pédiatriques ont lieu en Afrique [9]. Le tableau ci-dessous présente une estimation en 2007 des enfants et adultes vivant avec le VIH.

Tableau I : Estimation en 2007 des enfants et adultes vivant avec le VIH par région

Régions	Adultes et Enfants (33,2 millions)
Afrique Subsaharienne	22,5 millions
Amérique du Nord	1,3 million
Amérique Latine	1,6 million
Asie de l'Est	800 000
Asie du Sud et du SUD-EST	4,0 millions
Caraïbes	230 000
Europe Occidentale et Centrale	760 000
Europe Orientale et Asie centrale	1,6 million
Moyen-Orient et Afrique du Nord	380 000
Océanie	75 000

Source : ONUSIDA/OMS [2]

En 2007, on estime à 2,1 millions [1,9 million-2,4 millions] le nombre de décès dus au VIH dans le monde dont 76% survenus en Afrique. Un récapitulatif de l'épidémie mondiale de Sida est présenté sur le tableau suivant :

Tableau II : Récapitulatif de l'épidémie mondiale du Sida (Décembre 2007)

Nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Total	33,2 millions [30,6-36,1 millions]
Adultes	30,8 millions [28,2-33,6 millions]
Femmes	15,4 millions [13,9-16,6 millions]
Enfants <15 ans	2,5 millions [2,2

Nouvelles infections à VIH

Total	2,5 millions [1,8-4,1 millions]
Adultes	2,1 millions [1,4-3,6 millions]
Enfants <15 ans	420 000 [350 000-540 000]

Décès dus au Sida

Total	2,1 millions [1,9-2,4 millions]
Adultes	1,7 millions [1,6-2,1 millions]
Enfants <15 ans	330 000 [310 000
	380 000]

Source : ONUSIDA/OMS 2007 [2]

3. 2.2 Situation de l'épidémie du VIH en Afrique et au Mali :

L'Afrique Subsaharienne reste la région du monde la plus touchée par l'épidémie du Sida. Plus de deux tiers (68%) de toutes les personnes infectées par le VIH vivent dans cette région où se sont produits plus de trois quarts (76%) de tous les décès dus au Sida en 2007. On estime que 1,7 millions [1,4-2,4 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte à 22,5 millions [20,9 millions-24,3 millions] le nombre total de personnes vivant avec le virus. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions, la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique Subsaharienne (61%) sont des femmes [2].

En Afrique, plus de cent pays à revenu faible ou intermédiaire ont mis en place des programmes de PTME, mais seuls sept d'entre eux étaient parvenus à atteindre ou dépasser une proportion de 40% des femmes enceintes infectées par le VIH en 2005. En Afrique subsaharienne, où 85% des femmes enceintes sont infectées par le VIH, la proportion de celles qui sont couvertes par ces services varie de moins de 1% à 54% [10]. Les efforts actuellement déployés pour la PTME sont largement insuffisants pour atteindre la cible fixée par l'ONU, à savoir une réduction de moitié de la proportion d'enfants infectés par le VIH d'ici 2010 [10] : Malgré les progrès considérables réalisés en matière d'accès au traitement anti-VIH en 2006, il reste encore de sérieux obstacles à franchir pour atteindre l'objectif de l'accès universel aux services VIH.

- Au Burkina Faso:

L'épidémie du VIH est de type généralisé. Sur la base de la séro surveillance sentinelle, la prévalence est estimée à 2,7% en 2006. La tendance générale est à la stabilisation depuis 2005. Le rapport de l'ONU/SIDA 2006 estime la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte à 2% en fin 2005, dans un intervalle de [1,5-2,5], estimation faite selon le logiciel Epidemiologic Projection Package (EPP) recommandé par l'OMS et ONUSIDA

et utilisé par la plupart des pays. La proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant subi le test de dépistage était de 3,1%. La proportion de femmes enceintes testées séropositives ayant pris la Névirapine ou autres ARV est de 85,9% tandis que la proportion de nouveaux nés de mères infectées par le VIH ayant pris la Névirapine est de 79,3%. Il y a 9,2% des enfants nés de mères séropositives testés VIH+ à 18 mois étaient VIH+ [11].

- En Côte d'Ivoire :

La dernière enquête démographique et de santé a estimé la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 4,7%. La surveillance du VIH parmi les femmes enceintes suggère que la prévalence est en baisse, tout au moins dans les zones urbaines où elle a chuté de 10% en 2001 à 6,9% en 2005 [2].

- Au Ghana :

La prévalence médiane du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales a passé de 2,3% à 3,6% entre 2000 et 2006[2].

-En Guinée :

La prévalence du VIH varie peu selon les régions du pays et semble avoir atteint un pic de 2,1% dans la capitale, Conakry, selon une Enquête démographique nationale effectuée en 2005[2].

-Au Niger :

La prévalence du VIH est considérablement plus faible, où une enquête démographique et de santé a estimé en 2006 que 0,7% des adultes étaient infectés. C'est dans les régions d'Agadez et de Diffa que la prévalence était la plus élevée, soit 1,6% et 1,7% respectivement [2].

-Au Sénégal :

Les résultats de l'EDS IV montrent qu'au niveau national, la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7%. Les résultats de la surveillance sentinelle montrent que l'épidémie de VIH/SIDA est de type concentré au Sénégal. Elle est caractérisée par une prévalence de 1,7% chez les femmes enceintes [12].

Malgré une augmentation notoire du nombre de femmes enceintes dépistées, l'objectif annuel de dépister 85 773 femmes enceintes est loin d'être atteint en 2007 puisque les données enregistrées jusqu'à la fin du 3^e trimestre ne donnent que 30 924, soit 44% de l'objectif [12].

Par ailleurs le pourcentage de femmes dépistées séropositives au VIH qui reçoivent une prophylaxie par ARV pour réduire la TME est passé de 50% en 2006 à 65% en 2007 ; de même la prophylaxie chez les nouveaux nés de mères séropositives est passée de 22% à 44% [12].

-Au Mali :

Les données les plus récentes recueillies au cours d'une enquête démographique et de santé en 2006, pourraient aussi indiquer un recul de l'épidémie. La prévalence nationale du VIH chez l'adulte y est estimée à 1,2% en 2006, ce qui est inférieur aux chiffres enregistrés lors d'une enquête analogue en 2001, qui avait estimé la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 1,7% (2% parmi les femmes et 1,3% parmi les hommes). Ici encore, la mortalité pourrait contribuer au déclin de la prévalence. Parmi les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, la prévalence était de 3,4% en 2005 soit analogue à celle relevée les années précédentes [2].

En 2006, sur 30473 personnes (selon les estimations sur spectrum) , 11 508 adultes et enfants ont bénéficié de la prise en charge en ARV soit 37,8%. La

répartition selon l'âge montre que 13,3% des personnes sous ARV ont moins de 15 ans contre 40,9% pour celles qui ont 15 ans ou plus. Ce résultat a connu une évolution positive entre 2006 et 2007 avec 47,6% de personnes (adultes et enfants) sous ARV en 2007 ; 31,8% ont moins de 15 ans tandis que 49,4% ont 15 ans ou plus [13].

Par ailleurs, les activités de PTME ont permis à 928 femmes enceintes de bénéficier de la prophylaxie ARV sur 8570 attendues en 2007, ce qui correspond à un taux de couverture de 10,8% contre 8,6% observé en 2006 [13].

3.3. Modalités de transmission du VIH chez l'enfant :

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés : la transmission par voie sexuelle 90%, la transmission par voie sanguine 4%, la transmission mère enfant 6% [9].

L'infection à VIH de l'enfant est due essentiellement à la transmission de la mère à son enfant de ce virus.

Ces estimations de la probabilité de contamination pour ces modes de transmission du VIH peuvent varier considérablement selon la présence ou non de facteurs augmentant le risque et doivent être utilisées avec prudence.

- La transfusion occupe le 2^{ème} rang de transmission en Afrique [9]. Les transfusions sont responsables de 5 à 10 % des cas de SIDA adultes et jusqu'à 25% des cas pédiatriques [9]. Ce taux est tributaire de la fréquence des transfusions à cause d'anémie nutritionnelle ou parasitaire.

Au Burkina Faso, LEDRU [9] trouve un taux de transmission de 12% dans une étude portant sur 433 enfants malnutris.

- L'usage assez fréquent des instruments pour des scarifications médicales ou rituelles (la circoncision, l'excision, le tatouage, percées d'oreille etc. ...) constitue un facteur de haute prévalence d'infection à VIH. Ainsi, LEDRU [9] signale un taux de transmission de 10% par cette voie.

3.4 Manifestations cliniques chez l'enfant :[L'infection à VIH de l'enfant [14]

Il existe deux formes au profil évolutif très différent :

3.4.1. Forme rapidement évolutive [14]

Elle touche 20 à 30 % des nouveau-nés de mères séropositives. Les premiers symptômes se manifestent chez ces enfants entre 1 et 6 mois. Il s'agit d'adénopathies, de splénomégalie, d'hépatomégalie, de complications infectieuses (pneumopathies, diarrhées, candidoses pharyngées...) voire d'une encéphalopathie à VIH. Le décès survient en règle avant 5 ans car ces enfants sont d'emblée très immunodéprimés.

L'encéphalopathie à VIH survient essentiellement dans cette forme évolutive et est caractérisée par : des troubles du maintien postural et une spasticité avec hypertonie pyramidale, une atteinte des fonctions cognitives une dyspraxie bucco linguale.

Elle évolue par paliers vers une aggravation progressive avec microcéphalie. Elle représente un facteur de pronostic corrélé au risque d'infection opportuniste. L'analyse du liquide céphalo-rachidien peut être normal ou montrer une pléiocytose avec élévation de la protéinorachie sans germes. On trouve des IgG anti VIH et parfois un antigène P24 dans les encéphalopathies progressives. La tomодensitométrie peut être normale ou montrer une atteinte corticale et des calcifications des noyaux gris centraux. Les imageries par résonance magnétique en (IRM) mettent en évidence une démyélinisation de la substance blanche de

façon diffuse ou en foyers. L'étude anatomique confirme les lésions vues en IRM et objective une prolifération de cellules géantes multi nucléées.

Cette encéphalopathie peut aussi survenir dans la forme lentement évolutive mais il s'agira alors d'un diagnostic différentiel après avoir éliminé une infection opportuniste (toxoplasmose cérébrale, CMV...) un lymphome ou des lésions vasculaires.

Les nouveau-nés chez qui la culture VIH est positive à la naissance, d'autant plus que leur antigénémie P24 est aussi positive et ceux qui présentent des signes de foetopathie (hépatosplénomégalie, IgM totales augmentées) sont particulièrement menacés par cette forme.

3.4.2. Forme lentement évolutive

Elle touche 70 à 80 % des enfants qui sont alors tous vivants à 5 ans. L'évolution est comparable au SIDA de l'adulte marquée par des complications infectieuses et des manifestations plus ou moins spécifiques [14].

3.4.3. Complications infectieuses non nécessairement liées au déficit cellulaire : infections bactériennes

Il s'agit tout d'abord d'infections pédiatriques courantes, récidivantes, d'évolution atypique : otites chroniques moyennes, pneumopathies, gastro-entérites, infections cutanées ou urinaires. Puis, des manifestations plus sévères apparaissent : septicémies, méningites, cellulites, abcès et arthrites. Les agents pathogènes sont : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella enteritidis* et *Staphylococcus aureus*. Les antibiothérapies prolongées ou répétées favorisent l'émergence de germes gram négatifs. L'éradication des bactériémies à *Salmonelles* non typhoïdes est difficile.

3.4.4. Complications infectieuses liées au déficit de l'immunité cellulaire dites infections opportunistes :

Les agents pathogènes opportunistes les plus fréquents sont : Pneumocystis Carinii, Candida, Aspergillus, mycobactérium tuberculosis et avium intracellulaire, CMV.

