

EVALUATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH À ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE/1999-2002)

M. COULIBALY, V. NOBA, J-L. REY, P. MSELLATI, R. EKPINI, J-F. CHAMBON, J-E. MALKIN

Med Trop 2005 ; 66 : 53-58

RÉSUMÉ • Cet article relate le bilan du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant mené par le PNLS de 1999 à 2003 à Abidjan avec le soutien du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) et de la Fondation Glaxo Smith Kline (GSK). Après un conseil individuel pré et post test, les femmes enceintes de 4 centres PMI pouvaient être dépistées pour le VIH. Aux femmes séropositives était proposé un régime court AZT puis, pour celles qui le choisissaient, le financement de l'allaitement artificiel. Toutes ces activités étaient menées avec une forte coopération des membres d'associations. Sur la période considérée 22 466 tests ont été effectués et 18 116 femmes sont venues chercher leur résultat. Parmi les 1 829 femmes séropositives à qui l'intervention de PTME a été proposée, 667 ont bénéficié du régime court AZT. Le taux de transmission à 18 mois est de 16,2 %. Par ailleurs 69 mères et 28 enfants éligibles au traitement ARV ont été mis sous trithérapie. Les facteurs limitant, à chaque étape, l'efficacité de l'intervention ont été analysés.

MOTS-CLÉS • Prévention - Mère - Enfant - Dépistage - VIH - Post natal - Côte d'Ivoire.

ASSESSMENT OF A PROGRAMME OF PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV IN ABIDJAN, IVORY COAST (1999-20002)

ABSTRACT • The purpose of this article is to report the results of a programme for prevention of mother-to-child transmission (PMCT) of HIV conducted from 1999 to 2002 by the PNLS in Abidjan, Ivory Coast. This programme was supported by grants from the Fonds de solidarité international (FSTI) and the Glaxo Smith Kline (GSK) Foundation. After pre- and post-test counselling, pregnant women from 4 PMI centres underwent screening for HIV. Seropositive women were offered short course AZT and the possibility of financial assistance for breast-feeding. All programme activities were carried out in close cooperation with association members. A total of 22 466 tests were given and 18 116 women returned for results. Among the 1 829 seropositive women to whom PMCT intervention was proposed, 667 received short course AZT. The rate of transmission at 18 months was 16.2%. In addition 69 mothers and 28 children eligible for ARV therapy benefited from trithérapie. Limiting factors, at each phase, and efficacy of intervention were analyzed.

KEY WORDS • Prevention – Mother – Child – Screening – HIV – Postnatal – Ivory Coast.

La Côte d'Ivoire est, en Afrique de l'Ouest, le pays proportionnellement le plus atteint par l'infection par le VIH avec une prévalence du VIH de 8 à 14 % selon les centres de santé maternelle faisant partie du système de surveillance épidémiologique. A Abidjan, ces futures mères sont environ 9 % à être infectées par le VIH en 1999 (1).

Dans ce contexte les programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH avec prise en charge de la famille sont indispensables. Ils permettent une intervention globale auprès d'un groupe de population important pour l'avenir de la société, les femmes et plus particulièrement les futures mères, et constituent une porte d'entrée pour la prise en charge globale (médicale et sociale) de la cellule familiale affectée par le VIH.

Plusieurs essais cliniques ont montré, en Côte d'Ivoire en particulier, l'efficacité d'interventions associant un traitement court de la mère par AZT avec un allaitement maternel prédominant (2-3). En Thaïlande un essai a été réalisé en population non allaitante (4). Le passage d'un essai contrôlé à une intervention opérationnelle a également été étudié à Abidjan (5).

Cet article fait le bilan à 4 ans du programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) conduit, à Abidjan, dans quatre centres de santé maternelle et infantile (SMI), de 1999 à 2002, par le fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI), le programme national de lutte contre le sida (PNLS), le projet RetroCI (Centers for diseases control) et la Fondation d'entreprise GlaxoSmithKline.

Son objectif est d'évaluer la faisabilité d'un programme opérationnel basé sur AZT à partir de la 36^e semaine. Ce bilan a été réalisé avant que les interventions avec névirapine seule ne fassent la preuve de leur efficacité (6) et ne se généralisent. En mars 2002, l'atelier de restitution de ce programme, tenu à Abidjan, peut être considéré comme le point de départ de la mise en œuvre d'un programme national de PTME+ (avec prise en charge globale de la cellule familiale) et le début de la décentralisation de cette activité.

