

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2015

N°1041

EVALUATION DE L'ACCEPTABILITE DES PARENTS DU CONSEIL DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU TEST VIH CHEZ LES ENFANTS MALNUTRIS OU HOSPITALISES DANS NEUF STRUCTURES AU SENEGAL

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALES (DES)
DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

PRÉSENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 12 Mai 2015

Par

Docteur Fatou Niasse épouse TRAORE

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT :	M. Bara	NDIAYE	Professeur
MEMBRES :	M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Professeur
	Mme Ndèye Mery DIA	BADIANE	Maître de Conférences Agrégé
Directeur de mémoire:	M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Professeur
Co-Directeur :	M. Adama	FAYE	Maître de Conférences Agrégé

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
CD4	Lymphocytes CD4
CHNU	Centre Hospitalier National Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CREN	Centre de Récupération Nutritionnelle
DAN	Division Alimentation Nutrition
DLSI	Division de Lutte contre le SIDA et les IST
DS	District sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EPS	Etablissement Public de Santé
HR	Hôpital Régional
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unis sur le VIH/SIDA
PEC	Prise en Charge
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH

RF	Ressources Financières
RH	Ressources Humaines
RM	Région Médicale
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I :</u>	Intérêt et enjeux selon les parties prenantes
<u>Tableau II :</u>	Types, questions d'évaluation et justificatifs
<u>Tableau III :</u>	Résumé du devis d'évaluation
<u>Tableau IV :</u>	Répartition des enfants par structure
<u>Tableau V :</u>	Répartition des accompagnants suivant la profession
<u>Tableau VI :</u>	Répartition des accompagnants suivant la connaissance de mode de transmission
<u>Tableau VII :</u>	Distribution de l'acceptabilité suivant la région médicale
<u>Tableau VIII :</u>	Distribution de la sérologie suivant les structures sanitaires
<u>Tableau IX :</u>	Distribution de l'acceptabilité suivant le sexe
<u>Tableau X :</u>	Distribution de l'acceptabilité suivant le niveau d'instruction de accompagnant
<u>Tableau XI :</u>	Répartition des accompagnants suivant l'acceptabilité et le revenu mensuel
<u>Tableau XII :</u>	Répartition des accompagnants suivant l'acceptabilité et le counselling

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 :** Algorithme de dépistage du VIH chez les enfants de 18 mois ou plus
- Figure 2 :** Interaction VIH malnutrition
- Figure 3 :** Organismes pathogènes du milieu ambiant
- Figure 4 :** Organigramme du système de santé au Sénégal
- Figure 5 :** Cadre logique
- Figure 6 :** Répartition des accompagnants suivant l'âge
- Figure 7 :** Répartition des accompagnants suivant le niveau d'instruction
- Figure 8:** Répartition des accompagnants suivant le revenu du ménage
- Figure 9:** Répartition des accompagnants suivant l'occasion du counselling
- Figure 10 :** Répartition des accompagnants suivant la sérologie
- Figure 11 :** Répartition des accompagnants suivant l'acceptation du test
- Figure 12:** Principales raisons de non acceptation du test
- Figure 13 :** Distribution de l'acceptation suivant l'âge de l'accompagnant

AVANT PROPOS

Ce travail a été réalisé au sein de neuf structures dont 5 à Dakar (Hôpital d'Enfant Albert Royer, EPS de Guédiawaye, Institut Pédiatrique Social de Pikine, Dispensaire Saint Martin, HPD) 2 à Diourbel (Centre de Santé de Diourbel et HR Diourbel) et 2 à Matam (Hôpital Ourossogui et CS Kanel. Il a été dirigé par Monsieur Cheikh Tidiane Ndour, Professeur en Maladies Infectieuses et Tropicales et Monsieur Adama Faye Professeur en Santé Publique (ISED-UCAD). La réalisation de ce travail a été rendue possible grâce, à l'appui et aux encouragements de plusieurs personnes que j'aimerais remercier.

Sincères remerciements à Monsieur le Professeur Bara Ndiaye

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Trouvez ici, le témoignage de notre admiration et de notre profonde gratitude

Sincères remerciements à Monsieur le Professeur Cheikh Tidiane Ndour

Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait nous ont beaucoup marqué.

Votre humanisme, votre courtoisie, votre modestie, votre sagesse font de vous un maître généreux de son savoir.

L'occasion nous est offerte ce jour pour vous exprimer notre grande admiration.

Sincères remerciements à Madame le Professeur Ndèye Mèry Dia Badiane

Votre disponibilité nous a toujours marqué.

Trouvez ici, le témoignage de nos sincères remerciements pour avoir accepté spontanément de juger ce travail

Sincères remerciements à Monsieur le Professeur Adama Faye

Nous souhaitons ne jamais décevoir la confiance et le soutien que vous avez placé en nous et vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

Profonde reconnaissance au Docteur Abdoulaye Sidibé Wade

Vos collègues vous prennent en modèle par votre profond respect du genre humain ainsi que votre honnêteté vis-à-vis de vous-même et des autres.