La pneumonie à Pneumocystis Carinii mérite d'être individualisée car elle est inaugurale dans 17 % des cas. Elle se manifeste par une détresse respiratoire fébrile rapidement progressive. La radiographie pulmonaire peut être subnormale ou montrer une atteinte interstitielle. Il existe une hypoxie avec parfois un bloc alvéolocapillaire. Un lavage broncho alvéolaire, en urgence, permet souvent de retrouver le Pneumocystis et d'adapter le traitement.

Diverses infections opportunistes par des champignons, des mycobactéries, des parasites ou des virus surviennent avec une fréquence moindre. Elles touchent préférentiellement la peau, le tube digestif, les poumons et le système nerveux central. Des surinfections par le virus respiratoire syncitial, la rougeole ou la varicelle peuvent être graves.

Les tableaux ci-dessous présentent l'évolution bimodale de l'infection à VIH de l'enfant et l'encéphalopathie précoce induite par le virus de l'immunodéficience humaine chez l'enfant

Tableau III : Evolution bimodale de l'infection VIH de l'enfant

Evolution précocement sévère

Contamination in utero majoritaire

Délai d'apparition du sida : 3 à 15 mois

Infections opportunistes et/ou bactériennes

Encéphalopathie : 70% à 80%

Survie moyenne : moins de 10% à 5 ans en l'absence de traitement antirétroviral

Evolution lentement progressive

Contamination per partum majoritaire

Délai d'apparition du sida : 2 ans, à plus de 10 ans

Infections bactériennes fréquentes

Pneumopathie interstitielle lymphoïde, parotidite

Troubles du comportement, regard cognitif possible (10 à 20%)

Survie moyenne : 95% à 5 ans, en l'absence de traitement antirétroviral, imprécise
à plus long terme

Source : [15]

Tableau IV : Encéphalopathie précoce induite par le virus de l'immunodéficience humaine chez l'enfant [15]

Symptomatologie clinique	Atteinte motrice : Syndrome pyramidal (maintien postural, syndrome athétosique)
	Stagnation/régression des acquisitions
	Dyspraxie bucco faciale
	Microcéphalie acquise
	Pas de crise convulsive, pas de neuropathie périphérique Cellularité normale
Etude du liquide céphalorachidien	polymerase chain reaction de l'acide ribonucléique quantitative pour le virus de l'immunodéficience humaine paradoxalement basse
Imagerie	Protéinoorachie, glycorachie normale Scanner : calcification des noyaux gris centraux, atrophie corticale tardive ?
	Imagerie par résonance magnétique : discrète anomalie de la substance blanche sans réelle valeur pronostique

3.4.5. Autres manifestations [14]

La pneumonie interstitielle lymphoïde (LIP) est spécifique de l'enfant et ne représente pas un facteur pronostique de SIDA. Elle atteint 20 à 30 % des enfants de plus de 2 ou 3 ans. Cette affection a une évolution respiratoire. Le tableau associe souvent des adénopathies superficielles et une hépatosplénomégalie. Il existe un infiltrat pulmonaire réticulonodulaire avec des adénopathies hilaires et médiastinales. Le taux sérique de la lacticodehydrogénase est normal ou peu élevé. L'étude du liquide de lavage broncho alvéolaire montre une hyper lymphocytose sans agents pathogènes. Ces lésions correspondent à des hyperplasies lymphoïdes. La pathogénie est inconnue. On a incriminé une infection chronique par le virus d'Epstein Barr en raison de la découverte du génome viral dans des échantillons pulmonaires et de l'existence de désordres lymphoprolifératifs polyclonaux B. Elle impose une prévention systématique des infections bactériennes. La corticothérapie peut être indiquée. Tous les organes peuvent être touchés, soit par le virus lui-même, soit par une infection : hépatite cytolytique, pancréatite, glomérulopathie, cardiomyopathie, atteinte oculaire. Une atteinte hématologique est fréquente : cytopénie auto-immune à moelle riche ou hypoplasie médullaire (toxique ou infectieuse). Les lésions malignes sont de moins en moins exceptionnelles avec le prolongement de la durée de vie: sarcome de Kaposi, lymphomes non hodgkiniens ou hodgkiniens, léiomyosarcome.

3.5. Méthode de diagnostic :

Le diagnostic de l'infection par le VIH est à la fois clinique et biologique.

3.5.1. Diagnostic clinique

Ce diagnostic est basé sur un certain nombre de critères (signes) qui sont répartis en signes majeurs et mineurs selon la classification de Bangui et celle de l’OMS. Cette définition clinique est valable surtout en zone tropicale où l’adulte et l’enfant de moins de 15 ans présentent des spécificités. Elle garde toute sa valeur si toute autre cause connue de maladies, signes ou symptômes, a été formellement exclue : cancer, malnutrition sévère, autre étiologie.

Le tableau suivant présente la classification de Bangui :

Tableau V : Classification de Bangui

	Score
Critères majeurs :	
- Amaigrissement > 10 % du poids corporel	4
- Fièvre > 1 mois d'évolution	3
- Diarrhée pendant 1 mois	3
Critères mineurs :	
- Asthénie prolongée	4
- Candidose bucco-oesophagienne	4
- Herpès cutanéomuqueux récidivant	4
- Dermatose prurigineuse généralisée	4
- Zona multimétamérique	2
- Adénopathies généralisées	2
- Signes neurologiques	2
- Toux et/ou pneumopathie	2

Classification de l'OMS : elle est faite selon le stade d'évolution de la maladie [16]

Le diagnostic clinique d'une infection à VIH doit être évoqué si :

2 signes majeurs + 1 signe mineur ou Score > 12.

Stade clinique 1 : se caractérise par

Patient asymptomatique :

Adénopathies persistantes généralisées

Degré d'activité 1 : activité normale

Stade clinique 2 : on note ici

Perte de poids < 10% du poids corporel

Zona (au cours des 5 dernières années)

Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire)

Infections récidivantes des voies aériennes supérieures

Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

Stade clinique 3 : il apparaît

Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel

Diarrhée inexpliquée > 1 mois

Fièvre prolongée > 1 mois

Candidose buccale

Leucoplasie

Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente

Infection bactérienne sévère

Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps

Stade clinique 4 : les signes sont

Syndrome cachectisant dû au VIH

Pneumocystose

Toxoplasmose cérébrale

Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois

Cryptococcose extra pulmonaire

Cytomégalovirose

Herpès, virose cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale

Leucoencéphalite multifocale progressive

Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioidomycose)

Candidose oesophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire

Mycobactériose atypique disséminée

Septicémie à salmonelle mineure

Tuberculose extra pulmonaire

Lymphome malin

Sarcome de Kaposi

Encéphalopathie à VIH

Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50% du temps

Signes de haute valeur d'orientation diagnostique : il s'agit ici de

- Sarcome de Kaposi (score 12);
- Méningite à cryptococcoque (score 12).

3.5.2. Diagnostique biologique :

3.5.2.1 Les marqueurs biologiques de l'infection due au VIH [17] :

Cinq marqueurs peuvent être actuellement utilisés pour le diagnostic biologique d'une infection due au VIH :

- L'ARN-VIH plasmatique (ARN-VIH) ;
- L'antigène p24 (Ag p24) ;
- Les anticorps (Ac) anti-VIH (Ac anti-VIH) ;
- L'ADN pro viral (ADN);
- L'isolement du virus.

3. 5. 2.2. Test d'évaluation du statut immunitaire :

La mesure régulière du taux de lymphocytes T CD4+ dans le sang circulant est le test le plus prédictif et le plus utile.

Si la valeur exprimée en pourcentage du total des lymphocytes change peu en fonction de l'âge chez l'enfant normal (de 25 à 40%), le nombre absolu de lymphocyte T-CD4+ est beaucoup plus élevé que chez l'adulte en raison de l'hyper lymphocytose physiologique. Ainsi, un taux inférieur à 1 500/mm³ dans la première année de vie représente déjà un déficit immunitaire important et

expose aux risques d'infection opportuniste. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, les valeurs limites s'abaissent pour rejoindre vers 5 à 6 ans celles de l'adulte. Une méta analyse récente évalue à 15% le seuil de CD4 au-dessous duquel apparaît un risque significatif d'évolution vers le Sida dans les 12 mois suivant la mesure du test. Pour les enfants de moins de 2 ans, le seuil se situe à 20%. L'immunité humorale n'est qu'imparfaitement appréciée par le dosage pondéral des immunoglobulines et n'est pas mesurée en pratique quotidienne. Une hypogammaglobulinémie peut s'observer en cas de déficit précoce et sévère mais, le plus souvent, il s'agit d'anomalies fonctionnelles dans le cadre d'une hypergammaglobulinémie franche, avec ou sans anomalie des sous-classes d'immunoglobulines [15].

3.5.2.3. Mesure de la réplication virale :

La mesure de la réplication virale par la mesure de l'ARN plasmatique a une valeur prédictive indépendante du taux de CD4, mais beaucoup moins puissante. La période de primo-infection est différente de celle observée chez l'adulte, avec des valeurs plus élevées dans les premiers mois de vie et une décroissance plus lente sur 12 à 24 mois. Une charge virale supérieure à 5 log en dehors de cette période de primo-infection est significativement associée à un risque de morbidité à court terme [15].

3.5.3. Classification pédiatrique :

Une classification des symptômes de la maladie a été proposée par le CDC (Centers for Disease Control) et sert de base utile pour comparer des groupes d'enfants. Elle n'a en revanche pas une grande utilité en pratique clinique. Elle est basée sur la symptomatologie et le degré de déficit immunitaire, appréciés en fonction de l'âge [15].

Les différentes classifications sont présentées sur les tableaux ci-dessous :

Tableau VI : Classification internationale 1994. Centers for Disease Control

Catégorie N : asymptomatique

Catégorie A : symptômes mineurs

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

Infection VIH asymptomatique

Lymphadénopathie persistante généralisée

Primo-infection symptomatique

Catégorie B : symptômes modérés

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

Angiomatose bacillaire

Candidose oropharyngée

Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement

Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ

Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois

Leucoplasie chevelue de la langue

Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome

Purpura thrombocytopénique idiopathique

Listériose

Neuropathie périphérique

Catégorie C : symptômes sévères

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

Candidose bronchique, trachéale ou extra pulmonaire

Candidose de l'œsophage

Cancer invasif du col

Coccidioidomycose disséminée ou extra pulmonaire

Cryptococcose extra pulmonaire

Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois

Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)

Rétinite à CMV

Encéphalopathie due au VIH

Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne

Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire

Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)

Sarcome de Kaposi

Lymphome de Burkitt

Lymphome immunoblastique

Lymphome cérébral primaire

Infection à *Mycobacterium tuberculosis*, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extra pulmonaire)

Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire

Pneumonie à pneumocystis carinii

Pneumopathie bactérienne récurrente

Leuco-encéphalite multifocale progressive

Septicémie à salmonelle non typhi récurrente

Syndrome cachectique dû au VIH

Source : [16]

Tableau VII : Evaluation immunologique (Classification pédiatrique CDC 1994)

Taux de CD4 (nombre absolu et pourcentage)

	0 à 11mois	1 à 5 ans	6 à 12 ans
1-Absence de déficit immunitaire	>1 500 (>25%)	>1 000 (>25%)	>500 (>25%)
2-Déficit modéré	750-1 499 (15-24%)	500-1 000 (15-24%)	200-499 (15-24%)
3-Déficit sévère	<750 (<15%)	<500 (<15%)	<200 (<15%)

Source : [15]

3.6. Transmission de la Mère à l'Enfant (TME) :

3.6.1. Historique de la PTME et de la prise en charge pédiatrique au Mali :

Le programme de la prévention de la transmission mères enfants du VIH a débuté en 2001 à l'Hôpital Gabriel Touré avec l'Initiative Malienne d'Accès au Antirétroviraux (IMAARV). En 2002 l'UNICEF a initié avec la Direction Régionale de la Santé du district de Bamako, le programme PTME avec la monothérapie à la Névirapine. Ce projet pilote initié à Bamako a fait l'objet d'extension dans les autres régions en 2004. Un premier passage à l'échelle du programme a été le changement du protocole de la monothérapie à la bithérapie (Névirapine et AZT) en juillet 2005. Cependant quelques sites comme l'hôpital Gabriel Touré et les CSRéf qui abritent les unités de prise en charge utilisaient déjà la trithérapie [6].