• Travail du projet ESTHER (M.C. médecin de santé publique, coordinatrice du projet PTME ACONDA FGSK [ex FSTI]; V.N. médecin de santé publique, conseiller technique du programme PMTCT du Global AIDS programme; J.L.R. médecin de santé publique chargé de projets à ESTHER; J.E.M. médecin, conseiller scientifique à ESTHER, ancien directeur du FSTI; Ph. M. médecin épidémiologiste, UR 036, IRD, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso; R. E. médecin de santé publique, OMS Genève; J.F.C., médecin, directeur médical de la Fondation GSK), Paris, France.

• Correspondance : J.L. REY, ESTHER, 36 rue de Charenton 75012 Paris.

• Courriel : jean-loup.rey@wanadoo.fr

• Article reçu le 9/07/2004, définitivement accepté le 16/12/2005.

MÉTHODES

Ce programme de PTME a été mis en oeuvre dans 4 centres de santé maternelle et infantile (SMI) d'Abidjan ; deux centres situés au Sud de la ville (Koumassi et Marcory) en collaboration avec le projet RetroCI et deux centres situés au Nord de la ville : la formation sanitaire urbaine publique de Yopougon Attié et la formation sanitaire urbaine communautaire (FSU-com) de Yopougon Wassakara, structure privée à but non lucratif, autofinancée, gérée par la communauté du quartier avec une subvention de l'Etat pour les activités de prévention.

Dans la formation de Wassakara, la seule qui ne pratique pas les accouchements, les femmes séropositives dépistées, après le conseil post-test, étaient accompagnées par le personnel social à la formation de Yopougon Attié pour les consultations spécifiques de PTME.

Les formations sanitaires de Koumassi et Marcory ont été totalement prises en charge par le projet RetroCI à partir d'avril 2001.

Au cours de leur première consultation prénatale (CPN-1), il était proposé aux femmes un dépistage gratuit du VIH avec conseil pré et post test. Le dépistage était réalisé dans un laboratoire de référence d'Abidjan, le Cedres, de mars 1999 à octobre 2000 puis sur place avec un rendu des résultats dans les 72 heures. Il consistait en un test rapide très sensible (Determine® Abbott, USA) confirmé systématiquement jusqu'en juin 2002 par un 2^e test spécifique (Genie® 2 Diagnostics Pasteur, France). Depuis cette date, cette confirmation n'est faite que pour les résultats positifs ou douteux.

Au cours du conseil post test les femmes séropositives recevaient un soutien psychologique avec des travailleurs sociaux ou des membres d'associations et une proposition de PTME. Les femmes qui acceptaient l'intervention étaient convoquées à la 36^e semaine de grossesse présumée, l'âge de la grossesse étant diagnostiqué par l'interrogatoire et l'examen clinique. Parallèlement, les alternatives en termes de mode d'allaitement étaient proposées à la femme, l'alimentation artificielle étant assurée gratuitement.

Le régime médicamenteux utilisé pour la PTME consistait en un régime court d'AZT soit 2 comprimés à 300 mg par jour à partir de la 36^e semaine.

Les accouchements étaient réalisés au sein de la structure sans intervention spécifique pour les femmes VIH+ afin d'éviter une éventuelle stigmatisation. Les femmes VIH+ impliquées dans le programme PTME étaient revues après l'accouchement par les sages-femmes et une numération des lymphocytes CD4 était réalisée lors de la première visite post natale, puis, en principe, tous les 3 mois afin de permettre la mise en traitement si nécessaire le plus rapidement possible. Le suivi médical des enfants et des mères était organisé avec des convocations à date régulière et des visites à domicile.

Le diagnostic de l'infection chez les enfants était assuré à 45 jours et à 90 jours par une PCR, remplacée à partir de mai 2000 par une charge virale (7). Lorsque ces exa-

mens n'étaient pas réalisés, le diagnostic était assuré par une sérologie à 15 mois pour les enfants allaités au biberon et 3 mois après l'arrêt de l'allaitement maternel pour les autres.

Quand la mère avait choisi l'allaitement artificiel, une formation à la préparation des biberons était effectuée, un kit de matériel nécessaire à ce type d'alimentation était offert et des visites hebdomadaires (au centre et à domicile) étaient organisées pour le contrôle de la qualité et de la réalité de l'alimentation artificielle. Si la mère choisissait l'allaitement maternel exclusif, les enfants étaient revus une fois par mois au centre et les mères étaient incitées à sevrer précocement (6 mois) et rapidement leurs enfants.

Le programme prévoyait la prise en charge globale des membres de la famille après PTME avec soutien psychosocial, prévention des infections opportunistes et accès aux ARV si les critères d'éligibilité dans l'initiative ivoirienne d'accès aux médicaments antirétroviraux étaient réunis.

Les associations de personnes vivant avec le VIH travaillaient en collaboration étroite avec le personnel de santé dans les deux centres de Yopougon pour le conseil et le soutien aux patientes et pour le suivi des mères et des enfants après l'accouchement.

A Yopougon, à partir d'octobre 2000, les enfants malades ont eu accès à une consultation pédiatrique ouverte dans la structure en plus des consultations ordinaires offertes.

Les données rassemblées ici sont issues des rapports hebdomadaires d'activités réalisés par les sages femmes entre avril 1999 et avril 2001 pour les 4 centres. Ces centres proposaient des prestations semblables sous des modalités différentes. L'analyse de ces données a permis une évaluation de l'étape de dépistage. Par ailleurs l'étude a également concerné un examen de tous les dossiers médicaux des femmes incluses dans les deux formations de Yopougon et de leurs enfants de plus de 15 mois. L'analyse de ces dossiers a permis d'évaluer l'intervention spécifique de PTME en comparant les deux centres de Yopougon, un avec maternité, l'autre sans.

Analyse

Les fréquences ont été comparées par le test du Khi2 de Mantel Haentzel et les moyennes par Anova ou par le test de Kruskal Wallis quand Anova n'était pas utilisable.

Les probabilités d'infection et de survie de l'enfant par le VIH ont été obtenues par la méthode de Kaplan Meier avec le logiciel Stata™ 6.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA). Nous avons ainsi calculé une probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant, une probabilité de survie selon le statut vis-à-vis de l'infection par le VIH et une probabilité d'être vivant et non infecté par le VIH. Ce dernier indicateur a été proposé récemment par le groupe de Gand (8) comme un indicateur global prenant en compte le risque d'être infecté mais aussi celui de souffrir de l'intervention elle-même (surmortalité éventuelle associée à l'allaitement artificiel par exemple).

Tableau I - Résultats des activités de dépistage selon le centre. Abidjan ; 1999-2002.

	Yopougon Attié	Yopougon Wassakara	Koumassi	Marcory	Total	p
Date de début	15/04/99	07/06/99	15/04/99	15/07/99	/	/
Nb de CPN 1	7 377	5 487	16 306	7 907	37 077	/
Nb tests proposés	7 043	5 404	11 420	5 981	29 848	10 ⁻⁵
	(95,5 %)	(98,5 %)	(70,0 %)	(75,6 %)	(80,5 %)	
Nb de femmes dépistées	6 612	4 940	7 866	3 048	22 466	< 10 ⁻⁵
	(89,6 %)	(90,0 %)	(48,2 %)	(38,5 %)	(60,6 %)	
NB de femmes informées	5 665	3 187	7 498	1 766	18 116	< 10 ⁻⁵
	(85,5 %)	(64,5 %)	(95,3 %)	(57,9 %)	(80,6 %)	
Efficacité globale	76,8 %	58,1 %	46,0 %	22,3 %	48,9 %	< 10 ⁻⁵

RÉSULTATS

Données sur le dépistage

Nous avons résumé les activités de dépistage en calculant un taux d'efficacité globale du dépistage qui est le rapport entre le nombre de femmes ayant reçu leur résultat et le nombre de femmes venues pour la 1^o CPN (Tableau I).

L'efficacité globale du dépistage est globalement élevée à Yopougon Attié, structure dans laquelle la collaboration était forte avec les associations. Dans le centre de Yopougon Wassakara, où la collaboration avec les associations était également forte, l'efficacité est moins bonne; c'est une structure plus petite avec un personnel moins nombreux et la prise en charge de la PTME se faisait dans la formation sanitaire de Attié, distante de quelques km.

Dans ces deux centres une équipe motivée (2 sages femmes, 2 assistantes sociales, 4 membres d'association) assurait la gestion des activités quotidiennes et un médecin assurait la supervision permanente. A Koumassi et Marcory, gestion et supervision étaient partagées entre différentes personnes d'origine diverse (CDC, FSTI, programme national sida), moins coordonnées.

Le centre de Koumassi pratiquait des tests rapides avec rendu des résultats dans l'heure qui suivait la prise de

sang ce qui explique le pourcentage élevé de femmes informées par rapport au nombre de femmes dépistées. Mais ce centre et celui de Marcory ont eu des difficultés à approcher toutes les femmes en CPN et/ou à leur faire accepter le test puisqu'ils n'ont pas dépassé 46 % de femmes ayant réalisé le test.

L'étude des variations dans le temps (Tableau II) montre que l'efficacité globale augmente jusqu'en 2001 puis stagne. Le taux de retour élevé à partir de 2001 est concomitant de la mise en place à Koumassi du rendu dans l'heure suivant le prélèvement.

La séroprévalence moyenne du VIH ne varie significativement pas selon le centre (p=0,4); elle est de 13,2 % à Koumassi et Marcory et de 12,7 % à Yopougon sur l'ensemble de la période considérée. La séroprévalence moyenne diminue de 13,5 % la première année à 12,8 % la deuxième année sur les 4 centres et à 12,5 % la 3^e année sur les deux centres de Yopougon (DNS/p=0,3).

Le taux de retour chez les femmes séropositives est inférieur (56 %), comme dans de nombreuses études (9-10), au taux de retour chez les femmes séronégatives (76 %; p=0,001). Cette différence est constatée même à Koumassi où le rendu des résultats se fait dans l'heure suivant le prélèvement (86,7 et 96,7 %). Cet écart tend à diminuer progressivement avec le temps.

Tableau II - Evolution dans le temps des activités de dépistage dans les 4 centres. Abidjan ; 1999-2002.

Date	CPN 1	Tests proposés	Tests acceptés	Résultats rendus	Efficacité globale
21/12/99	11 130	8 737 (78,5 %)	5 718 (65,4 %)	4 412 (77,3 %)	39,6
30/04/00	5 865	4 269 (72,8 %)	3 202 (75,0 %)	2 493 (77,8 %)	42,5
31/12/00	10 025	7 542 (75,2 %)	5 958 (80,0 %)	5 057 (84,9 %)	50,4
30/04/01	5 724	5 044 (87,6 %)	3 987 (79,0 %)	3 483 (87,3 %)	60,8
31/12/01	2 648	2 331 (88,0 %)	2 258 (96,9 %)	1 752 (77,6 %)	66,1
30/04/02	1 645	1 383 (84,0 %)	1 343 (97,1 %)	909 (67,7 %)	55,2
P		< 10 ⁻⁵	< 10 ⁻⁵	< 10 ⁻⁵	< 10 ⁻⁵
Total	37 077	29 306 79,0 %	22 466 76,7 %	18 116 80,6 %	48,9

Tableau III - Interventions de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH. 1999 - 2002, Abidjan, Côte d'Ivoire.

	Yopougon Attié	Yopougon Wassakara	Koumassi	Marcory	Total
Date de début	15/04/99	07/06/99	15/04/99	15/07/99	
Nb de femmes VIH +	649	506	991	397	2 543
Nb de PTME acceptées	476	313	846	194	1 829 *
	(73,3 %)	(61,8 %)	(85,4 %)	(48,9 %)	(71,9 %)
Nb de PTME réalisées		384		283	667
Nb d'interventions / Nb femmes VIH + informées		384/789 **		283/1040 **	36,1 %
		48,7 %		27,2 %	

* p < 10⁻⁵** p < 10⁻⁵

Intervention de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

La proportion de femmes ayant bénéficié de l'intervention PTME varie selon les sites, elle représente 48,7 % des femmes infectées par le VIH qui étaient venues chercher leurs résultats à Yopougon et 27,2 % à Koumassi/Marcory (Tableau III).

Suivi des enfants

Nous avons revu 457 dossiers de femmes et couples mères enfants des deux centres de Yopougon et dont les enfants étaient âgés de plus de 15 mois.

Cinquante-neuf dossiers (59) sont exclus de l'analyse parce que les enfants sont décédés dans les 7 premiers jours ou parce que la mère n'a jamais été revue après l'accouchement.

Sur les 398 couples mère-enfant restant le diagnostic d'infection est connu pour 285 enfants, pour 113 enfants il n'a pas été possible d'établir un diagnostic concernant le statut vis-à-vis de l'infection par le VIH (39 sont décédés avant la réalisation des examens).

