

ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA PARTICIPATION DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE -ENFANT DU VIH /SIDA « PTME » DANS LA REGION DE SIKASSO AU MALI

B. DIALLO¹, B. DAO², A. BERTHE³, D. KABA¹, H. DIALLO¹, S. SOGOBA⁴, L. TRAORE⁴, Y. SIDIBE⁴, K. DIARRA⁴, F. B. TRAORE⁴, A. DAOU⁴, Z. KONE⁴, O. DEMBELE⁵, T. THERA⁶, A.K. TRAORE⁶, A. DAO.

1= Institut National de Formation en Sciences de la Santé

2= Hôpital du Mali

3= Hôpital Gabriel TOURE

4= Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie,

5= Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux ;

6= Hôpital du Point G.

AUTEUR PRINCIPAL : bokarydiallofr@yahoo.fr Cell : + 223 66924598

Résumé

Ce travail a pour objectif d'étudier les facteurs influençant la participation de la femme enceinte séropositive au programme de la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME) dans la région de Sikasso. Il s'agit d'une étude descriptive, transversale avec des données qualitatives, quantitatives et rétrospectives qui s'est déroulée courant deuxième trimestre 2009 (du 29 mars au 12 avril 2009) a concerné les données de 2008. Elle a concerné cinq districts sanitaires de la région de Sikasso et tous les 18 sites PTME. Les questionnaires ont été administrés au personnel de santé impliqué dans la PTME au niveau des Centres de Santé Communautaires, des Centres de Santé de Référence, de la Direction Régionale de la Santé, aux femmes enceintes séropositives dépistées pendant la PTME en 2008, aux leaders d'opinion, aux hommes mariés et aux femmes enceintes au cours de la CPN.

87% des agents PTME ne disposent d'aucun texte législatif et réglementaire. Sur les 51 femmes enceintes séropositives, 9 (17,64%) ne savent pas qu'il est possible d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Parmi les 47 femmes enceintes séropositives informées des bienfaits de la PTME, 10 ont abandonné soit 21,3%, trente et sept (37) n'ont pas abandonné soit 78,7%. 66,66% des femmes enceintes séropositives qui interrompent le traitement ne croient pas à l'existence du VIH/SIDA. 11% de celles qui ont abandonné l'attribuent à la rupture des ARV. 70% des agents PTME déplorent la rupture des réactifs pour la sérologie VIH. Le manque de discrétion du personnel, l'administration des ARV sans counseling préalable ont été des facteurs de démotivation à la participation au programme PTME. Les causes de non adhésion et/ou du refus de poursuivre le traitement peuvent se

résumer en insuffisance de sensibilisation des femmes enceintes séropositives, la non implication des maris, l'insuffisance de discrétion du personnel de santé et son corollaire la stigmatisation. Nous recommandons une sensibilisation des femmes enceintes séropositives et une formation psychosociale du personnel.

Mots clés : VIH/SIDA, Femmes enceintes séropositives, ARV, PTME, SIKASSO, Mali.

Abstract

This work aims to study factors' influencing the participation of the HIV-positive pregnant woman in the program of the prevention of the transmission of HIV-AIDS from mother to child (PTME) in the region of Sikasso.

It acts of a descriptive, transversal with qualitative, quantitative data which proceeded flowing second term 2009 related to the data of the year 2008. It related to five health districts and all the 18 sites PTME. Questionnaires were administered to the medical staff implied in the PTME at the level of

Communal health centers, reference health centers, health regional direction, to the screened HIV positive pregnant women during the PTME in 2008, to the leaders of opinion, to the married men and to the pregnant women in general in th course of the CPN. Most of the PTME staff doesn't have the use of any (guaranteed) reimbursement document of FESP. Health- professionals deplore frequent breach of ARV and/or of reactives (70 %), in other words, these are FESP who are complaining about the non-leave of absent of health professionals PTME and 11 % of those who gave up, assign it to the breach of ARV. The majority of FESP that interrupt the treatment do not believe in the existence of the HIV-AIDS. The lack of discretion of medical staff, the administration of ARV without previous counseling was some factors of demotivation to the participation in the program PTME. The causes of non-adhesion and/or of refusal to pursue treatment can come down to an insufficiency of sensibilisation of FESP, the non-implication of married people, insufficiency of the discretion of the medical staff and its consequence of the stigmatization. We recommend a sensibilisation of FESP and psychosocial formation of medical staff.