Le Programme PTME compte aujourd'hui 145 sites PTME fonctionnels. La prévalence du VIH observée est de 2,5% en juin 2007. Le défi reste la promotion de la PTME auprès des femmes enceintes et l'amélioration du taux d'adhésion au dépistage après counseling.

Au récapitulatif, ces sites PTME sont répartis par structures sanitaires dans l'ensemble des régions comme suit : 7 pour les hôpitaux ; 37 au niveau des CSREF ; 92 pour les CSCOM ; 10 pour les parapubliques et privés

Au Mali les premiers cas de VIH pédiatrique ont été diagnostiqués en 1995. Les activités d'inclusion des enfants au traitement ARV ont débuté à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré avec l'initiative d'accès aux ARV. Cependant il faut noter que les enfants ont été oubliés dans la lutte contre le VIH.

En 2007 la cellule sectorielle de lutte contre le SIDA a fait de la prise en charge pédiatrique une de ses priorités à travers l'élaboration d'un plan d'extension de la prise en charge et la signature de la convention avec la fondation Clinton pour rendre disponible les combinaison fixes d'ARV pédiatriques [6].

3.6.2. Mode de transmission:

Cette transmission peut se faire pendant la grossesse à travers le placenta (1/3 du risque) ; au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses (1/3 du risque) ; au cours de l'allaitement (1/3 du risque).

Une femme enceinte contaminée par le VIH, a environ 25-40% de risques d'avoir un bébé infecté **[18]**. Le risque de transmission durant l'allaitement est en relation avec l'état maternel clinique, immunologique et virologique.

Par ailleurs, Van de Perre et al **[9]** ont montré la présence constante d'IgG anti-VIH, inconstante d'IgA anti-VIH et relativement fréquente d'IgM anti-VIH dans le lait des femmes infectées.

Une étude a montré une augmentation du risque en cas de déficit maternel en vitamine A **[9]**. Enfin, le risque de transmission augmente particulièrement en cas d'abcès mammaire. Une étude à Durban (Afrique du Sud) a insisté sur le risque accru de transmission lors d'un allaitement mixte, par rapport à un allaitement exclusif au sein **[9]**.

Des études effectuées en Afrique du Sud par Coutsooudis A et al ont confirmé que la transmission verticale du VIH à 3 mois était de 14,6% chez les enfants exclusivement allaités contre 18,8% chez les enfants qui n'avaient pas du tout été allaités **[9]**. Les bébés qui étaient allaités et qui recevaient aussi du lait industriel avaient le taux de contamination le plus élevé (24,1%). A 6 mois, les bébés qui avaient été exclusivement allaités pendant 3 mois avaient un taux de contamination plus bas (18%) que les enfants qui n'avaient pas du tout été allaités (19%) ou qui avaient été partiellement allaités (26%).

Bien qu'on ait signalé un nombre de cas anecdotiques d'infection à VIH contracté par le lait maternel, il semble qu'il ne contribue pas de façon significative à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le tort causé par l'alimentation au biberon dépasserait probablement tout avantage que

présenterait le fait d'éviter la transmission par le lait maternel. Ainsi, il n'y a aucune raison de modifier la promotion actuelle de l'allaitement maternel dans des régions des pays en voie de développement où le VIH est endémique [18].

3.6.3 Facteurs de risque de la transmission

On sait beaucoup de choses sur les facteurs spécifiques qui peuvent accroître le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ces facteurs influençant le risque de TME se rapportent au virus, à la mère, à l'obstétrique, au fœtus et au nourrisson. Le facteur de risque de TME le plus important est la quantité de virus de VIH dans le sang de la mère connue sous l'appellation de « Charge Virale » [18].

Le risque de transmission à l'enfant est plus élevé lorsque la charge virale est élevée. Ce qui est souvent le cas lorsque l'infection par le VIH est très récente ou à une phase avancée du Sida.

Certains des facteurs de risques de la transmission sont les même pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, et l'allaitement maternel. D'autres ne sont pas les mêmes [8]. Ces similitudes et ces différences sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau IX : les facteurs maternels qui peuvent accroître le risque de transmission du VIH

Grossesse	Travail et accouchement	Allaitement maternel
-charge virale maternelle élevée (infection récente ou phase avancée du Sida)	-charge virale maternelle élevée (infection récente ou phase avancée du Sida)	-charge virale maternelle élevée (infection récente ou phase avancée du Sida)
-Infection virale bactérienne ou parasitaire du placenta (ex : Paludisme)	-Rupture des membranes plus de 4h avant accouchement	-Durée de l'allaitement maternel
-Infection sexuellement transmissible (IST)	-Utilisation de méthodes d'accouchement invasives qui accroissent le contact avec le sang ou les liquides biologiques infectés de la mère (ex : épisiotomie, surveillance par les électrodes)	-Alimentation mixte précoce (ex : aliments ou liquide en plus du lait maternel)
-Malnutrition maternelle (cause indirecte)	-Premier enfant en cas de naissance multiple	-Absès au sein, fissure du mamelon, mastite
	-Chorioamniotite (due à une IST ou à une autre infection non traitée)	-Mauvais statut nutritionnel maternel
		-Maladies buccales chez le bébé (ex : muguet ou plaies)

Source : [8]

3.7. Prévention :

La lutte contre l'infection à VIH est désormais une des priorités de la santé publique à travers le monde. Devant cette maladie incurable sans vaccin, la seule méthode pour l'éviter reste la prévention [9]. La prévention doit être considérée comme l'élément fondamental de la prise en charge. Ainsi, l'éducation des professionnels et mères sur les modes de transmission doit être renforcée. Il est largement documenté que 90 à 95 % des infections de l'enfant sont liées à une transmission verticale : seulement 5 à 10 % des infections de l'enfant sont ainsi rapportées à des transfusions de sang non testées, des procédures médicales ou

chirurgicales non sécurisées, des actes de médecine traditionnelle ou des abus sexuels [19]. Parallèlement, il existe une accumulation de preuves de l'efficacité des mesures de prévention de la transmission mère enfant (PTME) de l'infection VIH [19]. Une diminution du taux de transmission de 25 - 40% à 2% ou moins a été observée avec les procédures de PTME les plus efficaces mises en place en Europe, Amérique, Afrique et Asie [19]. Malgré cela, la PTME n'a concerné, en 2004, que 1% des mères infectées d'Afrique Subsaharienne [19]. Ces éléments amènent à considérer l'éducation sanitaire concernant la PTME comme le fondement d'une politique de prévention de l'infection de l'enfant.

3.7.1. Prévention primaire

La prévention primaire de la TME du VIH consiste à prendre des mesures pour protéger les femmes en âge de procréer d'une infection à VIH [9]. Réduire le nombre de mères infectées par le VIH est le moyen le plus efficace de diminuer la TME. Le VIH ne sera pas transmis à l'enfant si les futurs parents ne sont pas infectés [20].

3.7.2. Prévention Secondaire : prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH [20].

-Une planification familiale efficace peut contribuer à prévenir les grossesses non désirées et à aider la femme infectée par le VIH à protéger sa santé tout en prenant soin de sa famille.

- Un conseil pour une contraception sûre et efficace et des services de santé de la reproduction de qualité contribuent à éclairer les décisions en matière de grossesse.

3.7.3. Prévention de la transmission mère enfant :

On entend habituellement par PTME des programmes spécifiques conçus pour identifier les femmes enceintes infectées par le VIH et la mise à leur disposition d'outils efficaces visant à réduire la TME. Dans les pays où les femmes infectées par le VIH reçoivent un traitement associant trois ARV et n'allaitent pas leur enfant, le taux de TME a été réduit à environ 2 %.

La prophylaxie ARV peut réduire la TME de 40 à 70 % [20]. L'impact est plus grand (près de 70%) lorsque les femmes n'allaitent pas au sein, parce que les régimes de prophylaxie ARV courants préviennent la transmission du VIH seulement au début de la période d'allaitement.

3.7.3.1. Traitement ARV de la femme enceinte séropositive [21]:

a- femme ayant débuté sa grossesse sous ARV : si traitement efficace et bien toléré, alors continuer les ARV sauf contre indications (Efavirenz, ou l'association Didanosine+Stavudine).

b- femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :

-Si $CD4 < 350/mm^3$ alors débiter rapidement la trithérapie, avec une surveillance particulière de la grossesse. Il faut éviter ici l'Efavirenz au premier trimestre.

D4T/3TC/NVP (Triomune)

-Si $CD4 > 350/mm^3$, on proposera

D4T/3TC/NVP dès la 28^e semaine de la grossesse ou à défaut dès que la femme se présente.

c- femme enceinte non suivie et non traitée et dont le diagnostic de l'infection a été retardé (après 36 semaines et avant le début du travail ou pendant l'accouchement), on proposera une trithérapie **D4T/3TC/NVP** (Triomune)

Comment initier un traitement à la Triomune ?

Procéder comme suit pendant les 24 premiers jours :

La **Lamivudine (3TC)** 150mg cp : 1 cp le matin

La **Stavudine (D4T)** gel : 1 gel le matin

La **Triomune (3TC 150 + D4T 30 + NVP 200)** : 1cp le soir ou

La combinaison fixe **Lamivudine (3TC)** 150 mg + la **Stavudine (D4T)** 30 mg cp : 1 cp le matin

La **Triomune (3TC 150 +D4T 30 +NVP 200)** : 1 cp le soir

Si la **Névirapine** est bien supportée, à partir du 15^{ème} jour donnez :

La **Triomune (3TC 150 + D4T 30 + NVP 200)** : 1 cp matin et soir

NB : Tout arrêt non cadré de plus de 7 jours nécessite une réinitialisation de la Névirapine. Les prises du matin et du soir doivent être espacées de 12h et se faire à heure fixe.

Cas particuliers : Infection par le VIH 2

La TME du VIH 2 est faible. La Névirapine n'étant pas efficace sur le VIH2, les options suivantes sont possibles selon les circonstances :

-Chez la femme enceinte, administrer une trithérapie avec IP boosté ou 3 IN selon l'un des schémas suivants :

La **Lamivudine (3TC)** 150 mg cp : 1 cp le matin et soir

La **Stavudine (D4T)** gel le matin et soir

L'Indinavir (IDV)/Ritonavir ® (IDV 400 mg + RTV 100 mg) : 1 gel de chaque le matin et le soir ou **AZT/3TC/ABC**

-Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera une trithérapie dès la 28^{ème} semaine de grossesse (selon le schéma ci-dessous) :

D4T/3TC/NVP dès la 28^e semaine de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente.

NB : si le typage n'est pas possible donner le schéma de la Triomune dès la 28^{ème} semaine.

Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis l'arrêter selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.

En cas d'allaitement artificiel, il faut après l'accouchement arrêter les ARV selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.