Veillez trouver mes sincères remerciements pour la confiance que vous portez en notre personne.

Profonde reconnaissance à tous mes collègues du service de Maladies Infectieuses et Tropicales Iba Mar Diop du CHNU de Fann.

Remerciements à Pape Manoumbé Ndiaye et tous mes collègues de la Division de lutte contre le Sida et les IST pour avoir participé à la réalisation de ce travail.

Remerciements à toutes les structures sanitaires qui ont participé à cette étude.

Remerciements à tous les parents et tuteurs qui ont accepté de se soumettre aux contraintes de l'étude.

Je dédie ce travail

In memoriam À mon papa, à ma mère et à mon regretté enfant Silatigui Daouda

Pour tout l'amour, le soutien sans faille et les sacrifices auxquels vous avez consentis pour moi. Que le Seigneur vous accorde son Paradis Céleste.

A *mon mari* que je remercie pour tout le soutien, la patience, l'amour, l'encouragement et pour qui je prie pour que longévité leur soit accordée.

A mes enfants pour tout l'amour que je leur dois.

A mes frères et sœurs pour avoir accepté de me soutenir au nom de l'amour et de la fraternité.

A mes nièces et neveux que je chérie de tout mon cœur.

A mes tantes, oncles, cousins et cousines pour tous les conseils.

A mes collègues et amis, pour toute l'affection que j'éprouve pour eux.

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	I
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	IV
AVANT PROPOS.....	V
SOMMAIRE.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	4
Rappel.....	5
DEUXIEME PARTIE	10
I. Hypothèse de l'étude	11
II. Question de recherche	11
III. Intérêt de la question	11
IV. But et Objectifs.....	11
V. Méthode.....	12
VI. Résultats	25
DISCUSSIONS/COMMENTAIRES	34
I. Caractéristiques de la population d'étude.....	35
II. Acceptabilité du dépistage chez l'enfant.....	36
CONCLUSIONS	39
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	

RESUME

Contexte : La prise en charge du VIH chez l'enfant reste encore le parent pauvre de la réponse avec un faible de dépistage enregistré lié en partie à la nécessité d'avoir l'accord du parent ou tuteur légal pour réaliser le test VIH.

Objectifs : Cette recherche opérationnelle avait pour objectif d'étudier l'acceptabilité du conseil dépistage du test VIH chez les parents d'enfants hospitalisés ou présentant une malnutrition.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive menée en 2013 dans neuf structures sanitaires du pays évaluant l'acceptabilité et les facteurs liés du conseil dépistage du VIH chez les parents d'enfants malnutris et ou hospitalisés.

L'échantillonnage était exhaustif ciblant tous les enfants présentant les critères de sélection dans la même période. Tous les enfants remplissant les critères de sélection ont été inclus.

Une grille de collecte et un guide d'entretien ont été utilisés respectivement pour les données quantitatives et qualitatives. Les logiciels Excel, Epi Info et R ont été utilisés pour l'analyse des données quantitatives et l'analyse de contenu pour les données qualitatives.

Résultats :

La stratégie a été bien appréciée par les parents d'enfants avec un taux d'acceptation de 98,8% (729/733).

Les mères sont satisfaites de la manière dont les tests ont été proposés par le prestataire. Cependant, elles déplorent que la proposition soit tardive et suggèrent quelle soit plus systématique.

Conclusion :

Les résultats de cette étude montrent que le dépistage systématique est bien accepté par les parents quelques soient le sexe, le niveau d'instruction ou la zone géographique. Certains accompagnants préconisent même que ça soit plus précoce.

Mots clés : Acceptabilité, parents, conseil dépistage, VIH, enfant conseil-dépistage actif-VIH-enfants malnutris et hospitalisés.

INTRODUCTION

Les enfants ont constitué depuis trop longtemps la face cachée dans la réponse donnée au VIH et au SIDA et leurs besoins sont souvent négligés. C'est pourtant sur eux que reposent les plus grands espoirs de venir à bout de l'épidémie.

Le VIH et la malnutrition constituent une redoutable association avec des interactions épidémiologiques et cliniques. Le VIH, comme toute infection affaiblit le système immunitaire et par conséquent entraîne des infections dont la fréquence et l'acuité conduisent à une perte de poids puis à une mauvaise prise alimentaire et éventuellement à la malnutrition. Il se crée ainsi un cercle vicieux faisant intervenir plusieurs facteurs : mauvaise nutrition, système immunitaire faible, augmentation de la vulnérabilité aux infections, augmentation des besoins nutritionnels (1)

La malnutrition augmente également le risque de transmission du VIH des mères aux nourrissons et la progression de l'infection à VIH. A son tour, l'infection à VIH aggrave la malnutrition car elle attaque le système immunitaire et se répercute sur l'apport, l'absorption et l'utilisation de nutriments. La malnutrition augmente également la fatigue et diminue l'activité physique et la productivité au travail des personnes souffrant du VIH/sida (30)

C'est ainsi, qu'après la réunion de Durban (OMS 2006), a eu lieu celle de Ouagadougou avec comme objectif général de contribuer à faire de la nutrition une partie intégrante de la riposte globale au VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre (6). Ces dernières ont été à l'origine de progrès considérables tant pour comprendre les mécanismes biologiques responsables de ces relations, que pour identifier les interventions nutritionnelles pouvant améliorer la qualité et la durée de la vie des PVVIH (4). Malgré ces progrès, il existe encore de nombreuses lacunes dans notre connaissance de la relation entre le VIH/sida et la nutrition, et les prestataires de santé manquent encore de conseils pratiques reposant sur des faits pour guider une nutrition adéquate chez les personnes souffrant du VIH et du sida (15).