Key-words: HIV/AIDS, FESP (HIV women), ARV (anti-retro viral), PTME (Program of the prevention of the transmission of HIV-AIDS from mother to child). Sikasso ; Mali.

1. Introduction

L'infection à VIH demeure un problème de santé publique dont l'ampleur va en grandissant malgré la multiplicité et la diversité des campagnes de sensibilisation. Le problème du VIH/SIDA est certainement l'un des fléaux les plus dramatiques de notre époque. L'ampleur du phénomène est estimée en 2008 par l'ONU/SIDA à 33, 2 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Bien que la communauté internationale et les dirigeants africains se soient engagés à éliminer les nouvelles infections pédiatriques dues au VIH et à réduire la mortalité chez les femmes infectées d'ici 2015, 330 000 enfants étaient encore infectés par le VIH en 2011, dont plus de 90 % en Afrique au sud du Sahara, et ce malgré une nette diminution des nouvelles infections pédiatriques de plus de 25 % depuis 2009 dans 33 pays. Selon l'ONUSIDA, le continent africain comptait 71 % des adultes et des enfants nouvellement infectés par le VIH et 70 % du nombre de décès en 2011. La majorité d'entre eux sont en Afrique subsaharienne ou les trois quarts des jeunes vivants avec le VIH sont des femmes âgées de 15 à 24 ans [1].

Selon le rapport de l'ONUSIDA/OMS décembre 2007 33, 2 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde dont 30, 8 millions d'adultes (15,4 millions de femmes) et 2, 5 millions d'enfants de moins de 15 ans.

Les cas de nouvelles infections étaient estimés à 2, 5 millions de personnes dont 2, 1 millions chez les adultes et 420000 chez les Enfants de moins de 15 ans.

Les décès étaient estimés à 2, 1 millions de personnes dont 1, 7 million chez les adultes et 330 000 chez les Enfants de moins de 15 ans [2].

Au Mali selon EDS IV, la séroprévalence nationale est de 1, 3 % dans la population générale dont 2 % chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les femmes et les enfants sont les plus touchés par l'infection à VIH.

En 1994 la séroprévalence du VIH chez la femme enceinte était de 4, 4 % à Bamako, 4, 5 % à Sikasso et 2, 1 % à Mopti et au même moment, elle était de 55 %, 72 % et 21 % chez les femmes libres respectivement à Bamako, Sikasso et Mopti.

Pour la PTME 67473 femmes enceintes ont fait le test VIH avec une positivité de 1368 soit 2, 02 % selon le rapport d'activités 2008 CSLS/MS.

Il a été prouvé au cours des dernières années qu'un traitement prophylactique par les anti-rétroviraux permet une réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [3]. Le taux

de transmission du VIH de la mère à l'enfant, enregistré dans les pays développés, est de 25 % sans intervention et de 15 % après intervention. [3]. Dans les pays en développement, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 40 % en l'absence de toute intervention et de 20 % après intervention [3].

Les femmes sexuellement actives jouent un rôle important dans la propagation de l'infection à VIH dans le monde. Les tranches d'âge de 25-29 ans et de 30-34 ans sont les plus touchées parmi elles, les femmes occupent la grande proportion avec respectivement une prévalence de 3, 2 % et de 3, 3 %. [3]. Selon la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Mali la prévalence du VIH est de 3, 8 % pour tout le pays et 4, 5 % pour Bamako (Ministère de la Santé au Mali, Surveillance Sentinelle, 2003).

La PTME est un domaine prioritaire du plan stratégique de lutte contre le SIDA mis en œuvre au Mali depuis le district de Bamako par 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 à partir de 2004. Un premier passage à l'échelle du programme a été le changement du protocole de la monothérapie (Névirapine) à la bithérapie (Névirapine et AZT) en juillet 2005. Cependant quelques sites comme l'Hôpital Gabriel Touré et les CSREF qui abritent les unités de prise en charge utilisaient déjà le protocole de la trithérapie. En 2007, il était prévu que tous les sites PTME fassent la trithérapie, mais cet objectif jusqu'en fin 2008 n'a pas été atteint dans tous les sites.

L'analyse de la situation faite, le gouvernement a décidé d'étendre le programme de prévention de la transmission mère-enfant sur toute l'étendue du territoire même au niveau communautaire. De 2001 à 2008, on est passé d'un site de PTME à 172 sites sur toute l'étendue du territoire national et concerne même les structures de santé communautaires.

En effet, une analyse opérationnelle des résultats de la PTME en 2005 à Bamako montre que si 90 à 98 % des femmes enceintes sensibilisées par le personnel de santé pour le dépistage du VIH lors de la consultation prénatale, acceptent le principe du dépistage, toutes ne viennent pas chercher le résultat du test. Elle associe à la consultation prénatale un service complet de dépistage volontaire et de prise en charge du VIH chez les femmes enceintes. En effet, cette stratégie de lutte est bénéfique au triple plan de la protection du nouveau-né contre l'infection

à VIH, des soins anti- rétroviraux de la femme enceinte séropositive et de la surveillance épidémiologique au sein de la communauté.

Le programme de la transmission mère enfant a débuté en 2001 à l'Hôpital Gabriel Touré avec l'initiative Malienne d'Accès aux 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 à partir de 2004. Un 1^{er} passage à l'échelle du programme a été le changement du protocole de la monothérapie (Névirapine) à la bithérapie (Névirapine et AZT) en juillet 2005. Cependant, quelques sites comme l'Hôpital Gabriel Touré et les CSREF qui abritent les unités de prise en charge utilisaient déjà le protocole de la trithérapie. En 2007, il était prévu que tous les sites PTME fassent la trithérapie, mais cet objectif, jusqu'en fin 2008, n'a pas été atteint dans tous les sites. Aussi, sur les 3 à 5 % de femmes enceintes séropositives identifiées, seulement 10 à 30 % bénéficiaient effectivement de l'avantage final de l'activité, à savoir la thérapie rétrovirale de la femme enceinte et du nouveau-né ainsi que l'allaitement artificiel nécessaire.

Ainsi, pour obtenir une adhésion effective de la femme séropositive au programme de PTME, notre étude a voulu apporter des éléments de réponse aux questions essentielles suivantes :

Dans quelles mesures les cadres organisationnel, institutionnel et technique de la mise en œuvre du programme sont-ils respectés dans les sites PTME de la région de Sikasso en 2008 ? Quelle est l'aptitude pratique du personnel de santé chargé de la PTME dans les sites de la région de Sikasso ? Quels sont les principaux facteurs socio-économiques et culturels influençant la participation des femmes séropositives au programme de PTME ?

2. Matériel et méthodes

L'étude s'est déroulée dans les cinq districts sanitaires qui ont appliqué la PTME dans la région de Sikasso en 2008. Ces districts sont Sikasso, Koutiala, Kadiolo, Bougouni et Kolondièba. Il s'agit d'une étude descriptive, transversale avec des données qualitatives, quantitatives et rétrospectives.

Pour mener l'enquête, une autorisation a été demandée auprès des autorités politico

administratives. Nous avons défendu le protocole devant le Comité d’Ethique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d’Odontostomatologie de l’Université du Mali et nous avons été supervisés par celui-ci sur le terrain.

Dix (10) enquêteurs ont été recrutés et formés pendant deux jours. L’organisation d’un pré-test avec les enquêteurs a permis d’améliorer l’outil de collecte des données avant le démarrage de l’enquête proprement dite.

La collecte des données s’est déroulée du 29 mars au 12 avril 2009. Les agents de santé responsables de la PTME ont été choisis comme enquêteur dans chaque site.

Ces derniers ont introduit auprès des cibles les chercheurs – enquêteurs non-résidents comme étant de sa hiérarchie. En cas de non disponibilité de l’agent responsable du site, son collaborateur le plus impliqué dans le programme a été choisi d’office.

Cette disposition a permis de rassurer les cibles sur l’inviolabilité de la confidentialité entre elles et les agents de santé.

Elle s’est déroulée pendant le deuxième trimestre 2009. La collecte des données a concerné l’exercice 2008.

La population d’étude a été composée du personnel de santé, des femmes enceintes séropositives dépistées pendant la PTME en 2008, des leaders d’opinion, des hommes mariés, des femmes enceintes en général au cours de la CPN.

L’échantillonnage a été non probabiliste pour toutes les cibles. La technique de choix raisonné a été utilisée pour le personnel de santé et pour les leaders d’opinion. La technique de quota a été utilisée pour les femmes enceintes au cours de la CPN, les femmes enceintes séropositives et les hommes mariés.

Par rapport à la taille de l’échantillon au niveau de chacun des 18 sites PTME de la région de Sikasso deux (2) personnels de santé impliqués ont été interviewés soit un total de 36 agents.

Au niveau des CSRéf les cinq (5) points focaux ont été interviewés, sept (7) leaders (l’imam de la grande mosquée, un chef de quartier ou de village, le maire, la présidente de la CAFO, la chargée de programme de la promotion féminine, le président de la FELASCOM, un notable).

Au niveau des DRS, le point focal a été interviewé. Quant aux femmes enceintes séropositives, l’ensemble de l’effectif dépisté en 2008 a fait partie de l’échantillon. Un focus

group femmes (12 personnes maximum) et un focus group hommes mariés (12 personnes maximum) par cercle ont été organisés.

La technique de collecte des données a consisté à l'administration de questionnaire auprès du personnel de santé, à l'entretien structuré auprès des leaders et des femmes enceintes séropositives et à l'entretien en focus group pour les hommes mariés et les femmes enceintes venues en CPN. L'exploitation documentaire a été faite à l'aide d'une fiche de dépouillement. Les outils de collecte ont été le guide d'entretien structuré, le guide d'entretien en focus, le questionnaire et la fiche de dépouillement des supports.

Nous avons tenu compte des considérations éthiques. Le consentement des personnes à interviewer a été préalablement demandé à travers une fiche de consentement. Le respect de la confidentialité a été de rigueur. Aucun nom d'un (e) enquêté (e) n'était mentionné dans les outils de collecte des données. Lors des entretiens, nous les avons rassuré que nous n'avons pas besoin de leurs noms, ni de leurs adresses. Nous voulons tout simplement trouver une solution à leur mal et cela dans la plus grande confidentialité.

L'endroit et le moment de l'interview ont été laissés à l'initiative de l'enquêtée. Pour créer davantage de confiance entre l'enquêteur et l'enquêtée, l'agent de santé responsable de la PTME a introduit auprès des femmes enceintes séropositives les chercheurs / enquêteurs comme étant de sa hiérarchie. Par la suite, l'agent PTME se retirait pour éviter les biais dans la réponse de l'enquêtée. Par ailleurs, le choix des enquêteurs répondait à des critères stricts de moralité, de professionnalisme et de respectabilité. Nous avons choisi des agents de santé qualifiés qui ont déjà reçu des formations sur la prise en charge du VIH/SIDA, le counseling et qui avaient déjà leur preuve en terme de moralité et de respectabilité selon nos investigations auprès de leurs collaborateurs. Les données ont été collectées, saisies, traitées et analysées de façon anonyme, car les initiales des enquêtés ne figuraient pas sur les outils de collecte des données.

3. Résultats

Connaissances de la PTME par les FESP

Plus de la moitié des FESP n'avait pas entendu parler de PTME auparavant. Sur les 51 FESP répondantes, 9 ne savent pas qu'il est possible d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Tableau I : Répartition des FESP selon leur définition de la PTME

Définition de PTME	Nombre	Pourcentage
Protection mère	1	2, 00
Protection enfant	11	21, 60
Protection mère et enfant	33	64, 70
Autres	5	11, 80
Total	51	100

Seules les 1/5 soit 21,60 % des FESP savent que la PTME protège seulement l'enfant.

Tableau II : Prise en charge des frais de déplacement pour aller au site PTME

Personne qui paye les frais de déplacement	Nombre	POURCENTAGE
Femme enceinte	32	64 %
séropositive		
ONG	2	4 %
Mari/parent	16	32 %
Total	50	100 %

64 % des FESP payent elles-mêmes leurs frais de déplacement pour aller au centre, or la majorité des FESP sont des ménagères.

Cadre organisationnel et réglementaire

Plus de la moitié déplorent la non disponibilité des documents de politique.

Tableau III : Disponibilité des textes législatifs et réglementaires

Disponibilité textes	Nombre	Pourcentage
Oui	3	13,00
Non	20	87,00
Total	23	100,00

87% des agents PTME ne disposent d'aucun texte législatif et réglementaire. 74% estiment que le local n'est pas adapté. Plus de la moitié estiment qu'il n'existe pas de circuit CPN/PTME intégré. Plus de la moitié disent ne disposer d'aucun support sur la PTME.

Par rapport à la globalité des soins, 70 % des agents affirment que tous les patients sont pris en charge médicalement et psycho socialement.

Tableau IV : Disponibilité des réactifs pour la sérologie VIH

Disponibilité des réactifs	Nombre	Pourcentage
Bonne disponibilité	6	27,30
Mauvaise disponibilité	16	72,70
Total	22	100

70 % des agents PTME déplorent la rupture des réactifs pour la sérologie VIH.