Dans les deux cas, référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

3.7.3.2. Traitement ARV du travail et de l'accouchement de la femme séropositive [21] :

a- Femme séropositive ayant débuté sa grossesse sous ARV ou femme séropositive dont le traitement ARV initié pendant la grossesse a duré plus de 4 semaines : continuer le traitement ARV.

b- Femme enceinte séropositive non suivie et non traitée qui est en travail : il faut :

-Traiter avec la Névirapine (1 cp de 200 mg) en prise unique en début de travail, associé à :

- une combinaison fixe de (AZT 300mg + 3TC 150mg) : 1cp toutes les 3 heures (ne pas dépasser 3 cp) jusqu'au clampage du cordon

c- Femme enceinte séropositive traitée pendant moins de 4 semaines et qui est en travail on proposera de continuer le traitement en cours et le renforcer par l'administration :

AZT (cp 300 mg) : 300 mg toutes les 3 heures (ne pas dépasser 3 cp jusqu'au clampage du cordon)

Cas particulier du VIH2 et du VIH 1+2

-chez la femme déjà sous trithérapie, continuer les ARV en cours

-Si la femme non traitée et qui se présente en travail :

AZT 300mg + 3TC 150mg) : 1 cp toutes les 3 heures (maximum 3 comprimés/jour) jusqu'au clampage du cordon.

3.7.3.3. Femmes allaitantes :[13]

En raison du risque de transmission par le lait, l'allaitement artificiel est recommandé lorsqu'il est réalisable dans de bonnes conditions.

Dans le cas où l'allaitement maternel est néanmoins choisi : la trithérapie sera poursuivie si la mère était déjà traitée ; sinon instaurer une trithérapie préventive jusqu'en fin d'allaitement :

[AZT/3TC]+NFP x 2/j ou [AZT/3TC] x 2/j + IDV x 3/j

Il faudra alors que le sevrage soit rapidement obtenu à 6 mois.

3.7.3.4 Précautions obstétricales et césarienne programmée [9]

La prévention doit porter sur les facteurs de risque obstétricaux de TME qui ont été identifiés. L'effet protecteur d'une césarienne à membranes intactes et avant tout début de travail est désormais établi par plusieurs cohortes, portant sur plus de 8500 couples mère enfant, et un essai thérapeutique randomisé européen. Dans l'enquête périnatale française, le taux de transmission était inférieur à 1% en cas de césarienne programmée associée à l'AZT, il a été observé une interaction positive entre les deux mesures prophylactiques [9]. Toutefois, le choix du mode d'accouchement doit tenir compte du rapport entre le bénéfice potentiel pour l'enfant et le risque de l'intervention pour la femme.

Les risques maternels sont postopératoires immédiats, mais concernent aussi les complications obstétricales en cas de grossesse ultérieure, en particulier s'il s'agit d'une femme africaine [6,19]. Par ailleurs, la césarienne en cours de travail ou à membranes rompues ne semble pas diminuer le taux de TME par rapport à l'accouchement par voie vaginale [19].

L'amnioscopie est contre-indiquée en toutes circonstances. Il convient d'éviter autant que possible les gestes pouvant entraîner des échanges sanguins materno-fœtaux. Certains gestes tels que les versions par manœuvre externes sont à proscrire [19]. Le cerclage du col, lorsque son indication est indiscutable, doit être précédé par une prophylaxie antirétrovirale éventuelle d'amniocentèse ou d'autres gestes invalides doivent être soigneusement pesés au vu de leur risque potentiel [19].

L'aseptisation de la filière d'expulsion pendant le travail et l'accouchement : le risque de transmission du VIH pendant l'accouchement est relativement élevé du fait de la présence du virus dans le sang et les mucoosités de la filière d'expulsion [15]. Les autres adaptations de l'obstétrique peuvent contribuer à réduire le contact entre le nouveau-né et les liquides organiques infectés de la mère. Il peut s'agir par exemple d'éviter les épisiotomies, la rupture artificielle de membranes [15].

Sachant que la survenue d'autres MST est de nature à accroître le risque de TME du VIH leur dépistage et leur traitement peuvent réduire ce risque de transmission [19].

3.7.3.5. Allaitement artificiel

L'allaitement au sein augmente le risque de transmission, il est donc préférable si possible de l'éviter [5 ; 19]. Le fait de l'éviter peut réduire le risque de transmission dans une proportion de 20 à 25% [19]. Cependant les bienfaits de l'allaitement maternel sur le plan nutritionnel, immunologique, psychosocial et d'espacement des naissances dans les pays en voie de développement ont amené l'OMS à analyser l'arrêt de l'allaitement maternel pour les mères séropositives au VIH [9]. Mais actuellement, vu le taux élevé du VIH/SIDA, l'OMS conseille l'allaitement artificiel [9].

3.8. Prise en charge du nouveau né de mère séropositive [21]:

3.8.1. Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

-AZT sirop : 4mg/kg x2/jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 14 jours

+

-**NVP** sirop : 1 dose orale : 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

+

-**3TC** sirop : 2mg/kg x2/jour pendant 14 jours, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

3.8.2. Mère traitée moins de 4 semaines ou n'ayant pas reçu de prophylaxie

-**AZT** sirop : 4mg/kg x2/jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines

+

-**NVP** sirop : 1 dose orale : 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

+

-**3TC** sirop : 2mg/kg x2/jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

3.8.3. En cas de VIH2

-**AZT** sirop : 4mg/x2/jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines

+

-**3TC** sirop : 2mg/kgx2/jour pendant 2 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

3.8.4. En cas de VIH1+2, traiter avec une trithérapie contenant :

-AZT sirop : 4mg/kgx2/jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines

+

-NVP sirop : 1 dose orale : 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

+

-3TC sirop : 2mg/kgx2/jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

Posologie des ARV à donner au nouveau-né :

- AZT (10mg/ml) : poids de naissance x 0,4 ml matin et soir }
-3TC (10mg/ml) : poids de naissance x 0,2 ml matin et soir } Pendant 2 à 4 semaines
- NVP (10mg/ml) : poids de naissance x 0,2 ml en dose unique.

Donner la prophylaxie au Cotrimoxazole aux nouveaux nés de mères séropositives à partir de 6 semaines jusqu'à 18 mois comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau VIII : Dose de cotrimoxazole suspension et comprimé en fonction de l'âge/Poids

Age/poids	Susp 240	Comp 120	Comp 480
<6mois ou<5kg	2,5ml	1 comp	¼ comp
6mois-5mois ou 5-15kg	5ml	2 comp	½ comp

6-14 ans ou 15-30kg	10ml	4 comp	1 comp
>14 ans ou >30kg	-	-	2 comp

La prévention des infections opportunistes se fera par la prescription de Cotrimoxazole et la vaccination sera assurée selon le calendrier normal des enfants sauf si le taux de CD4<15%;

3.8.5 Vaccinations :

Le calendrier vaccinal mérite d'être légèrement modifié chez l'enfant né de mère séropositive. Cette restriction ne concerne toute fois pas les pays en voie de développement où le programme élargi de vaccination doit être maintenu, quelque soit le statut sérologique de l'enfant. Les vaccins vivants atténués (poliomyélite orale, rougeole, oreillons, rubéole, fièvre jaune, BCG) posent potentiellement d'autres problèmes dans un contexte de déficit immunitaire. Si la tolérance à un court terme est toujours bonne, la diffusion généralisée du BCG dans l'organisme est possible en cas d'effondrement de l'immunité cellulaire, même s'il, intervient plusieurs années après la vaccination. Il n'est donc pas logique de se baser sur le statut immunitaire de l'enfant le jour de la vaccination pour décider ou non de la réaliser. Ce vaccin est proposé aux enfants devenus séronégatifs après 15 mois ou plus précocement sur deux PCR négatives réalisées après l'âge de 1 mois en cas de risque élevé de tuberculose dans l'environnement familial de l'enfant. Au contraire, si l'enfant est infecté par le VIH-1, il est préférable de ne pas le vacciner par le BCG. En cas de risque de contagio tuberculeux, il faut avoir recours à la chimioprophylaxie [15].

Compte tenu de la persistance possible dans le tube digestif du micro-organisme vaccinal et bien qu'aucun accident n'ait été décrit avec le vaccin oral contre la poliomyélite, il est préférable de le remplacer par le vaccin antipolio injectable.

Le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR) ne pose pas de réel problème car le virus vaccinal ne persiste pas dans l'organisme. Aucune complication n'a été décrite à ce jour avec ce type de vaccin chez les enfants infectés par le VIH-1[15].

Les autres vaccins (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio injectable, pneumocoque, haemophilus influenzae, grippe, hépatite B) ne posent aucun problème, même en cas de déficit immunitaire. La seule question concerne leur réelle efficacité lorsque l'enfant présente déjà des perturbations immunitaires importantes [15].

3.9. Le calendrier de suivi des enfants

3.9.1. Intérêt du suivi des enfants.

La qualité du suivi des enfants dépend de la qualité du Counseling avant la naissance, de la relation établie entre le personnel et les femmes au cours des différents rendez-vous. De tout cela dépendra la régularité des femmes au suivi. C'est pour quoi il faut un très bon Counseling par des agents bien imprégnés du VIH/SIDA, de la patience dans l'écoute. La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire regroupant les sages femmes, un pédiatre ou un médecin généraliste point focal, un technicien du développement communautaire, un infirmier d'état, un technicien de laboratoire et de l'implication de l'association des personnes vivant avec le VIH est nécessaire pour la prise en charge des femmes et de leurs enfants. Les visites de suivi ont pour but de voir l'évolution clinique, biologique de l'enfant et d'assurer l'accompagnement psychosocial de la femme

3.9.2. Calendrier et composante du suivi des enfants

3.9.2.1. Suivi clinique :

Il est celui de l'examen clinique d'un enfant normal. Ce suivi clinique se fait : dès la naissance, à J7, puis mensuel jusqu'à 6 mois et ensuite trimestriel pendant 4 trimestres.

3.9.2.2. Suivi alimentaire

Le mode d'alimentation est laissé au choix de la mère, après avoir reçu un counseling sur l'alimentation du nouveau né de mère séropositive. Elle doit être édifiée sur les avantages et les inconvénients de l'allaitement maternel et aussi de l'alimentation artificielle; mais l'alimentation mixte est à proscrire.

3.9.2.3. Suivi biologique

Est basé sur la réalisation de 2 PCR avant 9 mois, sur la sérologie VIH à 12 mois, et à 18 mois.

Les examens classiques :

-Glycémie

-NFS

-Transaminase

Le taux de CD4 sera dosé chez les enfants positifs avant de décider de la mise en route d'un traitement.

3.9.2.4. Accompagnement psychosocial

Doit se faire avec les agents du service de développement social et de l'association des personnes vivant avec le VIH. Cet accompagnement doit pouvoir faire adhérer la femme à des groupes de soutien psychosocial, à partager

l'information avec d'autres personnes (mari, parents, connaissance) si cela n'est pas encore fait.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4 -1-Cadre d'étude :

Le Mali est un pays continental de l'Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1 241 238 Km². C'est un vaste territoire qui s'étale à 25% sur la zone soudano guinéenne, 25% sur la zone sahélienne et 50% sur le désert saharien. Le Mali est divisé en 8 régions administratives : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal. En plus, le district de Bamako qui est la capitale possède le même statut qu'une région administrative. La pyramide sanitaire au Mali se compose comme suit :

- le premier niveau de contact avec les populations est constitué par les Centres de Santé Communautaire (CSCOM).
- le deuxième niveau est représenté par les centres de santé de cercle qui constituent le premier niveau de référence.
- au troisième niveau, nous avons les hôpitaux régionaux au nombre de six et les hôpitaux nationaux, qui servent de référence de troisième niveau.

L'étude s'est déroulée dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti ainsi que dans le district de Bamako. Cette enquête a concerné 24 centres de santé et la liste figure en annexe.

4 .2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale incluant toutes les structures PTME fonctionnelles du Mali faisant le suivi des enfants nés de mères au VIH.

4.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée de Décembre 2007 à Mars 2008.

4.4. Population d'étude :

La population d'étude était constituée par les points focaux PTME des centres de santé concernés.

Les sources de données exploitées pour l'enquête ont été : les rapports d'activités, les supports de gestion des intrants (Lait, réactifs, cotrimoxazole)

4.5. Echantillonnage :

La technique du choix raisonné a été utilisée en se basant sur l'existence du suivi des enfants nés de mères séropositives dans les différents sites PTME au Mali. Nous avons ainsi inclus dans l'étude 24 sur 145 sites PTME (sur les informations recueillies suite à une enquête préliminaire).

