

EVALUATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH DANS LA REGION DE SEGOU AU MALI.

A DAOU¹, B. DIALLO², B KELLY³, S. DAO⁴, A K TRAORE⁴, A. TRAORE⁵, A. DIALLO⁴, I.N. DEMBELE¹.
J. CAMARA¹, Y KOUMARE¹.

1= Centre National d'appui à la Lutte contre la Maladie, e-mail: daouyah@yahoo.fr, Tel: 66797750

2= Faculté de Médecine de Pharmacie et Odontostomatologie,

3= Centre Hospitalier - Universitaire Gabriel TOURE; 4= Centre Hospitalier - Universitaire du Point G; 5= Institut National de Formation en Science de la Santé.

RESUME

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. Notre objectif était d'évaluer les activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans la région de Ségou. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive évaluative des activités de PTME dans la région de Ségou. Nos résultats ont été les suivants : Les réactifs étaient disponibles dans 85% des sites et les ARV dans 80%. 70% des laboratoires avaient un réfrigérateur pour la conservation des réactifs. 30% des enfants sont perdus de vue après dépistage. Seul 1 site sur 20 faisait la sérologie VIH chez les enfants nés de mères séropositives. 60% des sites ne faisaient pas de dépistage des enfants nés de mères séropositives. 40% des sites suivaient les enfants jusqu'à 18 mois. Dans 40% des sites 10% femmes séropositives sont décédées. En définitive, cette évaluation du Programme PTME de Ségou a démontré son inefficacité à cause de l'insuffisance de suivi des femmes enceintes séropositives et des enfants qui en sont nés.

Mots clés : Evaluer – PTME – Prévention – VIH – Ségou – Mali

ABSTRACT

HIV transmission from mother to child is nowadays the main route of pediatric contamination. Every day around the world, about 1,600 children born to HIV-positive mothers are infected, of whom 1,500 are from Africa south of the Sahara. Our objective was to evaluate prevention activities of mother-to-child transmission of HIV in the Segou region. We conducted a descriptive cross-sectional evaluative study of PMTCT activities in the Segou region. Our results were as follows: Reagents were available in 85% of sites and ARVs in 80%. 70% of the laboratories had a refrigerator for reagent storage. 30% of children are lost from seeing after screening. Only 1 in 20 sites had HIV serology in children born to HIV-positive mothers. 60% of the sites did not screen children born to HIV-positive mothers. 40% of sites followed children up to 18 months. In 40% of the sites 10% of HIV-positive women died. In the end, this evaluation of the PMTCT Program in Segou demonstrated its ineffectiveness because of the lack of follow-up of HIV-positive pregnant women and children born of them.

Key words: **Evaluate -Prevention - MCP- HIV- Ségou - Mali**

INTRODUCTION

Selon le rapport publié par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2013, ce fléau constitue aujourd'hui une pandémie avec 35,3 millions de séropositifs dans le monde et l'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH soit un effectif de 25 millions de personnes vivant avec le VIH; une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale (1). Avec une séroprévalence de 1,3% en 2006 selon l'EDS IV, le Mali à l'instar des autres pays d'Afrique au Sud du Sahara n'est pas épargné par le VIH (2).

En effet, selon le même rapport de surveillance sentinelle de 2009, 2,7% des femmes enceintes sont atteintes par l'infection à VIH (3). Face à ce fléau, le Mali a pris conscience des méfaits du VIH/SIDA qu'il considère comme une priorité. Ainsi, il a jugé opportun, avec l'aide de la communauté internationale et de certaines fondations, de renforcer toutes les stratégies de lutte en élaborant des plans stratégiques de lutte contre le SIDA parmi lesquels s'inscrit la prévention de la transmission mère - enfant du VIH. Une femme enceinte contaminée a environ 30% de risque d'avoir un bébé infecté. Cette transmission peut se faire

selon les étapes suivantes:

- pendant la grossesse à travers le placenta (5 à 10% du risque) ;
- au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses (10 à 20% du risque) ;
- au cours de l'allaitement maternel (5 à 20 % de risque) : (i) cumulé sans allaitement (15 à 30 % de risque), (ii) cumulé avec allaitement jusqu'à 6 mois (25 à 35% de risque) ; (iii) cumulé avec allaitement de 18 à 24 mois 30 à 45 % de risque.

C'est pourquoi, il est conseillé à toutes les femmes enceintes de connaître leur statut sérologique afin de bénéficier des interventions pouvant diminuer le risque de transmission en cas de séropositivité.

Cela a justifié la nécessité et l'urgence de la mise en place d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Mali.

La PTME en tant qu'objectif du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 a vu le jour en 2001 avec l'Initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV). Elle est mise en œuvre aussi bien dans les structures publiques que privées. Le Mali a opté pour la politique de PTME en l'intégrant dans son système de santé. Bamako a servi comme région à ce programme et il existait en 2009 172 sites fonctionnels repartis entre le district de Bamako et les 8 autres régions du pays. Ce programme est mené conjointement par le Ministère de la Santé, et ses partenaires tels que l'Unicef, la fondation Glaxo, ESTHER et SOLTHIS.

