

DEVENIR DES NOURRISSONS NÉS DE MÈRES SÉROPOSITIVES AU VIH SUIVIS DANS LA COHORTE PÉDIATRIQUE DE BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)

FATE OF INFANTS BORN TO HIV POSITIVE MOTHERS FOLLOWED IN THE BOBO-DIOULASSO PEDIATRIC COHORT (BURKINA FASO)

BARRO MAKOURA^{1*}, COULIBALY ADAMA¹, TRAORE ISIDORE TIANDIOGO², OUERMI S ALAIN³, SANOGO BINTOU¹, KANIA DRAMANE⁴, OUATTARA AD BAFI IBRAHIM¹, OUEDRAOGO ABDOUL SALAM⁵, NACRO BOUBACAR¹

RÉSUMÉ

Introduction: L'objectif de cette étude était d'estimer le taux de Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH durant les 18 premiers mois de vie chez les nourrissons nés exposés au VIH suivis au Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS) et d'identifier les facteurs qui y sont associés

Matériels et méthodes : Il s'est agi d'une étude de cohorte rétrospective, descriptive et analytique allant du 02 janvier 2014 au 30 juin 2015 à l'Hôpital de Jour pédiatrique du CHUSS. L'étude a porté sur les nourrissons nés de mères séropositives n'ayant pas encore 18 mois. N'ont pas été inclus les nourrissons dont les parents n'ont pas consenti. Le seuil de signification des tests, était fixé à une valeur de $p < 5\%$. Des courbes de Kaplan-Meier étaient utilisées pour décrire la survie des enfants dans la cohorte, selon les principaux facteurs d'exposition.

Résultats : L'âge moyen des 103 mères était de 31,6 ans +/- 4,85. Les nourrissons exposés étaient composés de 54 filles. À la naissance, 80% de ces nourrissons (78/103) avaient bénéficié de la Névirapine en prophylaxie. L'incidence était de 10,1 nouvelles infections pour 100 personnes années suivies, IC 95% [5,3-21,7]. Au modèle de Cox uni varié, les facteurs associés à la TME du VIH étaient l'absence de prophylaxie ARV chez la mère (Hazard Ratio ajusté (HRa) = 38,3 ; 95% [4,6-317,8]) et l'allaitement mixte ou artificiel (HRa=38,3 IC95% [4,6-317,8]).

Conclusion : Le taux de TME est très élevé dans cette étude. Des efforts importants restent encore à fournir pour atteindre 2% de Transmission Mère-Enfant du VIH d'ici 2020

Mots-clés : VIH – Transmission – Mère enfant – Prévention, Burkina Faso

ABSTRACT

Background: The objective of this study was to estimate the rate of Mother-to-Child Transmission (MTCT) of HIV during the first 18 months of life in HIV-exposed infants followed at the Sourou Sanou University Hospital Center (CHUSS) and identify factors associated.

Materials and methods: This was a retrospective, descriptive and analytical cohort study from January 2, 2014 to June 30, 2015 at CHUSS Pediatric Day Hospital. The study focused on infants born to HIV-positive mothers not yet 18 months old. Infants whose parents did not consent were not included. The significance level of the tests was set at a value of $p < 5\%$. Kaplan-Meier curves were used to describe the survival of children in the cohort, according to the main exposure factors.

Results: The mean age of 103 mothers was 31.6 years +/- 4.85. Exposed infants were composed of 54 girls. At birth, 80% of these infants (78/103) had benefited from prophylactic nevirapine. Incidence was 10.1 new infections per 100 person years followed, 95% CI [5.3-21.7]. In the unified Cox model, the factors associated with HIV MTCT were the absence of ARV prophylaxis in the mother (Adjusted Hazard Ratio (HRa) = 38.3, 95% [4.6-317.8]) and mixed or artificial breastfeeding (HRa = 38.3 95% CI [4.6-317.8]).

Conclusion: The rate of MTCT is very high in study. Significant efforts still needed to reach 2% of Mother-to-Child Transmission of HIV by 2020

Keywords: HIV-Transmission-Mother-to-child-Prevention-Burkina Faso

1. Département de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou, Burkina Faso

2. Département de Recherche Clinique, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

3. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

4. Département des Sciences Biomédicales, Centre MURAZ, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

5. Département de Laboratoire, Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou, Burkina Faso

Auteur correspondant:

BARRO Makoura, pédiatre dans le département du centre hospitalier universitaire Sourou Sanou, 01 BP676 Bobo 01, Tel: 0022670544470, mail: barro.mak@fasonet.bfou mak. barro@yahoo.fr

INTRODUCTION

Depuis le début de l'épidémie de l'infection à VIH, presque 78 millions de personnes ont été infectées par ce virus dont 39 millions de décès[1]. La transmission verticale du VIH, est à l'origine de la majorité des infections à VIH, chez les enfants de moins de 15 ans[2]. En l'absence de toute intervention, le risque combiné de la transmission de la mère à l'enfant (TME) du VIH in utero et pendant l'accouchement, est de 15-30% et le risque est accru chez les enfants allaités à 20-45%[2]. Le nombre d'enfants infectés par an n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2002, année où il a atteint son niveau maximum, d'environ 560 000. Mais en 2010, il est passé à 390 000 selon les estimations [3]. Cette transmission verticale est très élevée dans les pays à ressources limitées, ce qui fait de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) une intervention prioritaire des programmes de lutte contre le VIH/SIDA [4]. Les progrès réalisés au niveau mondial, en matière de PTME, sont déjà considérables. Plus de 350 000 nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont été évitées en fournissant une prophylaxie antirétrovirale (ARV) aux femmes enceintes, vivant avec le VIH [4]. Au Burkina Faso, avec 10000 nouveaux cas par an de nouveau-nés infectés, ce pays a été considéré comme l'un des plus touchés d'Afrique de l'Ouest [4]. Compte tenu de ces chiffres alarmants, il est aussi devenu l'un des pionniers en matière de PTME adaptée au contexte africain. En fin 2015, sur 3011 enfants nés de mères séropositives et qui ont été dépistés au VIH, 149 étaient positifs, soit un taux de 4,95% (N=3011) contre 5,30 % en 2014 [5]. Une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida (CSN-Sida) est donc la réduction de ce taux à moins de 5% d'ici 2020 [6]. Parmi les nombreux sites pédiatriques de suivi des nourrissons exposés à l'infection VIH, dont dispose le Burkina Faso, nous pouvons citer le Département de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso. Ce site fournit depuis 2008, la PTME, aux nourrissons exposés à l'infection à VIH de la région des Hauts-Bassins. Les auteurs proposent d'évaluer le taux de transmission résiduelle Mère-Enfant (TME) et les facteurs associés, chez les enfants exposés au VIH, suivis dans ce service PTME de référence.

PATIENTS ET METHODE

Cadre et type de l'étude

L'étude a été réalisée dans le Département de Pédiatrie du CHUSS, plus précisément dans le service de l'Hôpital De Jour Pédiatrique (HDJP). Il s'agissait d'une étude de cohorte historique analytique.

Les Critères d'inclusion

Ont été inclus, les nourrissons nés de mères séropositives au VIH, admis à l'HDJ entre le 02 Janvier 2014 et le 30 Juin 2015 et dont les parents avaient consenti.

Dépistage du VIH chez le nourrisson

Conformément aux directives nationales, les nourrissons ont passé leur premier test de dépistage par la méthode de la réaction en chaîne par polymérase de l'ADN (Polymerase Chain Reaction (PCR- ADN)) par Spot sang séché à l'âge de 6 semaines ou à l'opportunité la plus proche pour ceux qui ont été vus après 6 semaines. La transmission de l'infection à VIH a été définie comme étant une PCR-ADN revenant positive avant 18 mois et/ou une sérologie VIH positive à 18 mois. La séronégativité au VIH était confirmée au premier test PCR-ADN

chez les enfants non allaités au lait maternel ou au test réalisé après arrêt de tout allaitement maternel. Ainsi, l'âge des nourrissons à la confirmation du statut sérologique à VIH variait de 1,5 mois à 16 mois.

Collecte des données

Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques, et thérapeutiques des mères, le statut sérologique des pères et les données cliniques, biologiques, et thérapeutiques des nourrissons, étaient collectées à l'aide d'une fiche. Ces renseignements étaient obtenus à l'aide des dossiers médicaux des enfants et de la base de données, renseignée par les médecins et les infirmiers, lors des visites des malades.

Analyse des données

Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.3, Word 2010 et Excel 2010. Les variables qualitatives étaient décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages, entourés de leurs intervalles de confiance. Les variables quantitatives étaient décrites par leurs moyennes ou leurs médianes et leurs paramètres de dispersion. Les proportions étaient comparées par le test de χ^2 de Pearson. Le seuil de signification des tests, était fixé à une valeur de $p < 5\%$. L'incidence du VIH était estimée en divisant le nombre d'enfants VIH+ durant le suivi, par le nombre total d'enfant-années, suivis dans la cohorte. Des courbes de Kaplan-Meier étaient utilisées pour décrire la survie des enfants dans la cohorte, selon les principaux facteurs d'exposition. Un modèle de risque proportionnel de Cox était utilisé pour identifier les facteurs de risque à la TME du VIH. Les facteurs de risque à la TME à l'analyse uni-variée au seuil de 30%, étaient retenus dans le modèle complet. Une démarche manuelle descendante, était utilisée pour l'obtention du modèle final.

RESULTATS

Le résumé du suivi

Au screening 106 nourrissons ont été examinés : 03 patients infectés n'ont pas été inclus ; les patients suivis jusqu'à 18 mois, étaient au nombre de 84

Les caractéristiques maternelles.

Dans étude, l'âge moyen des 103 mères incluses, était de 31,6 ans +/- 4,85 avec des extrêmes de 21 et 40 ans. Plus de la moitié des mères (51,0%) n'était pas scolarisée. Le tableau 1 résume les caractéristiques maternelles

Tableau 1 : Répartition du nombre des mères séropositives selon leurs caractéristiques sociodémographiques, lors de la visite

Variables	Effectifs	Pourcentage
Classe d'âge		
21-25	9	9
26-30	41	41
31-35	22	22
36-40	28	28
Niveau d'étude		
Aucun	50	51,0
Primaire	29	29,6
Secondaire	17	17,4
Supérieur	2	2,0
Profession		
Ménagère	72	72,7
Commerçante	20	20,2
Salariée	7	7,1
Statut matrimonial		
Célibataire	15	16,5
Concubinage	18	19,8
Mariée	56	61,5
Veuve	2	2,2
Parité		
Primipare	11	11,2
Paucipare	63	64,3
Multipare	24	24,5
Terme		
À terme	91	97,9
Préterme	2	2,1
Lieu d'accouchement		
Structure de santé	91	97,8
Domicile	2	2,2
Voie d'accouchement		
Voie basse	90	97,8
Césarienne	2	2,2
Type de VIH		
VIH1	82	84,5
VIH1+2	10	10,3
VIH2	5	5,2
Partage du statut		
Oui	65	65,0
Non	35	35,0
Traitement ARV		
Oui	83	83,8
Non	16	16,2
Combinaisons		
TDF-FTC-EFV	34	40,5
AZT-3TC-NVP	34	40,5
AZT-3TC -Lp/r	9	10,7

TDF-FTC -Lp/r	3	3,5
Autres	4	4,8
Période de mise sous ARV		
Après accouchement	1	1,2
Au cours de la grossesse	12	14,5
Avant la grossesse	70	84,3

*Primipare= 1 accouchement *Paucipare=2-3 accouchements *Multipare = + de 3 accouchements *Terme=Terme de la grossesse

Les caractéristiques cliniques des nourrissons

Dans cette cohorte, le poids moyen des nourrissons à la naissance, était de 2755,7 g. La taille moyenne était de 48,3 cm +/- 2,4, avec des extrêmes de 38 et 54 cm. Le sexe ratio était de 0,92. La prophylaxie ARV a été effective chez 80% (78/98) des nourrissons ; l'allaitement maternel était le mode d'alimentation le plus retrouvé de la naissance à 6 mois soit 89% (82/92). L'âge d'ablactation compris entre 7 et 12 mois était le plus représenté : 54% (40/73). Les épisodes morbides ont été constatés dans 50,5% des cas (48/95).

L'incidence du VIH chez les nourrissons exposés

Sur 103 nourrissons inclus, durant le suivi de 18 mois, 92 ont bénéficié d'une PCR précoce, dans le cadre de la mesure de l'incidence du VIH. Parmi eux, 8 nourrissons (dont 7 qui avaient une PCR précoce positive) ont été diagnostiqués infectés par le VIH, sur un suivi total de 70 enfants-années soit une incidence de 10,1 nouvelles infections pour 100 enfants années suivies, IC 95% [5,3-21,7].

Les facteurs de risque à l'incidence du VIH chez les nourrissons

Les figures 1 et 2 décrivent respectivement les fonctions de survie des nourrissons durant le suivi de 18 mois, selon le mode d'allaitement et l'existence d'une prophylaxie ARV chez la mère. Ces figures montrent une meilleure survie des enfants dont les mères sont sous ARV et aussi les enfants qui ont bénéficié d'un allaitement maternel exclusif (AME).

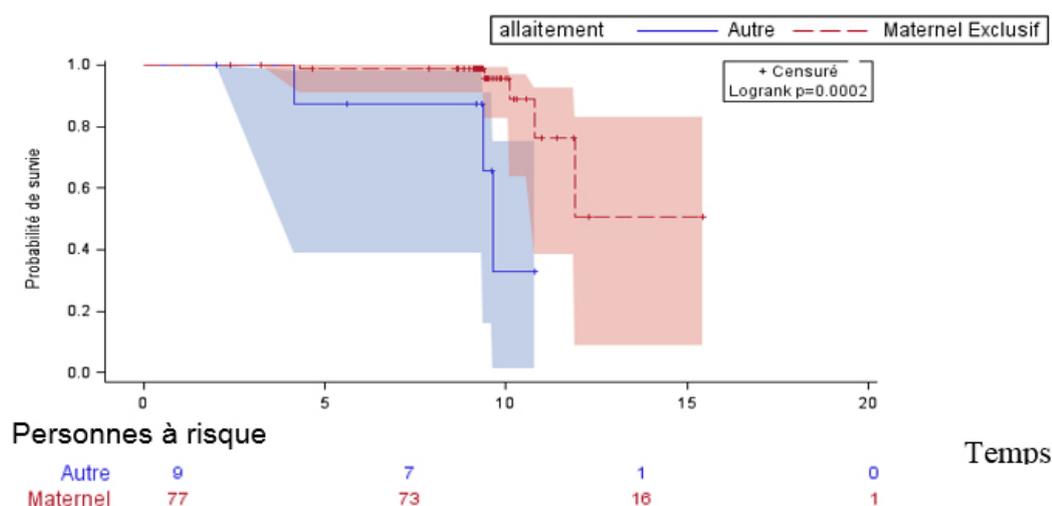
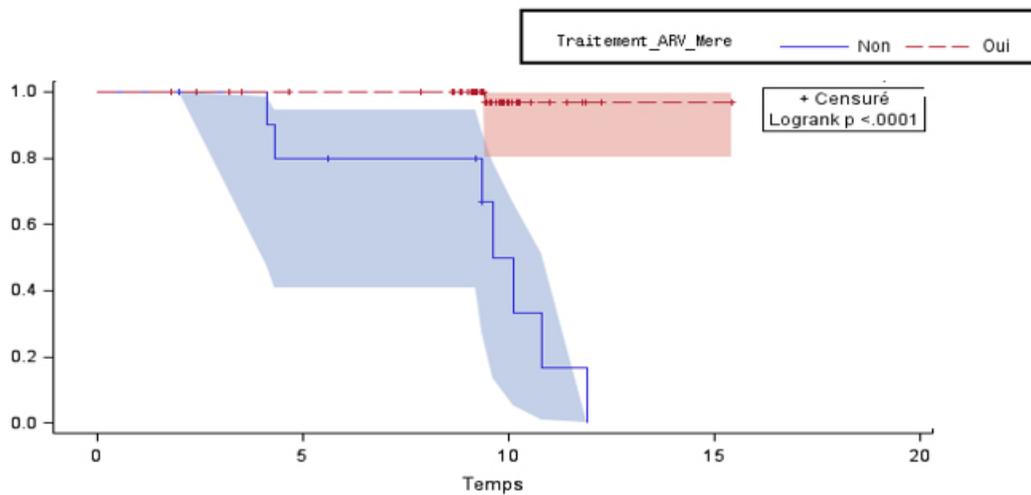


Figure 1 : Fonction de survie avec IC 95% selon le mode d'allaitement



Personnes à risque

Temps

Non	11	8	3	0
Oui	79	74	14	1

Figure 2 : Fonction de survie avec IC 95% selon le traitement ARV chez la mère

Au modèle de Cox univarié, le mode d'allaitement et le traitement ARV chez la mère, étaient les seules expositions significativement associées à la TME du VIH (Tableaux 2 et 3). En effet, les nourrissons ayant un allaitement mixte ou artificiel, avaient un risque significativement plus élevé (HR= 11,0 IC95% [2,2-55,0]). Ceux, nés de mères qui n'avaient pas reçu de traitement ARV, avaient également un risque significativement plus élevé (HR=38,3 IC95% [4,6-317,8]).

Tableau 2 : Modèle de Cox univarié des caractéristiques maternelles associées à la TME du VIH.

Variables	Effectifs	HIV +n (%)	HR [IC95%]	p-value
Classes d'âge				0,14
≤30	43	6 (14,0)	1	
>30	46	2 (4,4)	0,3 [0,1-1,5]	
Niveau d'étude				0,69
Aucun	44	3 (6,8)	1	
Primaire	27	4 (14,8)	1,9 [0,4-8,7]	
Secondaire ou Supérieur	16	1 (6,3)	1,6 [0,2-15,7]	
Profession				0,68
Ménagère	63	6 (9,5)	1	
Autre	25	2 (8,0)	0,7 [0,1-3,6]	
Statut matrimonial				0,34
Autre	15	2 (13,3)	1	
Vie en Couple	67	4 (6,0)	0,4 [0,1-2,5]	
Parité				0,28
Primipare	10	2 (20,0)	1	
Paucipare	54	3 (6,0)	0,2 [0,0-1,5]	
Multipare	24	2 (8,3)	0,3 [0,0-2,4]	
Type de VIH				0,9
VIH1	75	7 (9,3)	1	
VIH1&2 ou VIH2	14	1 (7,31)	0,9 [0,1-7,4]	
Partage du statut				0,86

Oui	61	5 (8,2)	1	
Non	29	3 (10,3)	0,9 [0,2-3,8]	
Sérologie Partenaire				0,93
Positive	23	3 (13,0)	1	
Négative	22	1 (4,6)	0,7 [0,1-7,1]	
Inconnue	45	4 (9,0)	0,8 [0,2-3,7]	
Traitement ARV mère				<0,01
Oui	79	1 (1,3)	1	
Non	11	7 (63,6)	38,3 [4,6-317,8]	
Période				-
Avant la grossesse	67	1 (1,5)	1	
Au cours de la grossesse ou Après accouchement	12	0 (0,0)	-	

Tableau 3 : Modèle de Cox univarié des caractéristiques du nourrisson, associées à la TME du VIH.

Variables	Effectifs	HIV + n (%)	HR [IC95%]	p-value
Sexe enfant				0,51
Féminin	50	5 (10,0)	1	
Masculin	41	3 (7,3)	0,7 [0,1-2,6]	
Poids de naissance (grammes)				0,23
<2500	23	1 (4,4)	1	
≥2500	55	6 (10,9)	3,7 [0,4-31,0]	
Nevirapine				0,13
Oui	71	1 (1,4)	1	
Non	18	7 (38,9)	-	
Épisode morbide				0,69
Oui	45	4 (8,9)	1	
Non	44	4 (9,1)	1,3 [0,3-5,5]	
Mode allaitement				<0,01
Maternel	77	5 (6,5)	1	
Autre	9	3 (33,3)	11,0 [2,2-55,0]	
Age Ablactation				0,2
0-6 mois	11	3 (27,3)	1	

A l'analyse multivariée, plusieurs facteurs de risque, retrouvés dans la littérature, n'ont pas été pris en compte dans le modèle multivarié, à cause du faible nombre des événements ou des effectifs. Néanmoins après ajustement sur le mode d'allaitement et le statut matrimonial de la mère, le risque de TME restait significativement élevé chez les mères n'ayant pas reçu de traitement ARV (HR ajusté =38,8 IC95% [2,9-523,9] p<0,01). Cependant, après ajustement sur le statut matrimonial et traitement ARV de la mère, l'association entre le risque de TME et le mode d'allaitement, n'était plus significative (HR ajusté =1,4 IC95% [0,1-14,5] p=0,77).

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Les limites de l'étude

Cette étude a des limites, dues aux difficultés rencontrées comme, le manque de données sur certains patients (mères et nourrissons). Cette situation n'a pas permis une exploitation exhaustive de ces dossiers. Son caractère rétrospectif ne nous a pas permis de pallier cette insuffisance. Aussi, la non disponibilité de la PCR, dans la pratique quotidienne, ne nous a pas permis de réaliser plusieurs PCR, pour estimer avec une meilleure précision la date de l'incidence du VIH chez les nourrissons suivis dans la cohorte. La faible taille de l'échantillon a également limité la puissance des tests statistiques. Malgré ces limites, cette étude nous a donné l'opportunité d'avoir un aperçu sur le taux de TME et les facteurs de risque à la TME du VIH à HDJP.

Discussion des principaux résultats

L'incidence du VIH chez les nourrissons

L'incidence de l'infection à VIH dans l'étude était de 10,1 nouvelles infections pour 100 enfants-années suivis. Ce taux est supérieur à celui rapporté dans le CSN-sida [6] pour la PTME au Burkina. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'incidence dans la cohorte de l'HDJP, a été estimée avec plus de précision (faible taux de perdus de vue et utilisation des personnes-temps au dénominateur en lieu et place de l'effectif total des enfants). Ce résultat souligne la nécessité d'améliorer les méthodes d'estimation de l'incidence du VIH, au niveau des Programmes PTME en réalisant plus de PCR et en utilisant au dénominateur les personnes-temps. Notre incidence est aussi supérieure respectivement à celle de beaucoup d'autres études dans le monde [7-12]. La forte incidence pourrait aussi s'expliquer par la proportion assez élevée de femmes n'ayant pas bénéficié de traitement ARV pour la PTME, soit 16,2%. En effet dans les études précédentes, toutes les mères avaient bénéficié de traitement ARV, faite, soit de la mono ou trithérapie. Des résultats similaires aux ont néanmoins été retrouvés dans plusieurs séries : Saizonou [13] au Bénin en 2014 et Ngwej [14], avaient retrouvé respectivement des taux de TME de 12,28 % et 12,7%.

Les facteurs de risque à la TME du VIH

Les caractéristiques maternelles : Dans l'étude, il n'y avait pas d'association statistiquement significative, entre les caractéristiques sociodémographiques des mères (la parité, le type de VIH chez la mère et le partage du statut avec le conjoint) et la Transmission Mère-Enfant du VIH. Des résultats similaires sont retrouvés dans les travaux de Ngwej [14]. Par contre Chibwasha [7] en Zambie, montrait que les femmes non instruites, transmettaient plus le VIH à leurs enfants. Cela pourrait s'expliquer par le faible niveau de connaissance sur le VIH, par ces femmes. Par ailleurs Saizonou [13] montrait une association significative entre le taux de transmission et les types du virus. En effet le taux de transmission était élevé chez les femmes porteuses du VIH2 ($p=0,038$). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, les mères porteuses du VIH-1, avaient une meilleure observance du protocole thérapeutique, que celles porteuses du VIH-2 qui avaient un protocole thérapeutique complexe et plus contraignant. Mais, l'étude réalisée par l'OMS en 2010[3], avait au contraire montré, un taux de transmission plus élevé avec le VIH-1 (30 à 40%) qu'avec le VIH-2 (5 à 10 %). Cela pourrait s'expliquer par la virulence élevée du VIH1 comme en témoi-

gne sa prédominance géographique.

Le traitement ARV chez la mère : La fonction de survie des nourrissons durant le suivi de 18 mois selon l'existence d'un traitement ARV chez la mère, montre une différence. En effet, le traitement ARV chez la mère réduit, l'incidence du VIH chez les nourrissons. À l'analyse univariée, cette différence était statistiquement significative (HR=38,3 [4,6-317,8] $p<0,01$). Des résultats similaires sont retrouvés dans plusieurs séries [7,13, 14]

Le traitement ARV chez la mère, protège donc l'enfant contre l'infection à VIH. Cependant, le taux de couverture en traitement ARV dans l'étude, soit 83,8%, était en deçà de l'objectif fixé au plan national qui est de 90%.

Les caractéristiques du nourrisson

Les paramètres biométriques à la naissance : dans cette étude, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le sexe, le poids et la taille de naissance. Des résultats similaires sont retrouvés dans les travaux de Ngwej [14]. Par ailleurs, Saisonou [13] au Bénin, montrait que le sexe masculin augmentait le risque de transmission Mère-Enfant du VIH ($p=0,014$).

La prophylaxie à la Nevirapine et les épisodes morbides : il n'y avait pas d'association statistiquement significative, entre la survenue d'épisode morbide et la Transmission Mère-Enfant du VIH. La prophylaxie à la Nevirapine n'a pas été évaluée dans cette étude du fait du faible nombre de l'infection à VIH, chez les nourrissons sous prophylaxie NVP, soit 1 sur 71. Ngwej [14] montrait que la prophylaxie à la Nevirapine, réduisait le risque de Transmission Mère-Enfant du VIH (OR=26,4 [7,6-92,3]). Yugbaré [15] montrait que le long délai de début d'administration de la Névirapine chez le nouveau-né, était un facteur de risque important ($p=0,005$).

Le mode d'allaitement : les nourrissons allaités exclusivement au sein, avaient une meilleure survie. À l'analyse statistique, cette différence était significative (HR=11 [2,2-55] $p<0,01$). Des résultats similaires sont retrouvés dans les travaux de Ngwej [14]. Coutsoudis [16] en 2001, montrait que l'allaitement mixte augmentait le risque de Transmission Mère-Enfant du VIH. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les aliments et les liquides contaminés introduits dans l'alimentation mixte, endommageaient les muqueuses de l'estomac et des intestins, facilitant ainsi la pénétration du VIH présent dans le lait maternel [16].

L'âge d'ablactation : un âge d'ablactation précoce semblait augmenter le risque de Transmission mère-Enfant du VIH. Cependant l'analyse statistique n'a pas montré d'association significative (HR=0,1 [0-1,2] $p=0,2$).

A l'analyse multivariée, plusieurs facteurs de risque, retrouvés dans la littérature, n'ont pu être pris en compte dans le modèle multivarié, à cause du faible nombre des événements ou des effectifs de l'échantillon. Néanmoins, après ajustement, le risque de TME restait significativement élevé chez les mères n'ayant pas reçu de traitement ARV (HR ajusté =38,8 IC95% [2,9-523,9] $p<0,01$). Des résultats similaires sont retrouvés dans les travaux de Bailey [17] en 2013. Cela confirme que le traitement ARV, permet de réduire considérablement la TME du VIH. Cependant des efforts restent à fournir pour atteindre l'objectif fixé au plan national (90% de femmes enceintes VIH positif sous traitements antirétroviraux).

CONCLUSION

Malgré une forte réduction du taux de TME dans la cohorte de Bobo-Dioulasso, ce taux reste toujours élevé, comparé à l'objectif de moins de 5%, visé par le Programme PTME au Burkina Faso. L'absence de couverture optimale des mères des nourrissons, par la prophylaxie ARV, était le principal facteur associé à l'incidence du VIH, dans la cohorte de Bobo-Dioulasso.

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

REFERENCES

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS by the numbers.2016.http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2016_en.pdf. Consulté le 24 avril 2017.
2. Rouzioux C, Costagliola D , Burgard M , Blanche S , Mayaux MJ, Griscelli C , et al. Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. The HIV Infection in Newborns French Collaborative Study Group. *Am J Epidemiol* 1330-7. 1995;142(12):1330-7.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux faits sur l'épidémie mondiale de VIH et progrès enregistrés en 2010. http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/fr/. Consulté le 24 avril 2017
4. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso :une démarche contractuelle originale : étude de cas. 2004.http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Burkina%20case%20study%20FR.pdf. Consulté le 24 avril 2017
5. Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST). Rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso. 2015. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BFA_narrative_report_2016.pdf. Consulté le 24 avril 2017
6. Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST. Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH, le SIDA et les IST 2016-2020. Ouagadougou. 2016. p36-9.
7. Chibwasha CJ, Giganti MJ, Putta N, Chintu N, Mulindwa J, Dorton BJ, et al. Optimal time on HAART for prevention of mother-to-child transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):224.
8. Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, Culnane M, Mofenson L, Britto P, et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA*. 2002;288(2):189-98.
9. Diouf JB, Diallo D, Sylla A, Mbaye N, Ouattara B, Ndiaye O. Devenir sérologique et nutritionnel des nourrissons nés de mères séropositives suivis dans l'option B+ à Guédiawaye. *Pan African Med J*. 2016;25:224.
10. OuédraogoYS, Zagré N, Dao L, Kam L, Ouattara DY, Simporé J. 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). *Pan African Med J*. 2015;22(1):303
11. Sangho H, Keïta AS, Keïta HD, Sylla M, Dia A, Tayeb MM, et al. Suivi des nourrissons nés de mères séropositives au VIH au Mali. *Santé Publique*. 2013;25(5):655-62.
12. Soubeiga ST, Compaore R, Djigma F, Zagré N, Assengone E, Traore L, et al. Evaluation du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes VIH-1 positif, sur la transmission de l'infection de la mère à l'enfant: cas du Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou, au Burkina Faso. *Pan African Med J*. 2015;20:399.
13. Saisonou J. Séroprévalence et facteurs associés au statut sérologique des enfants nés

de mères séropositives au vih dans les sites de prévention de cotonou au bénin. RevCAMES Santé. 2014;2(1).

14. Ngwej DT, Mukuku O, Mudekereza R, Karaj E, Odimba EBF, Luboya ON, et al. Etude de facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la stratégie «option A» à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan African Med J. 2015;22(1):18.

15. Ouédraogo YSO , Zagré N , Koueta F, Dao L , Kam L, Ouattara D Y , et al. 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). Pan African Med J. 2015;22:303.

16. Coutsooudis A PK, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. Randomized controlled trial. . AIDS 2001;15(3):379-87.

17. Bailey H, Townsend CL, Semenenko I, Malyuta R, Cortina-Borja M, Thorne C. Impact of expanded access to combination antiretroviral therapy in pregnancy: results from a cohort study in Ukraine. Bull World Health Organ. 2013;91(7):491-500.