La technique du choix raisonné a été utilisée aussi pour le choix du personnel de santé ayant en charge le suivi des enfants nés de mères séropositives. Ils sont les mieux indiqués pour donner les informations sur une activité qu'ils mènent tous les jours.

4.6. Plan de collecte

4.6.1. Techniques de collecte :

Deux techniques ont été utilisées pour la collecte des données à savoir :

- une revue documentaire sur la PTME et le suivi auprès de la Direction Nationale de la Santé pour avoir les statistiques;

-administration de questionnaire pour collecter des informations concernant l'identification du centre, les structures impliquées dans la prise en charge des enfants nés de mères séropositives, les activités de prise en charge des enfants nés de mères séropositives du centre, les supports, les suggestions pour un meilleur suivi des enfants nés de mères séropositives.

4.6.2. Instruments de collecte :

On a utilisé 2 instruments de collecte :

-une fiche pour l'exploitation des documents ;

-un questionnaire à l'endroit des points focaux des 24 sites PTME inclus.

4.7. Définitions opérationnelles :

- **Site de suivi des enfants nés de mères séropositives** : il s'agit d'un service socio-sanitaire disposant d'un local approprié avec la compétence en ressources humaines qui suit régulièrement les enfants nés de mères séropositives de 0 à 18 mois dans le cadre de la PTME.

- **Enfants nés de mères séropositives** : tout enfant à la naissance dont la maman est séropositive confirmée.

- **Composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives** : Ensemble des activités cliniques, biologiques, préventives et psychosociales mises en œuvre pour prendre en charge les enfants nés de mères séropositives et cela de façon mensuelle jusqu'à 6 mois puis trimestrielle jusqu'à 18 mois.

-**Prise en charge globale** : prise en charge ARV des adultes et enfants infectés par le VIH et toutes les actions qui accompagnent cette prise en charge.

-Prise en charge psychosociale : Tout acte qui vise à soutenir de façon morale, psychologique ou matérielle, les enfants nés de mères séropositives et leurs mères.

4.9 Les variables : les informations ont été collectées à partir des variables suivantes :

- Qualification des personnes enquêtées
- Durée dans la PTME
- Implication du service de développement social
- Disponibilité d'une salle spécifique pour la PEC
- Disponibilité d'une salle de counseling
- Localisation du site PTME
- Procédures de PEC
- Type d'action des PVVIH
- Réalisation des séances de causeries au niveau du centre
- Faisabilité du counseling pour le dépistage
- Type de PEC psychosociale
- Disponibilité de supports pour la gestion des ARV, lait, cotrimoxazole, réactifs

4.10. Analyse et traitement des données:

Les données collectées ont été enregistrées sur des fiches d'enquête préétablies et numérotées. A l'aide d'un masque de saisie, les données ont été saisies avec le logiciel Epi info version 6. Une fois la saisie terminée, ces données ont été nettoyées. Des pourcentages ont été calculés.

RESULTATS

V. RESULTATS

Dans ce paragraphe, les résultats sont organisés comme suit:

- nous allons présenter dans un premier temps les structures impliquées dans la prise en charge des enfants nés de mères séropositives,
- dans un deuxième temps nous présenterons les composantes du suivi, les supports utilisés, les caractéristiques des personnes enquêtées, les difficultés qui entravent le suivi et les propositions faites par les points focaux.

L'enquête a concerné 24 sites PTME, 24 points focaux responsables du suivi des enfants nés de mères séropositives,

- nous avons procédé également à une revue documentaire.

5.1 Structures PTME impliquées dans la prise en charge des enfants nés de mères séropositives au Mali

Tableau I : Répartition des sites PTME selon la région et la structure sanitaire.

Régions	CSREF	CSCOM	Hôpitaux	Para public et privé	Total sites PTME	%
Kayes	4	3	1	0	8	5,52
Koulikoro	8	25	0	2	35	24,14
Sikasso	4	10	1	3	18	12,41
Ségou	6	14	1	2	23	15,86
Mopti	5	6	0	1	12	8,28
Tombouctou	1	2	1	0	4	2,76
Gao	2	7	1	1	11	7,59
Kidal	1	2	0	0	3	2,07
District Bamako	6	23	1	1	31	21,38
Total	37	92	6	10	145	100

De 2002 à 2007 il existe 145 sites PTME au Mali et dans toutes les régions avec une forte proportion dans la région de Koulikoro.

Sources : Selon les données de la DNS en Décembre 2007

Tableau II : Répartition des sites PTME par niveau

Niveaux	Nombre sites PTME	%
Hôpitaux	6	4,13%

CSREF	37	25,52%
CSCOM	92	63,45%
Para public et privé	10	6,90%
Total	145	100%

La plupart des sites PTME se trouvent dans les CSCOM soit 63,45%.

Tableau III : Répartition des sites selon l'évaluation de la salle de Counseling.

Evaluation de la salle de Counseling	Effectif	%
Existence de Salle de Counseling N = 24		
Oui	17	70,8
Non	7	29,2
Salle de Counseling adaptée N = 17		
Oui	15	88,2
Non	2	11,8

La salle de counseling existait dans 70,8% des sites ; il ressortait que 88,2% des salles de counseling étaient adaptées.

Tableau IV : Répartition des sites PTME selon l'évaluation du lieu spécifique de prise en charge globale du VIH/Sida

Evaluation Lieu spécifique de prise en charge globale du VIH/Sida	Effectif	%
Lieu spécifique de prise en charge globale du VIH/Sida N = 24		
Oui	10	41,7
Non	14	58,3
Lieu spécifique de prise en charge des enfants nés de mères séropositives N = 24		
Oui	8	33,3
Non	16	66,7

L'unité de prise en charge globale du VIH/Sida existait dans moins de 50% des sites. Un lieu spécifique de prise en charge des enfants nés de mères séropositives existait dans 33,3 % des sites.

Tableau V : Répartition par année des données PTME

Indicateurs	2002		2003		2004		2005		2006	
	Nbre	%								
FE CPN	10313	100	22342	100	32355	100	64001	100	79807	100
FE TEST	3310	32	6146	28	9751	30	35751	56	46465	58
FE eff TEST	3310	32	6038	27	8340	26	34051	95	44151	95
FE sero+	98	3.2	198	3.2	261	2	1098	3.2	1128	2.55
FE sero+ARV	15	15	75	38	87	33	415	38	656	58
Nné	16	100	69	100	90	100	349	100	642	100
Nné ARV	16	100	49	71	88	98	333	95	626	98

Source : DNS PTME (2002-2006)

5.2 Les composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives

Tableau VI : Répartition des sites PTME selon la faisabilité du counseling pour le dépistage.

Counseling pour le dépistage	Effectif	%
Oui	24	100
Non	0	0

Total	24	100
--------------	-----------	------------

Le Counseling pour le dépistage était effectif dans tous les sites.

Tableau VII : Répartition des sites PTME selon la tenue de la prise en charge globale du VIH/Sida.

Prise en charge globale du VIH/Sida	Effectif	%
Oui	12	50
Non	12	50
Total	24	100

La moitié des sites effectuait la prise en charge globale du VIH/sida.

Tableau VIII : Répartition des sites PTME selon l'évaluation de la prise en charge psychosociale du VIH/Sida

Evaluation de la prise en charge psychosociale	Effectif	%
Prise en charge Psychosociale du VIH/Sida N = 24		
Oui	15	62,5
Non	9	37,5
Type de prise en charge N = 15		
Conseil	1	6,7
Conseil et orientation	2	13,3

Conseil, orientation et sensibilisation	1	6,7
Conseil, soutien psychologique et sensibilisation	1	6,7
Conseil et sensibilisation	7	46,7
Sensibilisation	2	13,3
Sensibilisation et réinsertion sociale	1	6,7

La majorité des sites effectuait la prise en charge psychosociale du VIH/Sida.

Le conseil, la sensibilisation et la réinsertion sociale sont les types de soutiens les plus retrouvés.

Tableau IX : Répartition des sites PTME selon la pratique des activités de prise en charge des enfants nés de mères séropositives et du type de prise en charge.

Pratique des activités de prise en charge des enfants nés de mères séropositives et type de prise en charge	Effectif	%
Pratique des activités de prise en charge des enfants nés de mères séropositives N = 24		
Oui	22	91,7
Non	2	8,3
Type de prise en charge N = 22		
Médicale et	4	18,2

nutritionnelle		
Médicale, nutritionnelle et ARV	12	54,4
Médicale, nutritionnelle, ARV et suivi	3	13,6
Médicale et suivi	3	13,6

Il y a 91,7% des points focaux enquêtés qui ont affirmé que la prise en charge des enfants nés de mères séropositives était effectuée au niveau de leurs sites.

La prise en charge médicale, nutritionnelle et ARV était le type de prise en charge le plus retrouvé (54,4%).

Tableau X : Répartition des sites PTME selon l'évaluation du suivi clinique des enfants nés de mères séropositives en dehors des maladies

Suivi clinique	Effectif	%
Faisabilité du suivi clinique N = 24		
Oui	21	87,5
Non	3	12,5
Rythme du suivi clinique N = 21		
Mensuel	20	95,2
Trimestriel	1	4,8
Semestriel	0	0
Autres à préciser	0	0
Age du suivi clinique (mois) N = 21		
2	1	4,8
18	18	85,7
24	2	9,5

Le suivi clinique des enfants nés de mères séropositives était effectué dans 87,5 % des sites ; le rythme de suivi clinique était mensuel dans 95,2 % des sites et l'âge de suivi était de 18 mois dans 85,7% des sites.

Tableau XI : Répartition des sites PTME selon l'évaluation du suivi biologique des enfants nés de mères séropositives

Suivi biologique	Effectif			%	
Existence de suivi biologique N = 24					
Oui	19			79,2	
Non	5			20,8	
Type de suivi	Oui	%	Non	%	Effectif
PCR / CV	8	42,1	11	57,9	19
Sérologie VIH	19	100	0	0	19

Le suivi biologique était effectué dans 79,2 % des sites. La PCR/charge virale était effectuée dans seulement 42,1% des sites.

Tableau XII : Répartition des sites PTME selon l'évaluation du suivi social des enfants nés de mères séropositives

Suivi social	Effectif			%	
Existence de suivi social N = 24					
Oui	23			95,8	
Non	1			4,2	
Type de soutien social	Oui	%	Non	%	Effectif
lait	23	100	0	0	23
médicament	17	73,9	6	26,1	23
farine enrichie	16	69,6	7	30,4	23

Autres*	5	1,2	18	78,3	23
---------	---	-----	----	------	----

*Habit, riz, huile, cérélac

Le suivi social était effectué dans 95,8 % des sites ; le don de lait, de médicament, de farine enrichie était le type de soutien le plus retrouvé.

Tableau XIII : Répartition des sites PTME selon implication du service de développement social dans le suivi des enfants nés de mères séropositives

Implication du service de développement social N 24	Effectif	%
Oui	9	37,5
Non	15	62,5
Type d'action du service de développement social N = 9		
Psychosociale	4	44,4
Psychosociale et recherche des perdus de vue	2	22,2
Supervision PTME	1	11,1
Recherche des perdus de vue	1	11,1
Don de lait, de médicament et de farine enrichie	1	11,1

Le service de développement social n'était pas impliqué dans le suivi des enfants nés de mères séropositives dans 62,5 % des sites.

La prise en charge psychosociale, la recherche des perdus de vue, les dons de lait et de médicament étaient les types d'actions effectués par le service social.