Parmi les 285 enfants pour lesquels le diagnostic vis-à-vis de l'infection par le VIH a été possible, 249 enfants étaient non infectés et 36 infectés par le VIH.

Environ deux tiers des mères ont choisi l'allaitement artificiel et ont donc bénéficié d'une aide matérielle et d'un suivi hebdomadaire. Mais, les constatations des conseillères associatives du programme laissent penser que ce sont les mères qui ont pratiqué l'allaitement artificiel strict ou l'allaitement maternel exclusif.

La mortalité des enfants suivis non infectés est faible (Tableau IV) et traduit la qualité du suivi post natal avec les conseillères associatives mais pose la question du grand nombre de perdus de vue.

Transmission

Le résultat global de l'intervention est pour les 143 enfants vus à 18 mois :

- taux de transmission du VIH = 16,2 % (10,3-25,1);
- taux de transmission et décès = 21,6 % (16,4-28,6);
- probabilité d'être vivant non infecté = 78,4 % (71,4-83,6).

Prise en charge de la famille

Durant tout le déroulement du programme, 28 enfants ont été mis gratuitement sous traitement ARV, 15 après diagnostic virologique, 6 après diagnostic sérologique et 7 sur des arguments cliniques.

Par ailleurs, fin 2002, 66 femmes étaient traitées gratuitement par thérapie sur un total de 69 femmes mises en traitement (3 décès) et 76 étaient sous ARV fin 2003.

DISCUSSION

Dépistage

Les 4 centres étudiés dans le cadre du dépistage ne sont pas totalement comparables bien qu'ils aient utilisé la même stratégie de PTME au départ. Les résultats obtenus semblent confirmer l'intérêt de la stratégie adoptée soit une PTME intégrée dans les activités courantes de la PMI avec la coopération dynamique des membres des associations de

Tableau IV - Probabilité de décès des enfants nés de mère séropositive pour le VIH. FSTI, Yopougon, Abidjan (1999-2003)

Age	Probabilité de décès globale		Enfants non infectés		Enfants infectés		Statut inconnu Effectif
	Probabilité (IC)	Effectif	Probabilité (IC)	Effectif	Probabilité (IC)	Effectif	
6 mois	6,5 (4,3-10,1)	253	0	199	6,6 (1,7-23,8)	28	26
12 mois	9,8 (6,8-13,9)	203	1,6 (0,5-4,1)	169	24,6 (12,5-44,8)	21	13
15 mois	11,8 (8,4-16,4)	170	1,6 (0,5-4,1)	149	28,9 (13,6-50)	16	5

femmes infectées par le VIH. Les scores meilleurs obtenus au centre de Attié pourraient être liés à une plus grande coopération avec les associations et à une meilleure intégration progressive des activités de PMI et PTME.

Les variations dans le temps des résultats de Yopougon démontrent l'importance de la motivation de l'ensemble du personnel. Il semble que dans le résultat global interviennent les distances entre les différents sites de conseil, prélèvement et consultation prénatale, l'accompagnement physique et psychologique des femmes lors de ce circuit, la coordination entre les différents acteurs (sages femmes, conseillères, techniciens de laboratoire, etc). La stagnation des résultats en 2002 peut s'expliquer par la lassitude des différents acteurs, le changement du coordinateur et la démotivation du personnel du laboratoire. Il semble important de tenir compte de la lassitude des soignants et de la prévenir par des groupes d'auto support.

L'acceptation des tests apparaît comme une étape capitale d'autant qu'elle conditionne l'étape suivante, la plus sensible, du retour des femmes pour connaître leurs résultats.

La simplification de l'algorithme de dépistage, conforme aux recommandations OMS pour une séroprévalence élevée a permis de diminuer le nombre de perdues de vue (10).

L'intervention de PTME

Les bons résultats concernant le dépistage se répercutent directement sur le résultat final de la PTME comme cela se passe à Attié. Les résultats sont meilleurs quand suivi prénatal, accouchement et suivi post natal se déroulent dans la même structure avec une même équipe du conseil post test au suivi de l'enfant, avec l'aide des associations. Pour cela il est important que tout le personnel d'une même structure ait une formation commune sur la PTME avec élaboration en commun des modalités pratiques de l'intervention, du dépistage au suivi des enfants et des mères.

Les résultats de Koumassi montrent qu'intervenir sur un seul maillon de la chaîne (rendu des résultats) ne suffit pas pour atteindre un résultat global correct. Il ne sert à rien de rendre les résultats dans l'heure qui suit le prélèvement si les femmes ne sont pas soutenues dans leur démarche globale, en particulier en terme de soutien psycho-social.