Tableau V : Raisons évoquées par les agents PTME qui font que les femmes enceintes séropositives sont stigmatisées

Raisons	Nombre	Pourcentage
Femmes abandonnées par leur mari	4	36,36
Femmes remarquables par allaitement artificiel	1	9,09
Population accuse femme d'être responsable de sa maladie	2	18,18
Toutes les personnes qui fréquentent les centres spécialisés VIH sont reconnues PV VIH	2	18,18
Population accuse PV VIH de vouloir cacher la maladie	2	18,18
TOTAL	11	100

36,36% des femmes enceintes séropositives avaient été abandonnées par leur mari.

Tableau VI : Répartition des agents PTME selon leur opinion sur la stigmatisation des FESP

Stigmatisation	Nombre	Pourcentage
Stigmatisées	11	47, 80
Non stigmatisées	12	52, 20
Total	23	100

Près de la moitié des agents de santé reconnaissent que les FESP sont stigmatisées.

Résultats analytiques :

Tableau VII : La connaissance de la PTME par les FESP influence-t-elle ou non l'abandon du traitement par celles-ci ?

Connaissance PTME	Abandon PTME	
OUI	NON	
OUI (n=11)	5	6
NON (n=40)	9	31
TOTAL (n=51)	14	37

Chi carré =9,9780 Probabilité =0,0408

Au total sur cinquante et une FESP concernées par l'étude, onze définissent la PTME comme étant un moyen de protection de l'enfant contre le VIH-SIDA. et quarante définissent autrement. Parmi ces onze (11) FESP, cinq (5) ont eu des périodes d'abandon.

Parmi les quarante (40) FESP qui disent que la PTME est autre chose, neuf (9) ont abandonné et trente et une (31) n'ont pas abandonné. Il faut préciser que sur ces quarante disant autre chose, trente et sept (37) disent que la PTME est la protection à la fois de ma mère et de l'enfant.

Il apparaît que quand la FESP trouve sa protection personnelle, elle abandonne moins. Aussi s'il ne s'agit que de l'intérêt de l'enfant, la FESP est plus enclin à abandonner.

Tableau VIII : L'abandon des services PTME a-t-il une relation avec le fait que le personnel de santé chargé de PTME explique ou non les bienfaits de la PTME aux FESP ?

Informés des bienfaits	Abandon PTME	
	OUI	NON
OUI (n=47)	10	37
NON (n=6)	4	2
TOTAL (n=53)	14	39

Test exact de Fisher : P= 0,0358411289

Parmi les 47 FESP informée des bienfaits de la PTME, 10 ont abandonné soit 21,3%, trente et sept (37) n'ont pas abandonné soit 78,7%. Parmi les six (6) FESP non informée des bienfaits de la PTME, quatre (4) ont abandonné soit 66,66% et deux (2) n'ont pas abandonné soit 33,33%. Le fait que les FESP soient informées des bienfaits de la PTME apparait comme un facteur les aidant à ne pas abandonner les soins.

Les 27, 80% des FESP qui ont abandonné les visites PTME déplorent surtout la non disponibilité des agents de santé et le fait d'avoir été mal informées sur les bénéfices de la PTME (36%). 66 79 1872

4. Discussion

Notre étude comporte cependant des limites. De 2009 à nos jours de nombreuses études ont eu lieu dans le cadre de la PTME. Le taux global de transmission mère-enfant du VIH était de 3,6 % avec 3% de transmission chez les enfants nés de mères sous trithérapie antirétrovirale et 6, 3 % dans les cas de prophylaxie antirétrovirale. Le facteur de risque de transmission a été le long délai du début d'administration des antirétroviraux chez le nouveau-né. La mortalité infantile à un an était de 3,5 % (Solange Odile OuédraogoYugbaré, 2010).

Nous avons minimisé les biais qui pourraient être liés au fait d'avoir choisi comme enquêteurs les agents de santé responsables de la PTME en leur demandant d'enquêter dans les sites où ils ne travaillent pas, donc où ils ne sont pas connus.