Tableau XIV : Répartition des sites PTME selon l'implication des associations des PVVIH dans le suivi des enfants nés de mères séropositives

Implication des PVVIH N = 24	Effectif	%
Oui	13	54,2
Non	11	45,8
Type d'action des PVVIH N = 13		
I.E.C à la CPN	8	61,5
I.E.C et témoignage lors des causeries	2	15,4
Témoignage lors des causeries	1	7,7
Soutien moral	1	7,7
Témoignage et recherche des perdus de vue	1	7,7

L'association des PVVIH n'était pas impliquée dans plus de 45,8 % des sites.

Les IEC, les témoignages, le soutien moral et la recherche des perdus de vue étaient les types d'actions effectués par les associations des PVVIH.

Tableau XV: Répartition des sites PTME selon la réalisation des séances de causerie sur le VIH /SIDA

Séances de causerie	Effectif	%
Oui	19	79,2
Non	5	20,8
Total	24	100

Les causeries sur le VIH/Sida étaient réalisées dans 79,2% des sites.

5.3. Les supports utilisés dans le suivi

Tableau XVI : Répartition des sites PTME selon l'existence d'un dossier de suivi des enfants nés de mères séropositives

dossier de suivi des enfants nés de mères séropositives	Effectif	%
Existence d'une fiche de suivi N = 24		
Oui	14	58.3
Non	10	41.7
Structure conceptrice du dossier N = 14		
Le centre.	4	28.6
La direction nationale de la santé	4	28.6
Les ONG	2	14.3
Médecins d'Afrique	1	7.1
Hôpital Gabriel Touré	1	7.1

CREDOS	2	14.3
--------	---	------

Un dossier de suivi existait dans 58,3 % des sites. Le dossier de suivi avait plusieurs origines dont le centre, la DNS, L'hôpital Gabriel Touré le CREDOS, Médecin d' Afrique et d'autres ONG.

Tableau XVII : Répartition des sites PTME selon l'existence d'un manuel ou guide de suivi des enfants nés de mères séropositives

manuel ou guide de suivi	Effectif	%
Existence de manuel ou guide de suivi N = 24		
Oui	19	79,2
Non	5	20,8
Structure conceptrice du manuel où guide N = 19		
La direction nationale de la santé	18	94,7
ONG	1	5,3

Un manuel ou guide existait dans 79,2% des sites, le manuel ou guide de suivi avait plusieurs origines dont la DNS (94,7%) et des ONG (5,3%).

Tableau XVIII : Répartition des sites PTME selon l'existence d'un registre pour le suivi des enfants nés de mères séropositives

Registre pour le suivi	Effectif	%
Oui	15	62,5
Non	9	37,5

Total**24****100**

Le registre pour le suivi des enfants nés de mères séropositives existait dans 62,5% des sites.

Tableau XIX : Répartition des sites PTME selon l'existence de supports pour la gestion des intrants

Supports pour intrants	Oui	%	Non	%	Effectif
Lait	21	87,5	3	12,5	24
ARV	21	87,5	3	12,5	24
Cotrimoxazole	18	75	6	25	24
Réactifs	19	79,2	5	20,8	24

Les supports de gestion des intrants existaient pour le lait, les ARV, les autres médicaments et les réactifs.

5.4 Caractéristiques des personnes enquêtées

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon la qualification.

Qualification	Effectif	%
Etudiant en année de thèse	2	8,3
Médecin généraliste	13	54,2
Pédiatre	3	12,5
Sage-femme	6	25
Total	24	100

Il y a 54,2 % des enquêtés qui étaient des médecins généralistes.

Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon leur année d’expérience dans le cadre de la PTME

Nombre d’années d’expérience	Effectif	%
1	6	25
2	7	29,2
3	3	12,5
4	5	20,8
5	3	12,5
Total	24	100

Parmi les enquêtés, 29,2% avaient une expérience égale à 2 ans.

5.5. Les difficultés qui entravent le suivi des enfants nés de mères séropositives au niveau de certains sites et les propositions faites par les points focaux :

5.5.1. Difficultés

Les points focaux interrogés ont recensé les difficultés suivantes :

- absence de salle de counseling dans certains centres ;
- absence d’unité de prise en charge globale ;
- absence de lieu spécifique de prise en charge des enfants nés de mères séropositives ;
- rupture de lait et de réactifs ;

- les perdus de vue ;
- stigmatisation ;
- absence d'information du partenaire ;
- insuffisance de formation continue du personnel.

5.5.2. Propositions faites par les points focaux :

Face aux difficultés rencontrées, ils ont fait les propositions suivantes :

- mettre en place une structure appropriée de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans tous les centres de santé ;
- motiver le personnel ayant en charge le suivi des enfants nés de mères séropositives et diminuer leur charge de travail ;
- assurer la formation continue du personnel sur les composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives ;
- harmoniser les manuels ou guides et les dossiers de suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH ;
- assurer la disponibilité des intrants (lait, médicaments, réactif, ...) de façon permanente ;
- renforcer les activités de supervision au niveau des sites PTME ;
- assurer le suivi clinique, nutritionnel, biologique, préventif et social ;
- impliquer en plus du point focal PTME , les sages-femmes, le médecin en charge des enfants, le service du développement social et les animatrices des associations de PVVIH dans le suivi ;

- améliorer le schéma du suivi.

5.6. Schéma du suivi

Le schéma présenté ci-dessous est une synthèse élaborée à partir des propositions d'amélioration faites par les points focaux

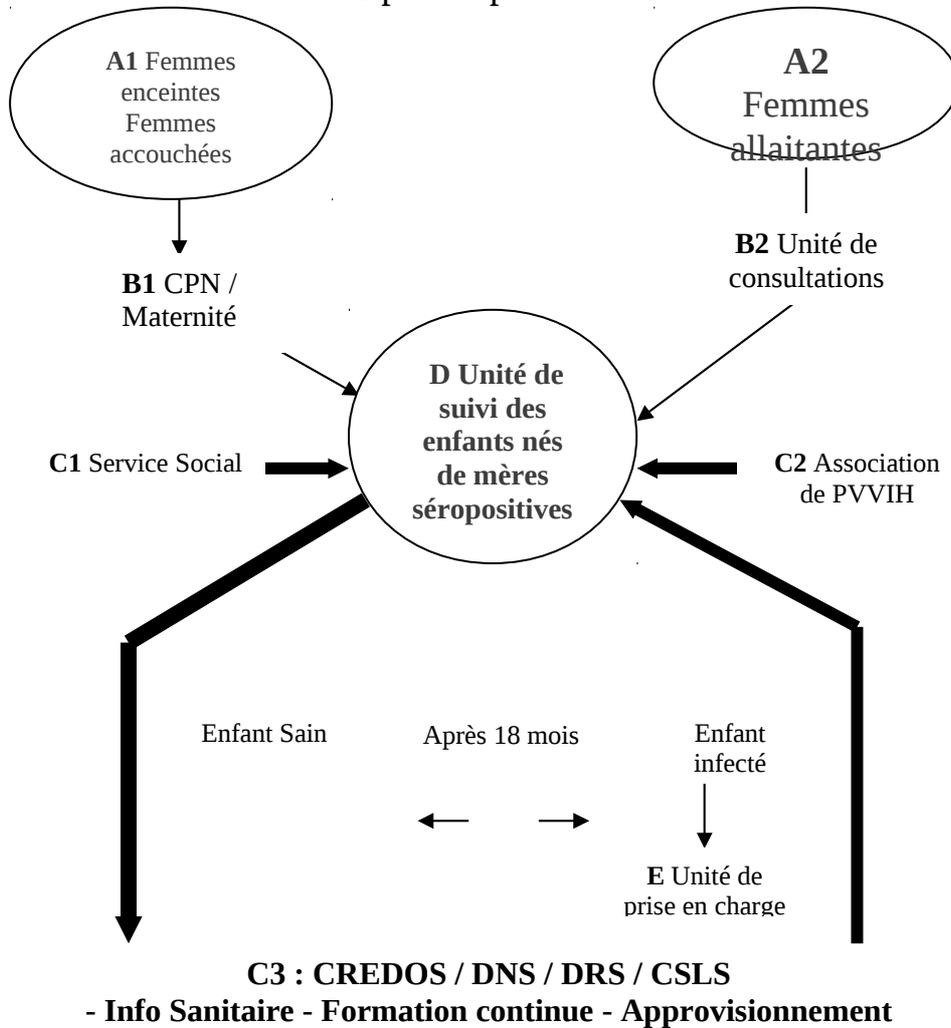


Figure 1 : Circuit couple mère/enfant dans le cadre du suivi des enfants nés de mères séropositives

Légende :

A : les femmes séropositives.

B : niveaux d'admission des femmes séropositives.

C : les structures d'appui.

D : l'unité de suivi des enfants nés de mères séropositives.

E : l'unité de prise en charge ARV des enfants infectés.

DISCUSSIONS

VII. DISCUSSIONS

Les structures impliquées dans la prise en charge ont été identifiées ; les composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives ont été déterminées ; les supports ont été appréciés ; un schéma de suivi a été proposé.

Les instruments de collecte utilisés ont permis de recueillir des informations en rapport avec les objectifs.

Tous ces éléments ont permis d'apprécier la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives.

7.1. Validité et qualité des résultats :

Sur les 145 sites PTME identifiés, nous avons inclus 24 sites PTME dans l'étude qui faisaient le suivi des enfants nés de mères séropositives. Les points focaux ont été interrogés car ils sont chargés de cette activité (leur activité quotidienne)

7.2. Structures PTME fonctionnelles et statistiques du suivi des enfants :

➤ Structures PTME fonctionnelles :

De 2002 à 2007, il existait 145 sites PTME au Mali et dans toutes les régions avec une forte proportion dans la région de Koulikoro.

Les sites PTME sont repartis par structures sanitaires et la plupart se trouvent dans les CSCOM avec 63,45%. Cette prédominance au niveau des structures de premier niveau que sont les CSCOM va contribuer au renforcement de l'accessibilité des soins PTME.

Au Burkina Faso, le nombre de sites PTME s'est accru de 211 en 2006 à 400 en 2007. Ces sites sont repartis dans 50 districts sanitaires sur 55 [11].

Une étude montre qu'au Sénégal, le programme de PTME mis en œuvre dans 3 sites pilotes à Dakar entre 2000-2002 a été décentralisé dans 11 régions depuis 2005. Les résultats de ce programme montrent une augmentation des sites de PTME qui sont passés de 64 sites en 2006 à 84 sites en 2007 [12].

Une salle de counseling existait dans 70,8 % des sites. Il ressortait que 88,2 % des salles de counseling étaient adaptées. Ceci renforce la confidentialité et met en confiance les femmes. Tous les sites doivent avoir une salle de counseling adaptée en vue de mener l'activité selon les normes. Le counseling était réalisé dans 100% des sites.

Une unité de prise en charge globale existait dans 41,7% des sites et la prise en charge globale était faite dans la moitié des sites.

Un lieu spécifique de prise en charge des enfants nés de mères séropositives n'existait pas dans 66,7 % des sites.

Il est à noter que dans les structure où il n'existe pas une unité de prise en charge globale le suivi était difficile car les femmes faisant leurs prises en charge ARV ailleurs, ne respectaient pas les rendez vous pour le suivi des enfants.

L'absence d'unité de prise en charge des enfants rendait le suivi difficile et par conséquence augmentait le taux des perdus de vue.

➤ **Statistiques du suivi des enfants :**

En 2006, 2,55% de femmes enceintes testées étaient séropositives (1128/44151) ; 58% des femmes dépistées séropositives ont reçu des ARV

(656/1128). Les nouveaux nés ayant bénéficié d'un traitement ARV étaient au nombre de 626.

Au Burkina Faso, la proportion de femmes enceintes séropositives parmi les femmes ayant subi le test de dépistage en fin Septembre 2007 était de 3,1%. La proportion de femmes enceintes testées séropositives ayant pris la Névirapine ou autres ARV est de 85,9% tandis que la proportion de nouveaux nés de mères infectées par le VIH ayant pris la Névirapine est de 79,3% [11]. Par ailleurs le

pourcentage de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH qui reçoivent une prophylaxie par ARV pour réduire la TME est passé de 50% en 2006 à 65% en 2007 au Sénégal [12].