Les premières étapes apparaissent donc décisives pour le résultat quantitatif final. Il est doublement utile de faire porter les efforts sur ces premières étapes qui, d'une part permettent à un plus grand nombre de femmes d'être dépistées et, d'autre part entraînent une meilleure efficacité de l'intervention de PTME.

Cette continuité dans l'intervention constitue l'avantage de la stratégie courte avec AZT versus celle avec nevirapine. Avec AZT il existe un suivi des femmes durant la période critique et une supervision possible de la prise d'AZT jusqu'à l'accouchement.

Survie des enfants

La mortalité des enfants infectés est 15 fois supérieure à 12 mois à celle des enfants non infectés et 18 fois supérieure à 15 mois, elle est analogue à ce qui a pu être décrit à Abidjan

(11) et ailleurs (15). Le taux de mortalité particulièrement bas des enfants non infectés est à mettre en relation avec un suivi de qualité grâce aux membres d'association entre autres, mais il doit être relativisé à cause du grand nombre de perdus de vue qui sous-estime le nombre de décès.

Transmission

Le taux de PTME obtenu est relativement bon en comparaison des taux sans intervention qui se situaient aux environs de 30 % et des taux de 22,5 % obtenus dans les bras AZT des essais KZT et Ditrane (3-4) et ailleurs (13).

Néanmoins, ces résultats sont à tempérer par le grand nombre de perdus de vue et par le fait que nous avons pour suivi les recherches actives des enfants après 18 mois.

La stratégie utilisée pour le diagnostic de l'infection chez l'enfant a posé des problèmes car la disponibilité des tests de PCR ou de charge virale (CV) a souvent fait défaut. En conséquence, un certain nombre de résultats ne sont jamais parvenus ou sont parvenus après les résultats de la sérologie. Ainsi, 51 enfants diagnostiqués par PCR ou CV ont eu aussi un diagnostic sérologique après 15 mois. Cette sérologie tardive a permis de mettre en évidence une infection tardive survenue après 3 mois (PCR négatives au 45^e et 90^e jour avec sérologie positive à 20 mois).

A l'inverse, sur 101 enfants diagnostiqués par sérologie, 46 avaient eu aussi un prélèvement pour PCR ou CV dont 20 sans résultats et 40 avaient eu 2 prélèvements dont 7 sans résultats.

Néanmoins les 33 enfants infectés diagnostiqués par la sérologie avaient un âge moyen de 19 mois, alors que les enfants infectés diagnostiqués par PCR ou CV avaient un âge moyen de 3,3 mois quant aux 2 diagnostiqués après des manifestations cliniques, leur âge moyen était de 5 mois. Le diagnostic par PCR ou CV a donc réellement été plus précoce, il reste à examiner si son financement ne se faisait pas aux dépens d'actions plus urgentes. La PCR en temps réel, récemment développée à Abidjan pour un prix approximatif de 10 euros, pourrait être une solution, car la mortalité des enfants infectés est très élevée et pourrait être diminuée en les traitant le plus tôt possible.

Les taux de transmission selon le mode d'allaitement ne différaient pas significativement ($p=0,85$), il semble que malgré l'importance du conseil réalisé sur l'allaitement, rares sont les mères qui ont pratiqué un allaitement maternel ou artificiel exclusif. Il est apparu que, très souvent, les mères théoriquement en allaitement artificiel strict, donnaient néanmoins le sein à leurs enfants pour différentes raisons culturelles ou sociales. Inversement pour l'allaitement maternel exclusif, les mères donnent souvent à boire de l'eau ou des tisanes dans les premiers jours de la vie et des aliments semi solides dès 2 mois. Il est donc primordial de renforcer le conseil et le suivi en termes d'alimentation du nourrisson de mère infectée par le VIH, activités devenues prioritaires dans les programmes de PTME.

Prise en charge de la famille

Malheureusement le nombre d'enfants pris en charge par ARV mensuellement par le programme n'a jamais

dépassé 8, chiffre dû à une létalité élevée qui s'explique par l'insuffisance globale de la prise en charge pédiatrique à Abidjan avant l'ouverture du centre spécialisé de Yopougon et par le pronostic plus grave des enfants infectés malgré une intervention de PTME.