Par rapport au cadre organisationnel et institutionnel de la PTME, la plupart du personnel PTME ne dispose d'aucun document de prise en charge des FESP. Ils affirment avoir quand même reçu des formations sur la PTME. La disponibilité de la globalité des soins n'est pas effective, dans presque tous les sites, soit les agents déplorent la rupture fréquente des ARV et/ou des réactifs (70 %), soit ce sont les FESP qui se plaignent de la non disponibilité des agents PTME et 11% de celles qui ont abandonné l'attribuent à la rupture des ARV. Plus de la moitié des FESP sont non scolarisées et seules 5, 6 % sont de niveau supérieur. Ce résultat est supérieur à celui de Garba (2008) avec 33, 71 % de non scolarisées et 3, 37 % de niveau supérieur et à celui de Koné avec 50 % de non scolarisées.

Par rapport à la connaissance du SIDA, 100 % de nos patientes connaissaient le SIDA, ce qui est contraire à l'étude de Garba (2008) où 16, 85 % ne connaissaient pas.

La plupart des patientes (63 %) ont partagé l'information de leur séropositivité avec quelqu'un d'autre et seules 37 % ne l'ont pas accepté. Ce résultat dépasse celui de Garba (2008) [3] où 60 % ont informé d'autres personnes.

Concernant les facteurs liés à la FESP elle-même, il a été constaté que moins elle est instruite, moins elle adhère et moins elle est régulière au traitement. La majorité des FESP qui interrompent le traitement ne croient pas à l'existence du VIH/SIDA. La moitié de ces FESP sont des ménagères, ce qui est proche des résultats de Garba (2008) qui a trouvé que 60, 67 % sont des ménagères et ceux de Koné [6] avec 50, 9 %.

Le manque de discrétion du personnel, l'administration des ARV sans counseling préalable ont été des facteurs de démotivation à la participation au programme PTME. Quant aux facteurs socio-économiques et culturels, ils constituent un véritable handicap à la participation. Les maris qui ne sont pas convaincus de l'existence du VIH/SIDA et/ou des bénéfices de la PTME ne permettent pas à leur épouse d'y adhérer ou de poursuivre le traitement. La famille malienne étant complexe, les autres membres, surtout la belle-mère, peuvent décider à la place de la FESP. La stigmatisation, la peur du divorce constituent des facteurs de blocage de la PTME. Les femmes étant généralement plus pauvres que leur mari, cela limite l'autonomie de gestion de leur santé.

5. Conclusion

Cette étude des facteurs influençant la participation des femmes enceintes séropositives au programme PTME dans la région de Sikasso a permis de comprendre que les causes de non adhésion et/ou du refus de poursuivre le traitement se résument aux points suivants :

- le cadre organisationnel de la PTME dans la région de Sikasso n'a pas été conforme aux normes et procédures nationales en la matière en 2008 (les agents chargés de la PTME l'ont témoigné dans la majorité) ;
- les facteurs influençant la participation de la femme enceinte séropositive au programme PTME.

Il convient de retenir sur ce dernier point :

- l'insuffisance de sensibilisation des FESP ;
- la non implication des maris ;
- l'insuffisance de discrétion du personnel de santé et son corollaire la stigmatisation.

Références

1. Cellule du Comité Sectoriel de lutte contre le SIDA – MS – Mali - *Enquête Démographique et de Santé – Mali* (EDSM IV 2006).
2. CSLS / MS. *Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA – 2008*. Bamako – Mali.
3. GARBA Fatoumatou Ouamrou. *Evaluation de l'observance aux traitements antirétroviraux chez la femme enceinte à l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de conseils (USAC) du Centre de Santé de Référence de la Commune V – Bamako*. Thèse de Pharmacie - Bamako 2008.
4. GENTILI Marc. *L'infection au VIH de la mère et de l'enfant* - Coordination N. Lapointe, P. M'Pelé – Collection dirigée par le Professeur Marc Gentilini – Paris. Octobre 1995.
5. Isseu Diop Tourei. *Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique Sub-saharienne* Juillet 2018
6. Ministère de la Santé du Mali. *Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (PTME) au Mali* - Manuel du Participant- Octobre 2007.
7. Rapports d'activités PTME dans la région de Sikasso en 2008.

8. Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. 4ème édition- mars-juin 2007. USAID / Mali.
9. Solange Odile OuédraogoYugbaré. *Efficacité de la prévention de la transmission mère-enfant du Virus de l'Immunodéficience Humaine par le protocole 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé au Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou (Burkina Faso)*.
10. ONUSIDA/JC2216F. Journée mondiale du SIDA, Rapport ONUSIDA, 2011.
11. ONUSIDA. *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, 2012.
12. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)*. 2009.
13. Direction de la Santé de la Famille Burkina Faso. *Programme National de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH*, Rapport Annuel 2012; 2013.