➤ **Information sur le personnel**

La majorité des enquêtés était des médecins généralistes (54,2%) et 29,2% avaient une expérience supérieure à 2 ans dans le cadre de la PTME.

7.3. Les composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives

Le Counseling se faisait dans l'ensemble des sites ; la moitié des sites effectuait la prise en charge globale du VIH/Sida.

Plus de la moitié des sites (62,5%) faisait la prise en charge psychosociale avec le conseil, la sensibilisation, la réinsertion sociale, le don de lait, de médicaments et de farine enrichie.

Le service social n'était pas impliqué au suivi des enfants nés de mères séropositives dans 62,5 % des sites. Il avait comme action la recherche des perdus de vue là où il était impliqué.

L'association des PVVIH n'était pas impliquée dans le suivi des enfants dans 45,8 % des sites. Dans les sites où elle était impliquée, son rôle se limitait aux séances d'IEC, les témoignages, le soutien moral, la recherche des perdus de vue et les visites à domicile.

La prise en charge des enfants se faisait dans 91,7 % des sites et les prises en charge médicale et nutritionnelle étaient les plus retrouvées.

Le suivi clinique des enfants nés de mères séropositives était effectué dans 87,5 % des sites ; le rythme était mensuel dans 95,2 et cela jusqu'à 6 mois et trimestriel jusqu'à 18 mois.

Le suivi biologique se faisait dans 79,2 % des sites. La sérologie HIV se faisait dans 100% des sites tandis que la PCR / charge virale était réalisée seulement dans 42,1 % des centres.

Le dossier de suivi existait dans 58,3 % des sites. Ce dossier avait des origines diverses dont la DNS, l'hôpital Gabriel Touré, le CREDOS, Médecin d'Afrique et d'autres ONG.

Un manuel ou guide existait dans 79,2 % des sites et avait plusieurs provenances dont la DNS (94,7%) et les ONG (5,3 %).

Les supports de gestion des intrants (lait, ARV) existaient dans 87,5% des centres ; 79,2% pour les réactifs et 75% pour le cotrimoxazole.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION

A la lumière des résultats obtenus sur l'ADS du suivi des enfants nés de mères séropositives, les conclusions suivantes ont été tirées :

Il existe 145 sites PTME au Mali dont 24 font le suivi des enfants. Il existe des points focaux PTME au niveau de tous ces sites. Ces points focaux sont en majorité des médecins.

La prise en charge est organisée au niveau des sites même si on note quelques insuffisances. Le counseling est effectué dans tous les centres.

Les supports ne sont pas disponibles au niveau de tous les sites alors que cela est nécessaire pour une bonne collecte des données.

Le bon suivi nécessite une implication permanente et rigoureuse de tout le personnel de santé, précisément du médecin point focal PTME, du pédiatre des sages femmes mais aussi du service de développement social et des associations de PVVIH.

Cette analyse de la situation nous a permis d'apprécier les efforts consentis, mais aussi d'identifier certaines difficultés existantes et de discuter avec le personnel des propositions de solutions pour la résolution des problèmes.

La PTME est une priorité du gouvernement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le suivi des enfants nés de mères séropositives est une composante essentielle de la PTME car l'objectif final est de prévenir le VIH chez l'enfant et de faire une prise en charge efficace et précoce en cas d'infection.

RECOMMENDATIONS

IX.RECOMMANDATIONS

Suite aux discussions et à la conclusion tirée de l'étude, nous formulons les recommandations suivantes pour l'amélioration du suivi des enfants nés de mères séropositives.

A la Direction Nationale de la Santé

- organiser le suivi au niveau des 145 sites PTME
- Harmoniser et rendre disponible la documentation (Directives de PTME et dossier de suivi des enfants nés de mères séropositives) à tous les niveaux ;
- Adopter un guide de suivi des enfants nés de mères séropositives ;
- Assurer la disponibilité permanente des intrants (lait, ARV, médicaments et les réactifs) dans tous les sites ;
- Doter les unités de prise en charge PTME de supports pour le suivi clinique.

A la Direction Régionale de la Santé

- de mettre en place une structure appropriée de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans tous les centres de santé ;
- Former le personnel sur la prise en charge psychosociale ;
- Augmenter le nombre de supervisions formatives au niveau des sites PTME ;
- Faire de la formation continue du personnel une priorité ;
- Assurer la formation continue du personnel sur les composantes du suivi des enfants nés de mères séropositives ;

Aux sites PTME

- Impliquer le service du développement social et les associations de PVVIH, les sages-femmes, le médecin en charge des enfants, le point focal PTME et les animatrices dans les activités de PTME;
- Identifier des salles adaptées pour le counseling puisque l'activité est menée par 100% des sites ;
- Mettre en place une unité de prise en charge globale et psychosociale pour tous les sites ;
- Réaliser les causeries ;
- Rendre disponible les supports ;

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-ONU SIDA ;

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. Edition spéciale 10ème anniversaire de l'ONU SIDA; 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, 2006, page8

2-ONU SIDA/OMS,

Le point sur l'épidémie de sida: rapport spécial sur la prévention du VIH, 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, décembre 2007

<<ONU/SIDA/07.27F/JC1322F>> page 1-41

3- NEWELL ML

Antenatal and perinatal strategies to prevent mother- to-child transmission of HIV infection. Trans RSOC trop Med Hyg. 2003 Jan-Feb; 97 (1): 22-4.

4- MOFENSON L

Epidemiology and determinants of vertical HIV transmission Semin Pediatr infect Dis. 1994; 5:252-265

5- ONU SIDA/ OMS.

Prévention de l'infection au VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, INRSP, Bamako, 2002.

6- cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le sida

Rapport d'Activités 2007de la prévention de la transmission mère enfant et de la prise en charge pédiatrique du VIH au Mali, janvier 2008

7- EDS/MALI III.

Enquête démographique de santé Mali : rapport préliminaire, juin 2002 ; p 248.

8-Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant

Rapport de l'évaluation de l'état nutritionnel des mères séropositives et des enfants nés de mère séropositives sur les sites de PTME de Bamako,BP:2821 p2-12

9- Sacko K

Suivi des enfants nés de mères séropositives au HIV dans le service de l'Hôpital Gabriel Touré. Bilan d'une année d'activité 2004-2005. Thèse, Méd Bamako Mali,

10- OMS/ONUSIDA/UNICEF/INRSP

Communiqué commun: Surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes rapport, juin 2003 et 2005.

11- ONU SIDA

Rapport UNGASS 2008 du Burkina Faso : Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, janvier 2008, p 3-18.

12- CNLS/ONU SIDA

Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Suivi de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) Sénégal, janvier 2006- décembre 2007, p 14-36.

13- HCLS

Rapport Nationale UNGASS 2008, mali, période Janvier 2006-December 2007
p10.

14 -V.Gandemer

Infection à VIH de l'enfant: Institut Mère-Enfant, annexe pédiatrique, Hôpital
sud, BP 56129, 35056 Rennes Cedex 2, mise à jour le 06 mars 2000.

15- S.Blanche

Infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine, The HIV-
infected child, Unité d'immunologie et d'hématologie, groupe hospitalier
Necker Enfants Malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France,
<http://france.elsevier.com/direct/EMCMED>, 2005.

16- santétropicale.com :

Le guide de la médecine et de la santé: Guide pour la prise en charge clinique et
thérapeutique de l'infection à VIH chez l'enfant, copyright MINISANTE
KIGALI, 2003.

17- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé :

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42
16 73 73

© 1998, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Stratégie du diagnostique biologique de l'infection due au VIH chez les sujets
âgés de plus de 18 mois (à l'exclusion du dépistage sur les dons de sang et chez
les donneurs d'organes ou de tissus).

18- Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Mali,
Module 1 session 2, Manuel du Participant : Octobre 2007.

19- P.Vaz ; G.Manhiça ; F.Amod

Organisation de la prise en charge des enfants infectés par le VIH dans un pays
aux ressources limitées, HIV-infected children in low-resource settings, archive
de pédiatrie 12 (2005) 680-68; disponible sur Internet 30 avr 2005,
<http://france.elsevier.com/direct/ARCPED/>

20- Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Mali,
Module 4 session 1, Manuel du Participant : Octobre 2007

21- Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Mali,
Manuel du Participant : Octobre 2007

ANNEXES

Annexe 1 :

Tableau : Liste nominative des sites PTME du Mali par région en Décembre 2007

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
Bamako	CSRéf commune V CSRéf commune VI CSRéf commune I CSCOM de Banconi CSCOM de BoukassoumbougouII Hôpital Gabriel Touré Cscm de faladié banankabougou Cscm de Daoudabougou Cscm de Bacodjikoroni Csréf commune II Cscm de Bozola Csref commune IV Cscm de Sebenikoro Hôpital Mère enfant Luxembourg CSRef CIII Cscm de Dravéla Cscm du Badialan Cscm de Sikoroni La maternité d'Hamdallaye	31 sites

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
	<p>Cscom de Bozola/Niaréla/Bagadadji</p> <p>Cscom de Médine</p> <p>Cscom de Koulouba/PointG</p> <p>Cscom de Bamako Coura</p> <p>Cscom de Djikoronidjénékabougou et de Niamakoro II Aniasco</p> <p>Cscom de Djélibougou, Doumazana, Sibiribougou, Sabalibougou Garantigoubougou et Yirimadio</p>	
Koulikoro	<p>Csref de Koulikoro</p> <p>Csref de Banamba</p> <p>Cscom de Koulikoroba</p> <p>Cscom de kolebougou</p> <p>Cscom de Banamba Central</p> <p>Cscom de Gouni</p> <p>CMIE</p> <p>Csref de Dioila</p> <p>Csref de Fana</p> <p>Csref de Kolokani</p> <p>Cscom Central de Kolokani</p> <p>Csref de Kangaba</p> <p>Cscom Central de Kangaba</p> <p>Csref de Ouéléssébougou</p>	35 sites

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
	Cscom Central de Ouéléssébougou	
	Cscom de Kiban Banamba	
	Cscom deTouba Banamba	
	Cscom de Banamba Ouest	
	CSRef de Kati	
	Cscom de Kati Koko	
	Cscom de Kati Farada	
	Cscom de Kati Malibougou	
	Cscom de Kati Sananfara	
	PMI de Kati	
	maternié de la Garnison de Kati	
	Cscom de CSCOM de Dialakorodj	
	Cscom de Dio Gare	
	Cscom de Kabalabougou	
	Cscom de Moribabougou	
	Cscom de Sangarebougou	
	Cscom de Dogodouma	
	Cscom de Sanankoroba	
	Cscom de Sirakoro Méguetana	
	Cscom de Bancoumana	
	Cscom de Kalaban Coro	

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
Ségou	<p>Csref de Ségou</p> <p>Hopital Regional de Ségou</p> <p>Cscom de Medine Ségou</p> <p>Clinique maternité Privée Ségou</p> <p>Dispensaire Camp militaire Ségou</p> <p>Cscom de Darsalam Ségou</p> <p>Cscom de Segou Coura Ségou</p> <p>Cscom de Pelingana Ségou</p> <p>Csref de Bla</p> <p>Cscom de Bla Central</p> <p>Csref de Niono</p> <p>Cscom Central de Niono</p> <p>Cscom de Molodo</p> <p>Cscom C3 de Niono</p> <p>CSRef, CSCOM Central et CSCOM Lafiabougou de San</p> <p>CSRef et CSCOM Central de Tominian</p> <p>Cscom Central de Kountienso</p> <p>Csref Macina</p> <p>Cscom Central de Macina</p> <p>Cscom Konobougou</p>	23 sites