CONCLUSION

Parmi les 37 100 femmes qui ont eu une CPN dans les structures et la période considérées, il y a eu 667 interventions de PTME. Sur ces 667 enfants nés après intervention, 200 (30 %) risquaient d'être infectés par le VIH. Si le taux de transmission observé à 18 mois est extrapolable à l'ensemble des enfants, soit une réduction de moitié du taux sans intervention, le programme a évité environ 95 infections.

Si on considère que ce programme représente 2 % des accouchements ayant eu lieu à Abidjan pendant la même période (2), on voit les enjeux des années à venir pour obtenir une couverture complète des accouchements réalisés et un dépistage pour le VIH de toutes les femmes enceintes.

Le premier résultat du programme reste que le dépistage VIH a été proposé à 29 000 femmes parmi lesquelles 18 000 ont connu leur statut et ont reçu à deux reprises des conseils de prévention.

Remerciements • A toute l'équipe de Rétroci, aux autorités médicales de CI et à tout le personnel des centres de santé où le programme s'est déroulé.

RÉFÉRENCES

- 1 - UNAIDS- Report on the global HIV/AIDS epidemic. July 2002. UNAIDS Genève.
- 2 - DABIS F, MSELLATI PH, MEDA N *et Coll* - 6-month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine in reduce vertical transmission of HIV in breast-fed children : a double blind placebo controlled multicentre trial, ANRS 049a. Côte d'Ivoire and Burkina Faso. *Lancet* 1999; **353** : 786-92.
- 3 - WIKTOR SZ, EKPINI R, KARON J *et Coll* - Short course oral zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan (Côte d'Ivoire) : a randomised trial. *Lancet* 1999; **353** : 781-5.
- 4 - SHAFFER N, CHUACHOOWONG R, MOCK PA *et Coll* - Short course zidovudine for peri natal HIV-1 transmission in Bangkok Thailand : a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; **353** : 773-80.
- 5 - MSELLATI PH, HINGST G, KABA F *et Coll* - Operational issues in preventing mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan Côte d'Ivoire, 1998-99. *Bull World Health Organ* 2001; **79** : 641-47.
- 6 - JAKSON JB, MUSOKE P, FLEMING T *et Coll* - Intra partum and neonatal single dose of nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda, 18 month follow up randomised trial. *Lancet* 2003; **632** : 859-68.
- 7 - ROUET F, MONTCHO C, ROUZIOUX C *et Coll* - Early diagnosis of paediatric HIV-1 infection among african breast-fed children using a quantitative plasma HIV RNA assay. *AIDS* 2001; **15** : 1849-56.
- 8 - ALIOUM A, DABIS F, DEQUAE-MERCHADOU L - Estimating the efficacy of interventions to prevent mother-to-child transmission of HIV in breast feeding populations. Development of a consensus methodology. *Stat Med* 2001; **20** : 3539-56.
- 9 - LADNER J, LEROY V, MSELLATI P *et Coll* - A cohort study of factors associated with failure to return for HIV test counselling in pregnant women ; Kigali (Rwanda), 1992-1993. *AIDS* 1996; **10** : 69-75.
- 10 - REY JL, COULIBALY M - Le mieux est l'ennemi du bien : exemple du dépistage VIH au centre de santé de Youpougn Wassakara (Abidjan) *Med Trop* 2004; **64** : 98.
- 11 - CARTOUX M, MSELLATI P, MEDA N *et Coll* - Attitudes of pregnant women toward HIV testing in West Africa ; Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *AIDS* 1998; **12** : 2337-44.
- 12 - DABIS F, ELENGA N, MEDAN *et Coll* - 18-Month mortality and perinatal exposure to zidovudine in West Africa. *AIDS* 2001; **15** : 771-9.
- 13 - PEREZ F, MUKOTEKWA T, MILLER A *et Coll* - Implementing a rural programme of prevention of mother to child transmission of HIV in Zimbabwe : first 18 months of experience. *Trop Med Int Health* 2004; **9** : 774-83.
- 14 - TEMMERMAN M, QUAGHEBEUR A, MWANYUMBA F *et Coll* - Mother to child HIV Transmission in resource poor settings: how to improve coverage? *AIDS* 2003; **17** : 1239-42.
- 15 - NEWELL ML, COOVADIA H, CORTINA-BORJA M *et Coll* - Mortality of infected and uninfected infants born to HIV infected mothers in Africa : a pooled analysis. *Lancet* 2004; **364** : 1236-43.