Depuis sa mise en œuvre, certes il y a eu des bilans, des rapports mais il n'y a pas eu d'évaluation proprement dite des différents sites de prise en charge de Ségou d'où la présente étude en vue d'évaluer le programme PTME à Ségou depuis sa mise en œuvre jusqu'en décembre 2010 (4).

Pour faire cette étude nous nous sommes basés sur des hypothèses suivantes :

- le niveau et la qualité des agents formés ne sont pas adéquats ;
- le schéma d'approvisionnements en matériels et consommables n'est pas adapté ;
- la gestion des supports de collecte des données n'est pas adéquate ;
- la directive de la PTME ne correspond pas à ce qui se passe sur le terrain.

région de Ségou.

METHODOLOGIE

Les études ont été menées dans 5 villes de la région de Ségou :

- Ségou ville : CSCCom Darsalam, CSCCom Médine, CSCCom Pélingana, CSCCom Ségou-coura, Infirmerie Garnison, Clinique Maya Boly, Hôpital Nianankoro Fomba, CSREF Famory Doumbia,
- Bla: CSCCom central ,CSREF, CSCCom de Koutienso,
- Niono: CSCCom central, CSREF, CSCCom Molodo, CSCCom C3,
- San: CscCom Central, CSCCom Lafiabougou, CSREF,
- Tominian: CSRéf, CSCCom central.

1 -Type d'étude : Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée évaluative sur les activités de la PTME.

2- Période d'étude : du 1 février 2009 au 31 décembre 2010.

3- Durée d'enquête : l'enquête a duré 1 mois.

4- Population d'étude : les prestataires de service travaillant sur les sites.

-Echantillonnage: Nous avons fait un échantillonnage exhaustif qui a concerné tous les sites PTME fonctionnels.

- **Critères d'inclusion :** tous les sites de PTME fonctionnels.

- **Critères de non inclusion :** les sites dont les responsables ont refusé de répondre aux questionnaires et ceux qui étaient absents au moment de l'enquête.

5- Collecte des données:

5-1. Technique et outils de collecte des données :

Un questionnaire a été élaboré (voir annexe). Dix (10) enquêteurs ont été recrutés et formés par trois superviseurs repartis sur 20 sites. Les enquêteurs avaient un véhicule 4x4 à leur disposition pour se rendre sur les sites d'enquêtes. A l'arrivée dans la région de Ségou, l'équipe d'enquêteurs et superviseurs se sont rendus à la direction régionale de la santé pour une prise de contact et ont présenté les objectifs de l'enquête au directeur régional. Les dispositions ont été prises au niveau des sites pour faciliter l'administration du questionnaire au personnel.

5-2- Les variables étudiées

Auprès des prestataires de service : leur identité, le type de formation reçu, le temps d'implication en PTME, Les difficultés rencontrées lors de la PTME

Au niveau des établissements de santé:

CSREF/CSCOM, date de création, durée de fonctionnement du site de PTME, les tests réalisés sur le site, la description de l'algorithme, la disponibilité et la description de la salle de counseling, le nombre de femmes vues en CPN, le nombre de femmes ayant fait le test après counseling, le nombre de femmes séropositives après le test, le nombre de femmes séropositives ayant accouché dans le centre, le nombre de femme ayant reçu leur dose d'ARV, le nombre d'enfants nés de mère séropositive, le nombre d'enfants suivis jusqu'à 18 mois, les méthodes de dépistage des enfants, la gestion des stocks des médicaments, consommables, réactifs et substituts de lait maternel, existence d'un laboratoire, existence d'un réfrigérateur.

6- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées au logiciel SPSS version 12. Le rapport a été saisi sur Word et les graphiques sur Excel 2007.

7- Ethique :

Le consentement a été demandé sans motivation et la participation était libre et éclairée. Le protocole a été soumis au comité scientifique du CNAM. L'accès des données était réglementé et limité aux investigateurs. L'identification de chaque participante était faite à partir des abréviations des noms et prénoms. Les dossiers d'observation et les informations recueillies étaient confidentiels.

RESULTATS

La plupart des agents enquêtés étaient du cercle de Ségou soit 33,95%. Les agents enquêtés sont dans des sites d'une durée de fonctionnement d'au moins un an. La majorité des prestataires enquêtés dans les sites étaient des infirmiers, soit un taux de 22,7%. Seulement 12,09 % des prescripteurs avaient reçu plus de 4 formations, contre 8,37% n'avait pas reçu de

formation.

68% des prestataires avaient une durée d'activité d'au moins 12 mois. 92,8% des prestataires avaient reçu une supervision. 96,9% des prestataires menaient d'autres activités en dehors de la PTME.

Dans 15,5% des cas, les difficultés étaient liées à la rupture des réactifs.

les autres difficultés évoquées sont : la non implication des maris, la non implication des gérants de dépôt, l'insuffisance de matériel du travail, le refus d'information du partenaire, la rupture des médicaments contre les infections opportunistes, les distances géographiques, les salles souvent inadaptées, la rupture fréquente des réactifs.

Dans 48,5% des sites tous les tests de VIH étaient disponibles. 59,8% des sites utilisaient au moins deux tests pour le dépistage. 64,9% des prestataires offraient des services en dehors des heures de travail. Seulement 15,5% des prestataires réalisent des visites à domicile chez les femmes enceintes séropositives. 60% des sites disposaient suffisamment de place pour garantir le caractère privé des séances de counseling. Dans 40% des sites moins de 200 femmes ont été vues en CPN et 35% des sites ont reçu plus de 500 femmes en CPN. Dans 45% des sites plus de 500 femmes ont reçu le counseling. Dans 45% des sites plus de 500 femmes ont fait le test après counseling. Dans 85% des sites, moins de 50 femmes ont été séropositives après le test de VIH. Dans 90% des sites, moins de 50 femmes séropositives ont accouché dans les centres.

La majorité des sites avait confirmé une perte de vue des femmes séropositives soit un taux de 95%.

Dans 45% des sites seulement moins de 50 femmes ont opté un allaitement maternel exclusif.

Dans 50% des sites moins de 50 femmes ont opté pour une alimentation de remplacement.

Seulement 30% des sites faisaient une démonstration nutritionnelle.

Dans 35% des sites moins de 10 femmes séropositives ont reçu correctement leur dose d'ARV à l'accouchement. Dans 30% des sites moins de 10 femmes ont été référées vers les sites de prise en charge. Dans 30% des sites moins de 10 femmes séropositives sont perdues de vue. Dans 40% des sites moins de 10 femmes séropositives sont décédées. Dans 55% des sites moins de 10 enfants sont décédés. Dans 25% des sites moins de 10 femmes sont mises sous ARV. 55% des sites possédaient un laboratoire d'analyse. 65% des sites s'approvisionnaient en réactif au niveau de leur CSREF.

Dans 20% des sites il y a eu au plus deux cas de rupture de réactifs. Dans 80% des sites les ARV étaient disponibles. Seulement dans 20% des sites il n'y a pas eu de rupture de

médicaments ARV.

Dans 45% des sites moins de 10% des enfants sont nés de mères séropositives. Dans 40% des sites moins de 10% des enfants ont été suivis jusqu'à 18 mois. Dans 60% des sites le dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives n'était pas fait. Parmi les sites seulement 1 site faisait la sérologie VIH chez les enfants nés de mères séropositives. Dans 30% des sites moins de 10 enfants sont perdus de vue après dépistage. Dans 45% des sites les farines enrichies n'étaient pas disponibles. Seulement dans 15% des sites moins de 10 enfants avaient reçu la farine. Seulement dans 20% des sites la farine enrichie était utilisée correctement.

Dans 75% des sites le lait était disponible. Dans 90% des sites il existait un registre de PTME. Parmi les sites qui disposaient d'un registre de PTME 65% d'entre eux le remplissaient correctement. Dans 60% des sites il existait un registre de traitement ARV. Dans 60% des sites le remplissage du registre des ARV était correct. Le support de gestion des réactifs existait dans 55% des sites. Le remplissage du support de gestion des réactifs était correct dans 45% des sites.

Les réactifs étaient disponibles dans 85% des sites et les ARV dans 80%. 70% des laboratoires avaient un réfrigérateur pour la conservation des réactifs. 30% des enfants sont perdus de vue après dépistage. Seul 1 site sur 20 faisait la sérologie VIH chez les enfants nés de mères séropositives. 60% des sites ne faisaient pas de dépistage des enfants nés de mères séropositives. 40% des sites suivaient les enfants jusqu'à 18 mois. Dans 40% des sites, 10% des femmes séropositives sont décédées.

DISCUSSION

Sur l'ensemble des structures sanitaires de Ségou, il y avait seulement 20 sites de PTME au moment de notre enquête, soit un taux de 14,6%.

Ce taux est supérieur à celui de NTAKATIMANA S. en Burundi qui estimait une couverture de 9,9% (5) mais il reste largement inférieur au taux retrouvé par GARP en 2012 au Burkina Faso soit 96,63% (6).

La plupart des prestataires étaient des infirmiers, soit un taux de 22,7% ceci pourrait s'expliquer par le nombre réduit de médecins et/ou de sages-femmes dans la majorité des CSCOM enquêtés. Dans les normes au Mali, la plupart des CSCOM sont dirigés par des

infirmiers.

En termes de formation reçue, seulement 12,09 % des prestataires avaient reçu plus de quatre (4) formations alors que comparativement à la norme de la PTME tout le personnel du site doit être formé en fonction de leur domaine de compétence. Sur 51597 femmes vues en CPN, 17658 femmes ont fait le dépistage après counseling, soit un taux de 34%. Ceci s'expliquerait par la non disponibilité de service de PTME 24H/24 où seulement 14,44% des centres de santé offrent des activités de PTME 24H/24, par contre 64,9% des personnes interrogées affirment offrir des services de soins en dehors des heures de travail.

Le taux de 34% est inférieur au taux national dans les sites PTME en 2009 qui est de 52% ainsi qu'à celui de DAOU A. en 2006 à Sikoro, celui de MBALA et TULEMANE en 2002 en Zambie qui ont respectivement trouvé un taux de 98,9% et de 86% (7,8). Sur 17658 femmes dépistées 214 femmes étaient séropositives soit 1,2% de séropositivité. Notre taux est inférieur au taux national dans les sites PTME en 2009 qui est de 2,19% et celui de l'étude de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en 2009 qui est de 2,7%. Ce taux est également inférieur à celui de DAOU A. en 2006 au Mali qui est de 3,72% (7).

Le taux d'accouchement assisté chez les femmes dépistées séropositives a été de 52%, ce taux est supérieur au taux national des sites PTME qui est de 44% et à celui de COULIBALY Y. A. en 2006 au Mali qui est de 17,43% mais inférieur au taux de DAOU A. en 2006 au Mali qui est de 94,73% (7,9). Il faut noter ici que ce taux est difficilement interprétable car le dénominateur représente ici les femmes enceintes séropositives en tenant compte que la femme peut être dépistée une année et accouchée l'année suivante donc ne sera pas prise en compte dans les données de l'année écoulée. Dans notre étude, dans 45% des sites les mères séropositives ont opté pour un allaitement maternel exclusif. Le taux national des femmes ayant opté pour l'allaitement exclusif dans les sites PTME en 2009 est de 63,15% et COULIBALY Y.S. et de DAOU A. en 2006 au Mali ont respectivement eu 57,9% et de 100% (7,9).

Seulement dans 35% des sites les femmes séropositives ont reçu correctement leur dose d'ARV à l'accouchement. Ceci s'explique par la non disponibilité de service de PTME 24H/24 dans la majorité des sites et la rupture des médicaments ARV dans 10% des cas. En

2009 dans l'ensemble des sites PTME 64,68% des femmes enceintes séropositives ont reçu les ARV. Ce taux est inférieur à celui de COULIBALY Y. A. qui est de 82% et de DAOU A. qui est de 89,47% au Mali (7,9).

Dans 30% des sites enquêtés, il y avait moins de 10 femmes perdues de vue. Ceci s'explique par la distance géographique, la non implication des maris dans 10% des cas et le refus du statut sérologique dans 11,3% des cas. Ce taux est comparable à celui de GARP en 2012 au Burkina Faso.

Nous avons enregistré des décès des femmes séropositives dans 39,2% des sites. L'étude de qui de Daou A. en 2006 a montré un taux de décès dans le CSCOM de Sikoro de 15,79% (7).

Difficultés rencontrées lors de l'enquête : il faut ajouter que ces difficultés n'ont pas impacté sur les résultats de notre étude.

Les Cibles secondaires : il se trouve souvent qu'il n'existe pas de médecin et de sage-femme dans certains CSCOM.

- ✚ Les responsables PTME en majorité étaient absents au moment de l'enquête.
- ✚ Il existait une différence entre les chiffres des rapports et ceux des registres.
- ✚ Le mauvais remplissage des registres a été observé.
- ✚ Les fonds ont été mobilisés en retard.
- ✚ La mauvaise collaboration de certains responsables des structures.
- ✚ Toutes les variables n'ont pu être analysées pour cause de non disponibilité des informations dans les sites.

CONCLUSION:

Notre étude nous a permis d'atteindre les objectifs préalablement fixés. Cette évaluation du Programme PTME de Ségou a démontré son inefficacité à cause de l'insuffisance de suivi des femmes enceintes séropositives et des enfants qui en sont nés.

REFERENCES

1. ONUSIDA. Rapport mondial ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013 [Internet]. Genève: ONUSIDA; p. 274. Report No.: 2013. Disponible sur: www.unaids.org/sites/default/files/media.../UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf
2. INSTAT - MALI. Enquête Démographique de Santé au Mali. Edition IV [Internet]. <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj10MuHk8LYAhUIWiwKHGXGOD3UQFgglMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dhsprogram.com%2Fpubs%2Fpdf%2FFR199%2FFR199.pdf&usg=AOvVaw0sgkL540yQZqWDPn6PtH4i>. 2006 [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.instat-mali.org/>
3. MINISTERE DE LA SANTE /Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA. Surveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale au Mali. Bamako, Mali; 2009.
4. Ministère de la Santé/Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA. Rapport PTME 2010. Bamako, Mali; 2010.
5. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT. Politique nationale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [Internet]. Burundi; 2010 nov p. 47. Disponible sur: www.grandir.sidaction.org/wp.../03/Politique-Nationale-PTME_Burundi_2010.pdf
6. Ministère de la santé. Rapport d'activités sur la riposte au SIDA du Burkina Faso 2012 (GARP 2012) [Internet]. Global AIDS response progress reporting 2012; 2012 mars [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zw7E2Fghb6oJ:files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BF_Narrative_Report%5B1%5D.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=ml
7. DAOU A. Evaluation de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au centre communautaire de Mekin Sicoro de Bamako. Bamako, Mali; 2006.
8. Coopération allemande (GTZ). Projet VIH/ mère-enfant dans trois maternités de KINSHASA au Congo et en ZAMBIE en 2001 et 2002. KINSHASA; 2002.
9. COULIBALY Y. Problématique de la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en commune VI du district de Bamako. Bamako, Mali; 2006.

ANNEXES :

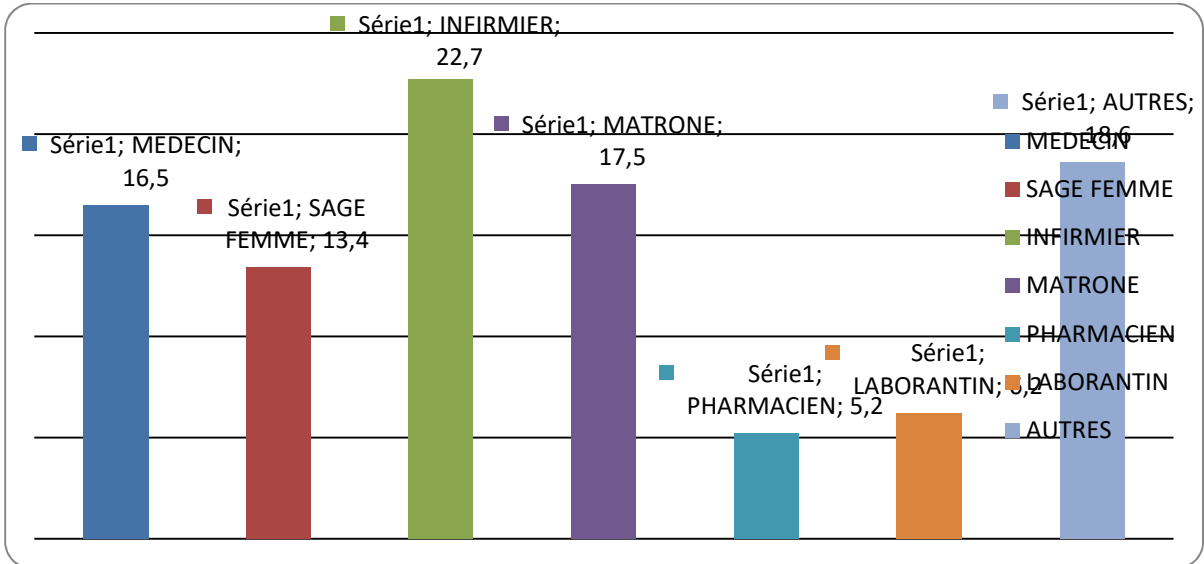


Figure 1 : Répartition des prestataires enquêtés selon leur spécialité

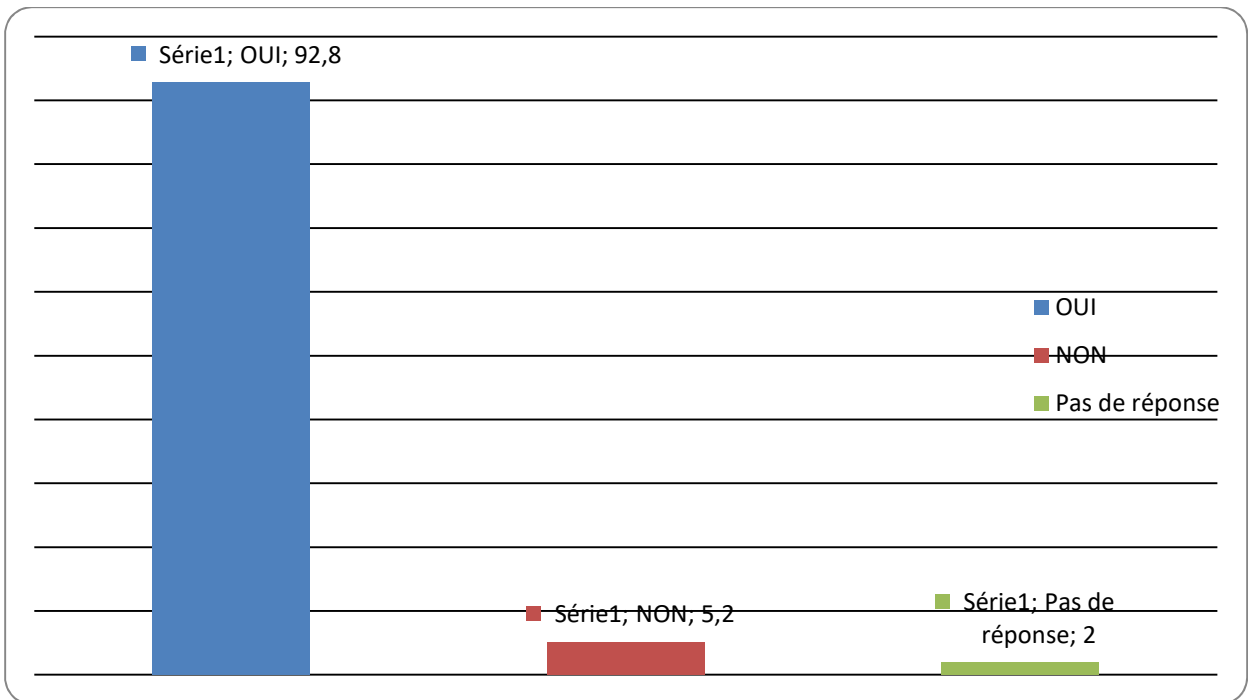


Figure 2 : Répartition des prestataires selon la visite de supervision

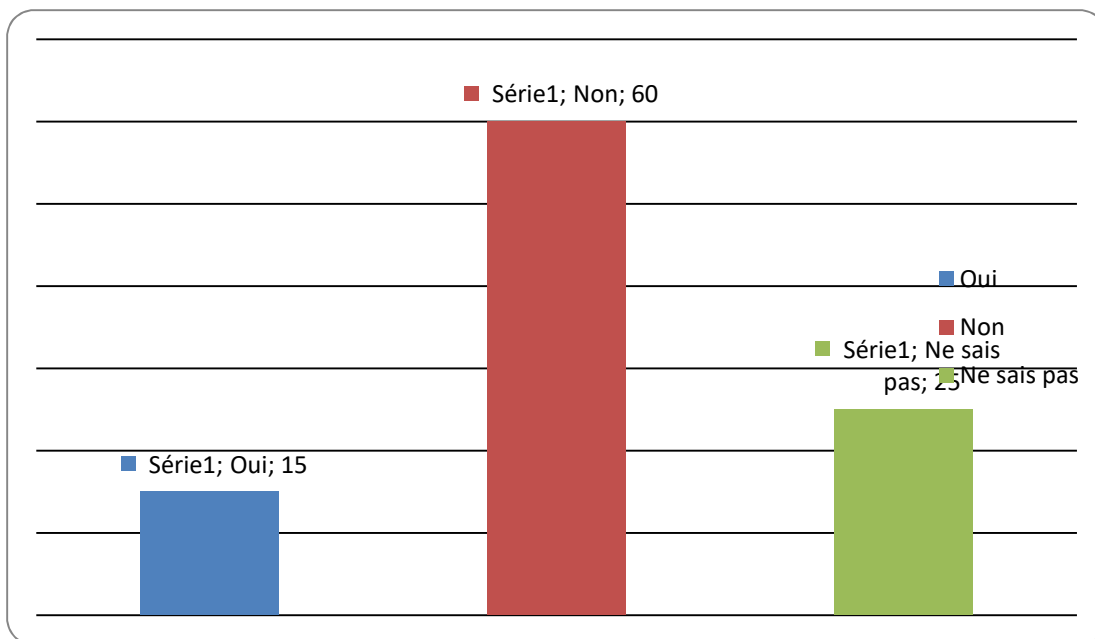


Figure 3: Répartition des sites selon la faisabilité du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives

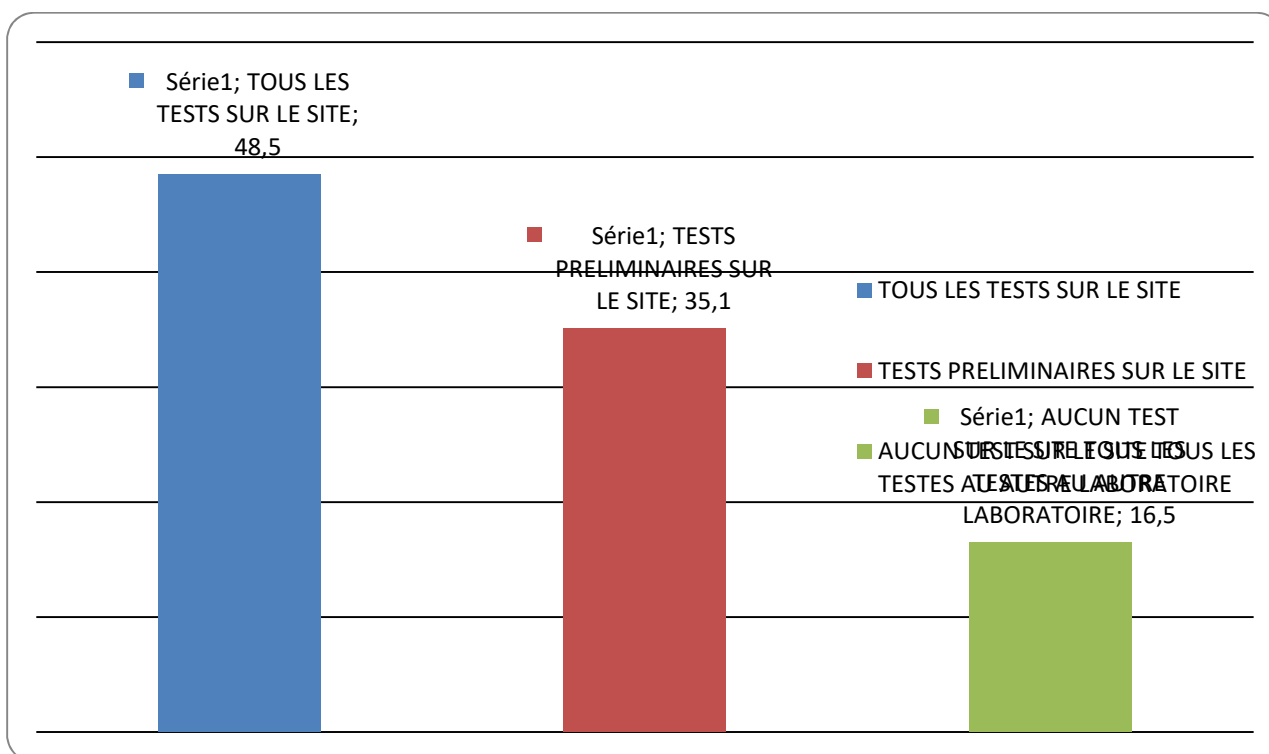


Figure 4: Répartition des sites selon la disponibilité du test de VIH

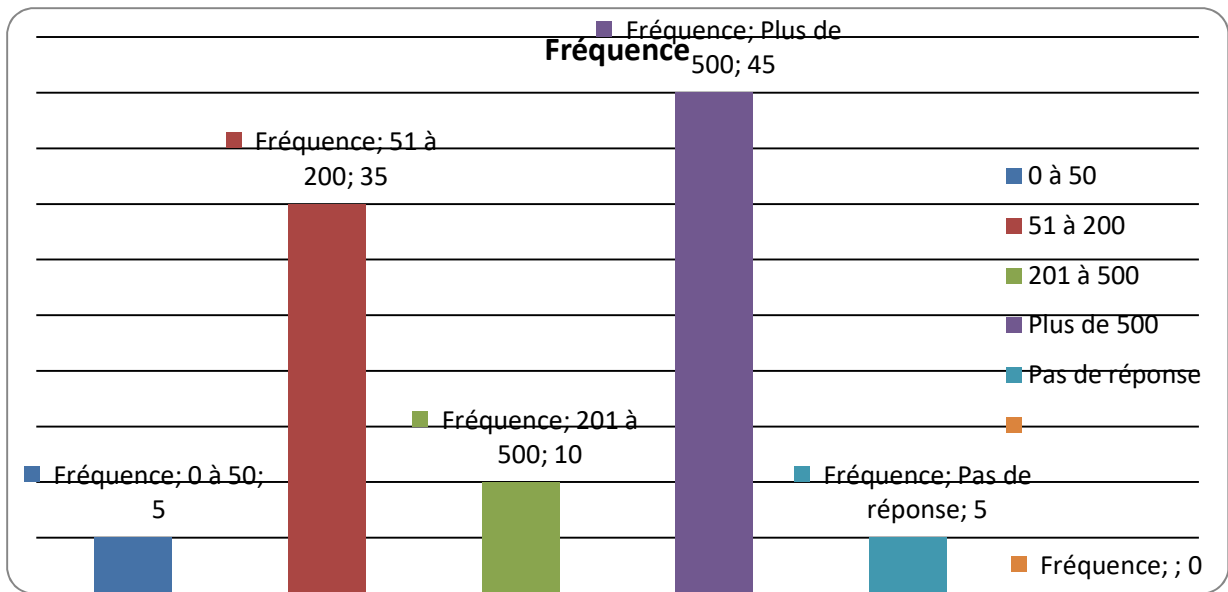


Figure 5 : Répartition des sites selon le nombre de femme ayant reçu le counseling

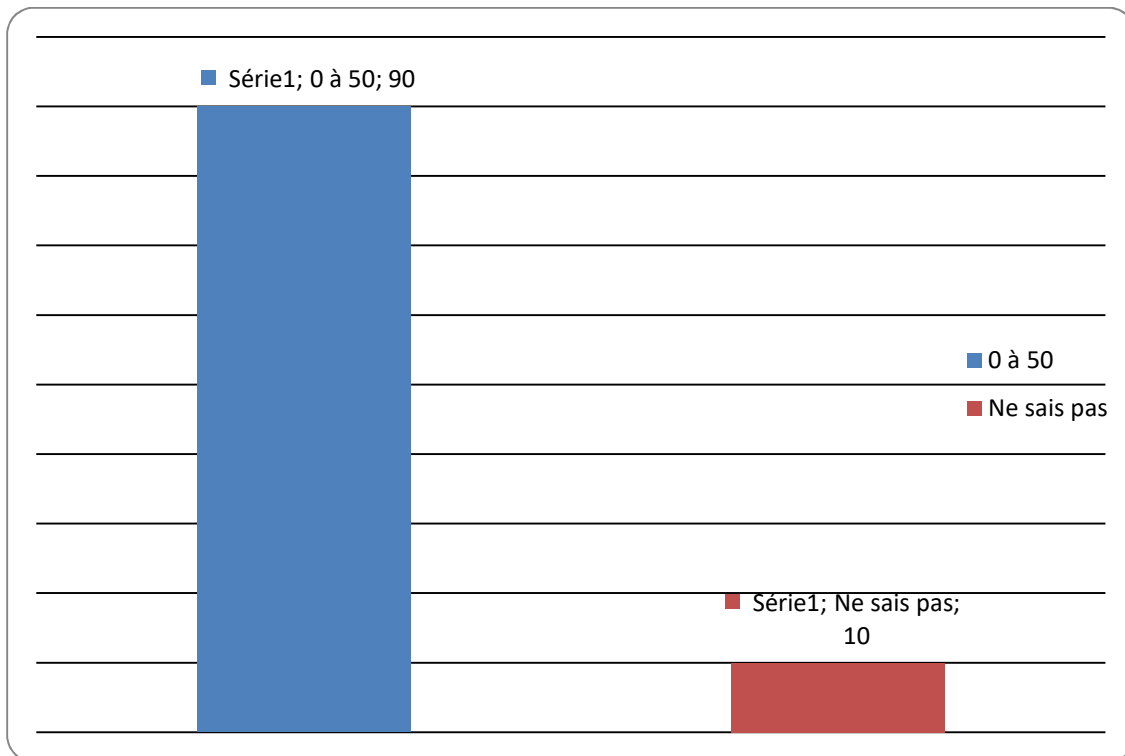


Figure 6: Répartition des sites selon le nombre de femmes séropositives ayant accouché dans les centres

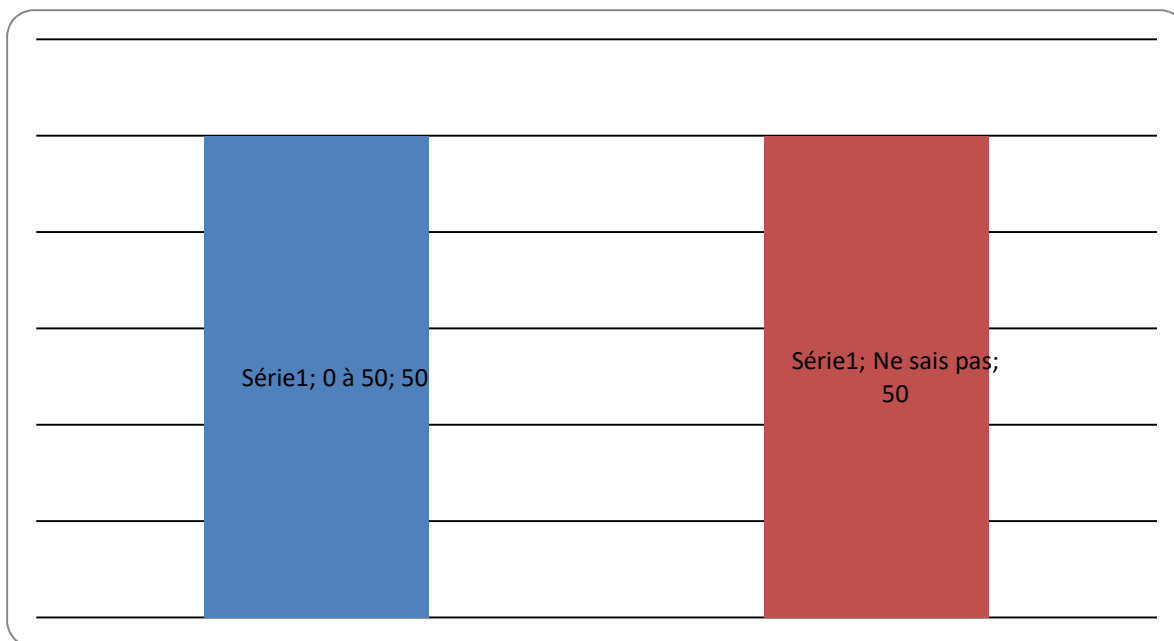


Figure 7: Répartition selon le nombre de mère ayant opté pour l'alimentation de remplacement