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
Mopti	<p>Csref de Mopti</p> <p>Cscom de Sevaré</p> <p>Csref et CSCOM Central de Djenné</p> <p>Centre INPS de Mopti</p> <p>Csref de Koro</p> <p>Cscom Central de Koro</p> <p>Csref de Badiangara</p> <p>Cscom Central de Badiangara</p> <p>Csref de Douenza</p> <p>Cscom Central de Douenza</p> <p>Cscom Central de Téninkou</p>	12 sites
Kayes	<p>Hopital regional de Kayes</p> <p>Csref de Kayes</p> <p>Cscom de Lafiabougou</p> <p>Cscom de Kayes Ndi</p> <p>Cscom de khasso (fermé)</p> <p>CSRef de Yélimané</p> <p>CSRef de Diéma</p>	8 sites

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
	Csref de Kéniéba Cscm du Khasso Kayes	
Sikasso	Hôpital Régional Centre de Santé de Mancourani Sikasso Cscm de Medine Sikasso Cscm de Hamdallaye Sikasso Cscm de Wayerma Sikasso Csref de Bougouni Cscm de Bougouni Est Cscm de Bougouni Ouest Cscm de Bougouni Sud Csref de Koutiala Cscm de Hamdallaye Koutiala Cscm de Médina Coura Koutiala Cscm de Sgomougou Koutiala Centre Confessionnel de Koutiala Cscm de SanoubougouII Le Camp Tiéba Csref Kadiolo Csref Kolondiéba	18 sites

Régions	Noms des sites	Nombres de Sites
Tombouctou	Hôpital Régional Csref Cscm de Kabara Cscm de Belafarendi	4 sites
Gao	Hôpital Régional Csref Cscm de Gadèye Cscm du Chateau Cscm de Boulgoundjé Cscm de Aldjanabadia Centre de l'INPS Csref d'Ansongo, Cscm de Bara, Bazi-Haoussa et Tassiga	11 sites
Kidal	Csref Cscm de Aliou Cscm de Etambar	3 sites
		145 sites PTME

Annexe 2 :

Tableau : Définitions, modalités et sources de recueil des variables

Variables	Définitions	Modalités	Sources de recueil
Qualification	Catégorie professionnelle	Pédiatre Médecin généraliste Interne Sage femme Autre	Questionnaire
Durée dans la PTME	Nombre d'année d'expérience dans la PTME	1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans Sup à 5 ans	Questionnaire
Localisation du site PTME	Lieu où se situe le site dans la région et par rapport à la pyramide sanitaire	Hôpital CSREF CSCOM Parapublic Privée Autre	Revue documentaire

Variables	Définitions	Modalités	Sources de recueil
Disponibilité d'une salle de Counseling	Existence de la salle de counseling	Oui non	Questionnaire
Disponibilité d'une salle spécifique pour la PEC	Existence de la salle spécifique	Oui Non	Questionnaire
Faisabilité du counseling pour le dépistage		Oui non	Questionnaire
Faisabilité de la PEC psychosociale		Oui Non	Questionnaire
Type de PEC psychosociale	Conseil, orientation, sensibilisation, soutien psychologique, réinsertion social	Oui Non	Questionnaire
Disponibilité de supports pour la gestion des ARV, lait, cotrimoxale, réactifs	Existence de documents pour la gestion de ces produits	Oui non	Questionnaire
Procédures de PEC	Type de PEC	Medicale, nutritionnelle, ARV	Questionnaire
		Oui Non	Questionnaire

Variables	Définitions	Modalités	Sources de recueil
Implication du service de développement social	Participation du service de développement social	Oui Non	Questionnaire
Implication des associations de PVVIH	Participation des associations de PVVIH	Oui Non	Questionnaire
Type d'action des PVVIH	Action entreprise par les PVVIH	IEC Témoignage Soutien moral Recherche des perdus de vue	Questionnaire
Réalisation des séances de causeries au niveau du centre	Tenue de séance sur la PTME	Oui Non	Questionnaire

Annexe 3 :

Analyse de la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives

QUESTIONNAIRE

(Questionnaire adressé aux personnels de santé)

I Identification du centre

N ° Fiche d'enquête :.....
Code du centre :.....
Nom du centre
Région.....
Cercle.....
Commune.....
Date de mise en œuvre du site PTME
Nom de l'enquêté :.....
Année d'expérience dans le cadre de la PTME
Profession.....

II Les structures impliquées dans la prise en charge des enfants nés de mères séropositives du centre

1- Disposez-vous d'une salle de counseling ? Oui /_ _/ Non /_ _/
Est elle adaptée ? Oui /_ _/ Non /_ _/
Si oui Que pensez vous de cette salle de counseling ?

<i>Indicateurs</i>	Oui	Non
Aération		
Confidentialité		
Tranquillité		
Propreté		
Confort		
Supports nécessaires		

2- Disposez-vous d'un lieu spécifique de prise en charge globale du VIH/Sida ?
Oui /_ _/ Non /_ _/

Si oui Que pensez vous de cette unité de prise en charge ?
1= Bien ; 2= Assez bien ; 3= Passable ; 4= Mauvais

3- Disposez-vous d'un lieu spécifique de prise en charge des enfants nés de mères séropositives ? Oui /_ _/ Non /_ _/

Si oui Que pensez vous de cette unité de prise en charge des enfants nés de mères séropositives ?

1= Bien ; 2= Assez bien ; 3= Passable ; 4= Mauvais

III Les activités de prise en charge des enfants nés de mères séropositives du centre

4-Faites vous le counseling pour le dépistage ? Oui /_ _/ Non /_ _/
Si oui Que pensez vous de ce counseling ?

<i>Indicateurs</i>	Oui	Non
Disponibilité		
Confidentialité		
La capacité d'écoute		
La clarté, la précision et la cohérence		
La persévérance		
Le respect et l'acceptation de toutes les femmes		

5-Faites vous la prise en charge globale du VIH/Sida ? Oui /_ _/ Non /_ _/
Si oui Que pensez vous de cette prise en charge ?
1= Bien ; 2= Assez bien ; 3= Passable ; 4= Mauvais

6-Faites vous la prise en charge Psychosocial du VIH/Sida ? Oui /_ _/ Non /_ _/
Si oui en quoi elle consiste ?

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

Si oui Que pensez vous de cette prise en charge psychosocial ?
1= Bien ; 2= Assez bien ; 3= Passable ; 4= Mauvais

7-Faites vous la prise en charge des enfants nés de mères séropositives?
Oui /_ _/ Non /_ _/
Si oui quels sont les types de prise en charge ?

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

Si oui Que pensez vous cette prise en charge des enfants nés de mères séropositives?
1= Bien ; 2= Assez bien ; 3= Passable ; 4= Mauvais

8- Disposez vous d'un dossier de suivi des enfants nés de mères séropositives ?
Oui /_ _/ Non /_ _/

9- Ce dossier a été élaboré par qui ?

- A- Le centre.
- B- La direction régional des la santé.
- C- la direction nationale de la santé.
- D- Les ONG
- E- Autres structures

10 Disposez vous d'un manuel ou guide de suivi des enfants nés de mères séropositives ?

Oui /_ _/ Non /_ _/

11- Ce manuel ou guide a été élaboré par qui ?

- A- Le centre.
- B- La direction régional des la santé.
- C- la direction nationale de la santé.
- D- Les ONG
- E- Autres structures

12 Disposez vous d'un registre pour le suivi des enfants nés de mères séropositives ?

Oui /_ _/ Non /_ _/

13 Disposez vous des supports pour la gestion des intrants ?

Le lait	Oui /_ _/ Non /_ _/
Les ARV	Oui /_ _/ Non /_ _/
Le Cotrimoxazole	Oui /_ _/ Non /_ _/
Les réactifs	Oui /_ _/ Non /_ _/

14 Faites vous le suivi clinique des enfants nés de mères séropositives en dehors des maladies ? Oui /_ _/ Non /_ _/

15 Si oui quel est le rythme de ce suivi ?

1= mensuel 2= trimestriel 3= semestriel 4= Autres à préciser

.....

16 Si oui jusqu'à quel age se fait ce suivi ?

17 Faites vous le suivi biologique des enfants nés de mères séropositives ?

Oui /_ _/ Non /_ _/

Si oui

A- PCR	Oui /_ _/ Non /_ _/
B- Sérologie HIV	Oui /_ _/ Non /_ _/
C- La charge virale	Oui /_ _/ Non /_ _/

Si non pourquoi ?

18 Faites vous le suivi préventifs des enfants nés de mères séropositives ?

Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

Si oui

1 La vaccination de routine Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

2 L'administration des ARV pour la prophylaxie Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

3 La prescription du Cotrimoxazole pour la prévention des infections opportunistes Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

19 L'administration des ARV se fait selon le protocole de PTME en cours ?

Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

20 Faites vous le suivi sociale des enfants nés de mères séropositives ?

Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

Si oui

A- Don de lait Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

B- Don de médicament Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

C- Don de farine enrichie Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

D- Autres Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

21 Donnez vous des conseils pour l'alimentation des enfants nés de mères séropositives ?

Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

22- Faite vous des séances de causerie sur le VIH /SIDA ?

Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

23- Le service de développement social est il impliqué dans le suivi des enfants nés de mères séropositives ? Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

Si oui comment ?

.....
.....

Si non pourquoi ?

.....
.....

24 - Les associations des PVVIH sont ils impliquées dans la prise en charge psychosocial ? Oui /_ _ _/ Non /_ _ _/

Si oui comment ?

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

Si non pourquoi ?

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

25- Selon vous quelles sont les difficultés qui entravent le suivi des enfants nés de mères séropositives?

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

VI Suggestions pour un meilleur suivi des enfants nés de mères séropositives

26-Selon vous que devons nous faire pour améliorer le suivi des enfants nés de mères séropositives ?

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

27 Pouvez vous nous proposer un schéma de suivi des enfants nés de mères séropositives ?

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

Fin de l'entretien

Date/...../.....

L'enquêteur Le superviseur

Analyse de la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH

FICHE SIGNALETIQUE

Titre : Analyse de la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH dans les sites PTME au Mali

Auteur : KOITE Aïssata Saran

Année : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie ; Université de Bamako.

Secteurs d'intérêt : Pédiatrie et Santé Publique

RESUME

Nous avons réalisé une étude transversale incluant toutes les structures PTME fonctionnelles du Mali faisant le suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH de Décembre 2007 à Mars 2008. L'objectif fixé était d'analyser la situation du suivi des enfants nés de mères séropositives dans les sites PTME au Mali.

A la lumière des résultats obtenus sur l'étude sur l'ADS des enfants nés de mères séropositives, les conclusions suivantes ont été tirées :

Il existe 145 sites PTME au Mali dont 24 font le suivi des enfants. Il existe des points focaux PTME au niveau de tous ces sites. Ces points focaux sont en majorité des médecins.

La prise en charge est organisée au niveau des sites même si on note quelques insuffisances. Le counseling est effectué dans tous les centres.

Les supports ne sont pas disponibles au niveau de tous les sites alors que cela est nécessaire pour une bonne collecte des données.

Le bon suivi nécessite une implication permanente et rigoureuse de tout le personnel de santé, précisément du médecin point focal PTME, du pédiatre, des sages femmes mais aussi du service de développement social et des associations de PVVIH.

Cette analyse de la situation nous a permis d'apprécier les efforts consentis, mais aussi d'identifier certaines difficultés existantes et de discuter avec le personnel des propositions de solutions pour la résolution des problèmes.

La PTME est une priorité du gouvernement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le suivi des enfants nés de mères séropositives est une composante essentielle de la PTME car l'objectif final est de prévenir le VIH chez l'enfant et de faire une prise en charge efficace et précoce en cas d'infection.

Mots clés : Analyse-Suivi-Prévention-Transmission-Mère-Enfant-VIH Mali.

Contact : saranski2002@yahoo.fr

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !