

# Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le District Sanitaire de Kossodo (Burkina Faso)

## *Mother to child prevention against HIV in the Health District of Kossodo (Burkina Faso)*

**F. Millogo-Traore, J. Lankoande et R. Ouoba**

Service de Gnéologie et d'Ostétrie du C.H.U. Yalgado Ouedraogo (CHUYO),  
Burkina Faso

### RESUME

*La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est devenue une préoccupation dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA en Afrique.*

*Pour contribuer à l'amélioration de cette prévention, nous avons mené une étude rétrospective descriptive au District Sanitaire de Kossodo sur une période de deux années allant du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 31 août 2006.*

*Ont été incluses dans cette étude, les gestantes séropositives ayant bénéficié d'une assistance qualifiée à l'accouchement, et les enfants nés de mères séropositives. Le protocole de prévention de la transmission mère-enfant du VIH utilisé a été la monothérapie à base de névirapine. La plupart des gestantes ont accouché par voie basse (88,9 %). La proportion de nouveau-nés prématurés n'était pas différente de celle de la population générale. La majorité des mères (62,2 %) avait choisi l'allaitement maternel avec sevrage précoce à 4 mois comme mode d'alimentation de leurs enfants. Le taux de transmission mère-enfant du VIH a été de 15,15 %. Un taux de mortalité infantile de 18,52 % a été relevé.*

*Les régimes monothérapeutiques doivent être abandonnés car donnant des taux de transmission verticale élevés et occasionnant une sélection de mutants résistants.*

*Rev Med Brux 2008 ; 29 : 153-8*

### ABSTRACT

*The mother to child prevention against HIV has become a major concern in the fight against the HIV/AIDS pandemic in Africa. To bring in our contribution for the improvement of this prevention work, we have carried out a descriptive retrospective study in the Health District of Kossodo over a period of two years going from September 1, 2004 through August 31, 2006. The segment of the population concerned by this study framework included HIV pregnant females having benefited from an appropriate assistance during their delivery and babies born from HIV mothers. The mother to child prevention against HIV protocole used was the monotherapy made from nevirapine. Most of the pregnant females delivered through the base way (88.9 %). The ratio of new premature borns was not different from the one of the general population. The majority of the mothers (62.2 %) chose to breast feed with an early weaning after 4 months as a feeding option for their babies. The mother to child transmission in HIV/AIDS was rated to 15.15 %. As for the rate of infant mortality, it was 18.52 %.*

*The monotherapy regimes should be abandoned because they provide high levels of vertical transmission therefore creating a selection of resisting mutants.*

*Rev Med Brux 2008 ; 29 : 153-8*

*Key words : HIV, vertical transmission, nevirapine*

### INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne abrite 76 % des femmes infectées par le VIH<sup>1</sup>.

Le Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays de ce sous-continent, est sévèrement frappé par l'épidémie du VIH/SIDA. En effet, la séroprévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans a été estimée à 2,7 % en 2004<sup>2</sup>. Au cours de la même année, 2,4 % des femmes

en âge de procréer étaient infectées par le VIH. Le nombre d'enfants de moins de quinze ans séropositifs était estimé à 33.000 avec 9.600 nouveaux cas, soit 10,3 % des PVVIH<sup>1,3</sup>. Le taux global de la transmission mère-enfant (TME) était de 27,03 %<sup>4</sup>.

Devant le nombre croissant d'infection à VIH chez les femmes enceintes et par conséquent de nouveau-nés infectés, le Burkina Faso a élaboré en 2000 un programme national de lutte contre la TME/VIH entrant en droite ligne dans le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA.

Depuis la mise en œuvre du programme en 2002, les perspectives sont à l'extension à tous les districts sanitaires du pays. Notre étude a pour but d'analyser les activités de dépistage et de suivi des couples mères-enfants, puis de proposer des solutions pour l'amélioration des prestations de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH).

## METHODOLOGIE

Notre étude a été réalisée à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, précisément dans le District Sanitaire de Kossodo (DS-K). Ce DS-K dispose de cinq sites opérationnels de PTME/VIH.

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur une période de deux ans allant du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 31 août 2006.

Ont été inclus dans l'étude :

- Les femmes enceintes ayant fait le dépistage sérologique du VIH lors d'une consultation prénatale (CPN) dans l'un des cinq sites de PTME/VIH du district et dont le résultat de sérologie rétrovirale s'est révélé positif au cours de la période d'étude.
- Les gestantes séropositives ayant bénéficié d'une assistance qualifiée à l'accouchement.
- Les enfants nés de mères séropositives.

Ont été exclues de l'étude :

- Les femmes non enceintes ayant fait le dépistage sérologique du VIH.
- Les gestantes séropositives mais perdues de vue avant l'accouchement.
- Les gestantes ayant accouché à domicile.

Le dépistage sérologique du VIH était réalisé à l'aide deux tests rapides : *Determine* et *Genie II*. En cas de discordance entre ces deux tests, le recours à l'*ELISA* était effectué. Il était volontaire, anonyme et effectué après *counseling*. Un dossier clinique était ouvert dès qu'une femme enceinte ayant pris connaissance de sa séropositivité acceptait le suivi PTME pour elle et ultérieurement pour son enfant. Le dépistage sérologique du conjoint était souhaité dans ce cas, mais non obligatoire. Les paramètres du suivi étaient cliniques, biologiques et thérapeutiques. A la fin de la grossesse, une dose de 200 mg de névirapine était remise à chaque femme enceinte afin qu'elle puisse la prendre dès les premières contractions

utérines du travail d'accouchement.

Dans tous les cas, les parturientes devaient déclarer leur séropositivité dans les services de santé afin de bénéficier d'une prise en charge optimale de l'accouchement et du nouveau-né (accouchement propre). Un dossier clinique de suivi de l'enfant était également constitué dès la naissance. La mère avait le choix éclairé entre l'allaitement maternel exclusif suivi du sevrage précoce à 4 mois et les substituts du lait maternel.

La chimioprophylaxie chez l'enfant consistait en l'administration de 2 mg/kg de poids corporel de névirapine sirop dans les 72 heures après la naissance.

Le dépistage virologique était effectué chez les enfants ayant au moins six semaines de vie. Le prélèvement était effectué après consentement éclairé des mères sur les avantages du dépistage virologique précoce. Selon un programme établi de concert avec les différents responsables PTME, les échantillons étaient prélevés dans chaque site et acheminés au Laboratoire de Biologie Moléculaire du Centre Hospitalier Pédiatrique Charles De Gaulle. La technique de recherche de l'ARN viral était la PCR en temps réel. Les enfants, dont la PCR était positive, étaient systématiquement adressés à la Responsable du VIH/SIDA du centre médical avec antenne chirurgicale (CMA).

Après l'accouchement, les femmes séropositives étaient également référées à la file active du CMA. Les décès maternels enregistrés ont eu lieu à domicile et n'ont pu être ni audités ni documentés.

Les données ont été collectées à partir :

- des registres de PTME/VIH ;
- des dossiers de suivi clinique des mères et des enfants ;
- des fiches de *counseling* pré- et post-test ;
- des bulletins des résultats virologiques ;
- des rapports mensuels.

Des définitions opérationnelles des termes suivants ont été retenues :

- **Assistance qualifiée à l'accouchement** : C'est un processus à travers lequel une femme enceinte et son nouveau-né reçoivent des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et la période du *post-partum* immédiat. Les soins sont dispensés par un accoucheur qui dispose de compétence nécessaire dans un environnement favorable.
- **Accouchement propre** : C'est l'ensemble des mesures prises au cours de l'accouchement d'une femme enceinte, dans le but d'éviter les situations à risque d'infection du VIH de la mère à l'enfant.
- **Perdus de vue après accouchement** : Ce sont des gestantes ayant été dépistées séropositives, qui ont été suivies jusqu'à l'accouchement et qui n'ont plus été revues au cours du suivi postnatal.

Les données ont été saisies, traitées et

analysées sur micro-ordinateur avec la version française du logiciel EPI-INFO 2005 version 3.3.2. Le test du Chi<sup>2</sup> et le test exact de Fisher ont servi à l'analyse statistique lorsque les conditions étaient remplies. Le degré de signification de p est  $\leq 0.05$ .

## RESULTATS

Quarante-cinq couples mères-enfants ont été retenus pour cette étude.

### Déroulement de l'accouchement et suivi du *post-partum*

Parmi les gestantes, 66,7 % (n = 30) étaient au stade I et 43,3 % (n = 15) au stade II selon la classification clinique de l'O.M.S.

Dans 95,6 % (n = 43) des cas, la grossesse a été menée à terme. Seulement 2 accouchements prématurés ont été notés.

Le terme de la grossesse variait entre 28 et 39 semaines d'aménorrhée avec une moyenne de  $38,67 \pm 1,32$ .

Parmi les accouchées, 86,67 % (n = 39) avaient bénéficié d'une prophylaxie à la névirapine contre 6 d'entre elles.

40 femmes ont accouché par voie basse soit 88,9 % et chez 5 femmes, une césarienne a été pratiquée dont 2 à titre prophylactique.

Une épisiotomie a été réalisée chez 7 parturientes soit 15,6 % et dans 3 cas, une rupture accidentelle des membranes était survenue.

Dans 84,4 % (n = 38) des cas, l'accouchement s'est bien déroulé. Dans 2 cas, il a été noté la survenue d'une fièvre dans les suites de couches. Dans 5 cas, les données étaient manquantes.

Deux décès maternels ont été enregistrés au cours de suivi.

Les perdues de vue après l'accouchement représentaient 13,26 % (n = 13).

### Caractéristiques des nouveau-nés

Le poids moyen des nouveau-nés à la naissance était de  $2.963,72 \pm 501,10$  g avec des extrêmes de 1.840 g et 4.200 g. Les nouveau-nés de poids inférieur à 2.500 g représentaient 16,3 % (n = 7), et 13,9 % (n = 4) avaient un poids de naissance supérieur à 3.500 g.

Le sexe ratio était de 1,39 en faveur du sexe masculin.

Trois nouveau-nés avaient un score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 et ont été réanimés

respectivement pendant 2, 3 et 5 minutes ; 27 soit 62,8 % avaient un score supérieur à 9. Tous les nouveau-nés à 10 minutes avaient un score supérieur à 9.

La taille moyenne était de  $49,16 \pm 1,99$  cm avec des extrêmes de 43 et 56 cm.

La moyenne du périmètre crânien (PC) était de  $32,69 \pm 1,67$  cm avec des extrêmes de 29 et 38 cm. Le PC de 32 cm était le plus observé avec une fréquence de 30,2 % (n = 13).

Les extrêmes de périmètre thoracique (PT) étaient de 26 et 35 cm et la moyenne était de  $31,58 \pm 1,73$  cm. Le PT le plus observé était à 32 cm et chez 13 nouveau-nés.

Aucune malformation n'avait été enregistrée chez un nouveau-né au cours de la période d'étude.

### Suivi des enfants nés de mères séropositives

La plupart des nouveau-nés (62,2 % ; n = 28) étaient sous allaitement maternel exclusif suivi du sevrage précoce à 4 mois, contre 37,8 % (n = 17) sous allaitement artificiel.

La figure récapitule les affections notées chez les enfants au cours du suivi.

Les gastro-entérites occupaient la première place avec 31,11 % (n = 14) suivies des affections de la sphère ORL 20 % (n = 9).

Le nombre de décès enregistrés au cours du suivi était de 5 soit 18,52 % des enfants suivis. Aucun décès n'a été enregistré dans la période néonatale. Dans 3 cas, le décès était survenu avant le dépistage virologique. Chez les 2 enfants dont la PCR était positive, le décès était survenu à 5 et 6 mois et chez les autres au cours de la 2<sup>ème</sup> année de vie. Le tableau clinique présenté était celui des gastro-entérites.

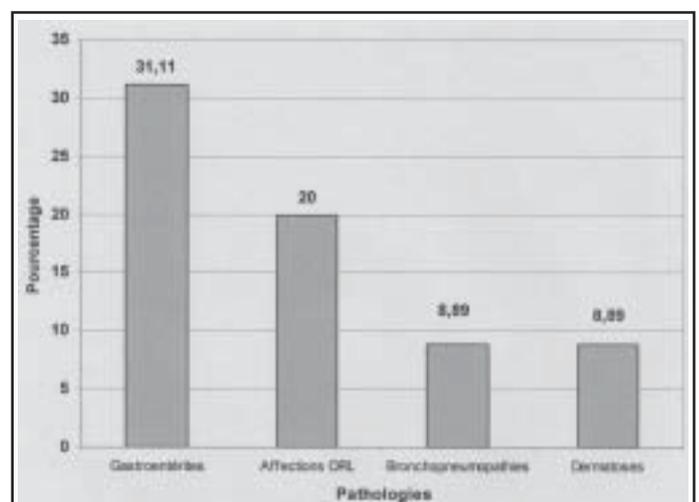


Figure : Répartition des enfants selon les affections.

La PCR a été réalisée chez 32 enfants. L'âge moyen des enfants au moment de la PCR était de  $6,39 \pm 4,67$  mois. Le dépistage chez les enfants de moins de 5 mois représentait 39,3 % (n = 13). Cinq PCR se sont révélées positives, soit un taux de transmission mère-enfant de 15,15 %.

### Facteurs influençant la TME du VIH

#### TME et stade clinique de la maladie

La relation entre le stade clinique de la maladie chez la mère et le statut virologique chez l'enfant a été explorée.

Le tableau 1 illustre la répartition des enfants selon le statut virologique et le stade clinique de l'infection par le VIH chez la mère.

Sur 5 enfants dont la PCR était positive, 4 avaient leur mère au stade clinique I soit 12,5 % de l'ensemble des enfants dont le statut virologique était connu.

Un enfant était issu d'une mère au stade clinique II.

#### TME et le terme de la grossesse

Le tableau 2 récapitule la répartition des enfants selon leur statut virologique et le terme de la grossesse.

Les enfants dont les PCR se sont révélées positives étaient nés à terme.

#### TME et les pratiques à risque

Le tableau 3 représente la répartition des enfants selon le statut virologique et les pratiques à risque à l'accouchement.

Des 7 cas où une pratique à risque a été observée, une PCR s'est révélée positive. Les PCR étaient positives chez 4 sur 25 dans le groupe où aucune pratique à risque à l'accouchement n'avait été notée.

#### TME et la voie d'accouchement

La relation entre la voie d'accouchement et la TME a été également explorée. Le tableau 4 résume la répartition des enfants selon le statut virologique et la voie d'accouchement.

Toutes les PCR positives s'étaient révélées chez des enfants nés par voie basse.

#### TME et le mode d'alimentation du nouveau-né

La relation entre le mode d'allaitement et le statut virologique a été étudiée. 75 % (n = 3) des enfants dont la PCR s'est révélée positive étaient sous allaitement maternel exclusif (AME) avec sevrage précoce à 4 mois ; 58,8 % des enfants dont la PCR était négative étaient sous allaitement artificiel (AA). Le

**Tableau 1 : Répartition des enfants selon le statut virologique et le stade clinique de l'infection par le VIH chez la mère.**

Stade clinique	Statut virologique		
	Négatif	Positif	Total
I	15	4	19
II	12	1	13
Total	27	5	32
P = 0.18			

**Tableau 2 : Répartition des enfants selon le statut virologique et le terme de la grossesse.**

Terme de la grossesse (SA)	Statut virologique		
	Négatif	Positif	Total
< 37 SA	1	0	1
≥ 37 SA	26	5	31
Total	27	5	32
P = 0.42			

**Tableau 3 : Répartition des enfants selon le statut virologique et les pratiques à risque à l'accouchement.**

Pratiques à risque	Statut virologique		
	Négatif	Positif	Total
Oui	6	1	7
Non	21	4	25
Total	27	5	32
P = 0.38			

**Tableau 4 : Répartition des enfants selon la voie d'accouchement et le statut virologique.**

Voie d'accouchement	Statut virologique		
	Négatif	Positif	Total
Voie basse	24	5	29
Césarienne	5	0	5
Total	29	5	34
P = 0.062			

tableau 5 illustre la répartition des enfants selon le mode d'alimentation et le statut virologique.

4 enfants sur 18 avaient une PCR positive dans le groupe sous AME. Une PCR étaient positive dans le groupe de 14 enfants sous AA.

**Tableau 5 : Répartition des enfants selon le mode d'alimentation et le statut virologique.**

Mode d'alimentation	Statut virologique		
	Négatif	Positif	Total
AA	13	1	14
AME	14	4	18
Total	27	5	32
P = 0.074			

## DISCUSSION

Parmi les accouchées, 86,67 % (n = 39) avaient bénéficié d'une prophylaxie à la névirapine contre 6 d'entre elles. Ouiminga<sup>5</sup> relevait 75 %. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux obtenus par T.M. Doherty<sup>6</sup> en Afrique du Sud et de M. Manzi<sup>7</sup> qui notaient respectivement 55 % et 45 %. Pourtant une dose de névirapine était remise à chaque femme au dernier trimestre de la grossesse pour qu'elle puisse en prendre dès les premières contractions utérines du travail. Ces gestantes qui n'avaient pas bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale auraient refusé d'admettre leur statut sérologique.

Le faible taux de césarienne s'expliquerait par le fait que le protocole national de la PTME réserve la césarienne aux seules indications obstétricales pour des raisons de coûts. Mais les femmes qui ont les moyens et qui le désirent peuvent bénéficier d'une césarienne prophylactique.

La pratique d'une épisiotomie a été notée chez 7 femmes soit 15,6 %, bien que déconseillée en raison du risque de contact entre le sang maternel et celui du nouveau-né donc de la possible transmission du virus.

Cette fréquence des épisiotomies serait en rapport avec les séquelles de pratiques traditionnelles néfastes telles que l'excision. Ces pratiques sont une des causes d'accouchements dystociques dans notre contexte.

Deux décès maternels ont été enregistrés au cours du suivi sans que les causes n'aient été notifiées de façon précise.

La proportion de nouveau-nés prématurés n'est pas différente de celle de la population générale. Toumala *et al.*<sup>8</sup> en 2002, avaient montré que l'incidence des accouchements prématurés chez 2.163 femmes séropositives enceintes suivies aux Etats-Unis n'était statistiquement pas associée au statut sérologique.

Le nombre de décès d'enfants enregistrés au cours du suivi postnatal était de 5 soit 18,52 %.

Deux des enfants décédés avaient une PCR positive donc directement imputable au VIH et chez les

trois autres, les décès étaient survenus avant le dépistage virologique. Deux des enfants étaient sous allaitement artificiel et les trois autres sous allaitement maternel exclusif. La survenue des décès n'était pas statistiquement associée au mode d'alimentation (p = 0.07). Nduati *et al.*<sup>9</sup> à Nairobi au Kenya avaient trouvé une mortalité supérieure à la nôtre soit 24,4 % (IC 95 %, 18,2 % - 30,7 %) et 20 % (IC 95 %, 14,4 % - 25,6 %) respectivement chez les enfants nourris au sein et chez ceux qui étaient sous allaitement artificiel. Ils n'avaient pas trouvé non plus de relation significative dans les deux groupes (p = 0.30).

Dans le groupe des nouveau-nés, 6 soit 13,3 % n'ont pas reçu dose de névirapine à la naissance. Nos résultats sont légèrement inférieurs à ceux de Ouiminga<sup>5</sup> qui notait 16,7 %. Manzi<sup>7</sup> relevait un taux bien supérieur à 66 %. Leurs mères avaient refusé d'admettre leur statut sérologique. Les conseillères devraient accroître la surveillance des femmes au dernier mois de la grossesse et les amener à accepter leur statut afin que leur attitude ne porte pas préjudice à la santé de leurs enfants.

La morbidité postnatale était marquée par les gastro-entérites qui occupaient la première place avec 31,11 % suivies des affections de la sphère ORL 20 %.

Gody *et al.*<sup>10</sup> en Centrafrique rapportaient en 2004, 65,8 % de candidoses oropharyngées. Cette prédominance des affections digestives dans notre série pourrait s'expliquer par la grande majorité de nos gestantes qui sont analphabètes et par conséquent d'un défaut d'hygiène alimentaire chez leurs enfants.

Selon le mode d'alimentation adopté, 62,2 % des nouveau-nés étaient sous allaitement maternel exclusif suivi du sevrage précoce à 4 mois contre 37,8 % qui étaient sous allaitement artificiel. Ouiminga<sup>5</sup> rapportait des données semblables avec 38,9 % d'option pour l'allaitement artificiel contre 61,1 % pour l'allaitement maternel exclusif suivi du sevrage précoce à 4 mois.

Dao<sup>11</sup> au Burkina Faso, Dicko<sup>12</sup> au Mali, avaient relevé des chiffres plus élevés d'option pour les substituts du lait maternel respectivement à 80 % et 58,7 %.

Malgré les conditions socio-économiques précaires dans notre pays et la stigmatisation dont elles peuvent être l'objet, le tiers des mères a opté pour l'allaitement artificiel. L'allaitement au sein serait perçu par ces femmes comme un risque supplémentaire (en dehors de la grossesse et de l'accouchement) de transmettre le virus à leurs enfants. Ceci pose le problème d'approvisionnement en substituts du lait maternel pour ces gestantes qui ne disposent pas de moyens suffisants pour s'en procurer.

Dans notre étude, nous avons noté un taux de transmission mère-enfant du VIH de 15,15 %. J. Simporé *et al.*<sup>13</sup> au Burkina Faso rapportaient dans une étude portant sur 193 nouveau-nés un taux de transmission de 10,36 %.

D. Coetzee<sup>14</sup> en Afrique du Sud, dans une étude incluant 658 couples mère-enfant, trouvait un taux de transmission de 8,8 % IC (6,2 % à 10,9 %). Ouédraogo rapportait des chiffres semblables avec 8,47 % IC (2,0 à 18,67).

Les corrélations entre les facteurs de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et le statut virologique relevés au cours des trois périodes notamment la grossesse, l'accouchement et l'allaitement ont été étudiées.

Dans notre série, un nombre élevé d'enfants à PCR positive a été observé chez ceux dont les mères avaient accouché par voie basse ou ayant opté pour l'allaitement maternel exclusif. Ces deux facteurs ont été associés dans la littérature à un risque élevé de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

D'autres facteurs de risque tels que le stade clinique de l'infection maternelle, les épisiotomies pratiquées au moment de l'accouchement et la prématurité ont été associés à une fréquence élevée de transmission du VIH.

L'absence de relation statistique entre ces paramètres et le statut virologique dans notre étude pourrait s'expliquer par la taille limitée de notre échantillon d'enfants ayant bénéficié des PCR.

## CONCLUSION

La prévention de la transmission verticale du VIH est une des actions fondamentales pour enrayer la progression de l'épidémie du VIH/SIDA. Des solutions devraient être trouvées pour le suivi étroit des gestantes séropositives et pour réduire les pertes de vue. Etant donné les limites des régimes monothérapeutiques donnant des taux de transmission verticale élevés et des risques de sélection de mutants résistants, le choix devrait être orienté vers les thérapies combinées. La lutte contre le VIH dépendra du choix des régimes thérapeutiques efficaces à moindre risque de résistance. En effet, les pays pauvres qui appliquent les thérapies à risque de sélection de résistances sont ceux qui disposent de moyens insuffisants pour une riposte adéquate et qui ne pourront recourir à des thérapies nouvelles.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA : Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2004
2. SP/CNLS-IST : Données de séro-surveillance. Bull Sida Retroinfo. Information sur le SIDA. Burkina-Faso. 2004-2005

3. O.M.S. : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso. Une démarche contractuelle originale. Etude de cas, Genève, O.M.S., 2004
4. DSF : PTME/VIH. Rapport d'activités 2002-2003. Mars 2003
5. Ouiminga P : Mise en œuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) au Burkina Faso. Expérience du CM ST Camille de Ouagadougou. Mars 2003. Thèse n° 35 : 132
6. Doherty T, Chopra M, Jackson D : Preventing HIV transmission to children : quality of counseling of mother in South Africa. Acta Paediatr 2005 ; 94 : 263-5
7. Manzi M, Zakariah R, Teck R : High acceptability of voluntary counseling at HIV testing in a prevention of mother-to-child HIV transmission program in rural Malawi : scaling up requires different way of acting. Med Trop 2005 ; 10 : 1242-50
8. Toumala RE, Shapiro DE, Moffenson CM : Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of adverse outcome. N Engl J Med 2002 ; 346 : 1863-70
9. Nduati R, John G, Nbori Nagacha D : Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1 : a randomized clinical trial. JAMA 2000 ; 283 : 1167-74
10. Gody JC, Ngongueu C, Gody Boka-Yao A : Comparaison de deux combinaisons d'ARV chez les enfants au complexe pédiatrique de Bangui. 1<sup>ères</sup> journées mère-enfant. Ouagadougou, Burkina Faso, décembre 2006 ; Abstract
11. Dao L, Koueta F, Yé D : Problématique du choix et de l'application du mode d'alimentation de l'enfant né de mère séropositive. 1<sup>ères</sup> Journées mère-enfant. Ouagadougou, Burkina Faso, décembre 2006 : Abstract
12. Dicko F, Silla M, Traoré Y : Suivi des enfants nés de mères séropositives dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako : Bilan de cinq années d'activité. 1<sup>ères</sup> Journées mère-enfant. Ouagadougou, Burkina Faso, décembre 2006 : Abstract
13. Simporé J, Pietra V, Savadogo A : Reduction of mother-to-child transmission of HIV at Saint-Camille medical centre in Burkina Faso. 1<sup>ères</sup> Journées mère-enfant. Ouagadougou, Burkina Faso, décembre 2006 : Abstract
14. Coetzee D, Hilderbrand K, Boule A : Effectiveness of the first district - wide program for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in South Africa. Bull. W.H.O 2005 ; 83 : 489-94

### Correspondance et tirés à part :

F. MILLOGO-TRAORE  
09 BP 349 Ouagadougou 09 Burkina Faso  
E-mail : fmillogo\_traore@caramail.com

Travail reçu le 13 juin 2007 ; accepté dans sa version définitive le 25 février 2008.