Au demeurant, l'indice de masse corporelle à la mise sous ARV est apparu comme un facteur prédictif de survie chez les PVVIH sous ARV au Sénégal : un $IMC \geq 19 \text{ kg/m}^2$ était associé à un risque relatif de 0,54 ($IC_{95\%} = 0,35 - 0,42$) par rapport à un $IMC < 19 \text{ kg/m}^2$; les autres facteurs prédictifs de survie étaient un taux de $CD4 \geq 200/\text{mm}^3$ et un taux d'hémoglobine $\geq 10 \text{ g/dl}$ (Etard F 2006).

En 2013, sur les 168 sites PTME, repartis dans les districts sanitaires, la Division de la Lutte contre le SIDA et les IST (DLSI) a rapporté les données compilées suivantes sur les 444010 femmes enceintes reçues en CPN, 315934 ont bénéficié du conseil pré-test. Ceci montre que certaines femmes enceintes accouchent sans connaître leur statut.

Malheureusement, au niveau des systèmes santé plusieurs occasions de tests sont manquées. En effet, la vaccination, le suivi nutritionnel pondéral, les consultations post-natales de même que l'hospitalisation sont autant d'occasion de contact entre le prestataire l'enfant et les parents qui peuvent servir de cadre de proposition de test pour l'enfant

Pour être en phase avec les politiques de lutte contre l'infection à VIH pédiatrique, le Sénégal a lancé depuis 2001 un politique de décentralisation de la prise en charge incluant la prise en charge pédiatrique. Ainsi en 2013, 103 structures sanitaires offraient des services de PEC pédiatriques. Malgré ces efforts le recrutement des enfants reste encore faible, seulement 57% des enfants ayant besoins du TARV en ont bénéficié. Fort de ce constat la stratégie d'inclusions boostées a été initiée en 2010 dans 8 structures de Dakar qui a permis de dépister en 5 jours 667 enfants dont 37 positifs. Cette stratégie a été étendue en 2011 dans les régions de Diourbel, Louga et Saint-Louis, Kaolack, Thiès ce qui a permis d'en dépister 211 dont 7 positif.

Cette stratégie s'est avérée très efficace mais est confronté aux difficultés d'accéder à tous les enfants par la réticence des parents. Sur 4468 enfants répertoriés dans les régions de Dakar Thiès Louga Diourbel Saint louis seuls 834 enfants ont été dépistés soit 18% alors que la prévalence du VIH est de 5% chez les enfants dépistés (43/834).

L'acceptabilité sociale a fait l'objet de plusieurs études. En effet, la réalisation du test chez l'enfant dépend des parents. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'attitude des parents. Les parents dont le statut sérologique est connu sont plus susceptibles d'accepter le test. Le niveau de connaissance des parents sur le VIH est aussi un facteur favorisant. Il peut aussi arriver lorsque la mère est d'accord le père s'y oppose. La connaissance des facteurs déterminants de l'acceptabilité est importante pour le prestataire en vue de développer une approche plus pertinente. Au Sénégal, cet aspect est peu documenté. En effet on ne dispose pas de données probantes permettant de prendre des décisions avec un ancrage scientifique.

C'est devant toutes ces limites liées au recrutement dépistage des enfants qu'il a été proposé de mener une phase pilote limitée dans sept services de prise en charge des enfants

visant à proposer systématiquement le test VIH chez tous les enfants présentant une malnutrition ou hospitalisés dans ces dites structures. Ce travail se fixait pour objectifs de :

- Déterminer le taux d'acceptation du test chez les parents des enfants hospitalisés
- Identifier les facteurs déterminants l'acceptation du test
- Formuler des recommandations en termes de sante publique

Dans un premier chapitre de revue de la littérature, nous allons faire le point sur la problématique du dépistage VIH chez les enfants, de la nécessité d'obtenir le consentement du parent ou du tuteur légal pour réaliser le test VIH chez l'enfant et des interactions entre l'infection a VIH et la malnutrition, avant de partager nos résultats que nous allons comparer aux données de la littérature.

PREMIERE PARTIE

Rappel

A. Infection à VIH chez l'enfant

Le dépistage des enfants reste encore très insuffisant : ils sont trop peu dépistés et trop tardivement. Or, à côté du dépistage précoce du nourrisson exposé, il existe de nombreuses portes d'entrées, dans les services de soins, où la proposition de test devrait être plus systématique.

L'intérêt de dépister les enfants malnutris et les enfants hospitalisés est d'adapter le diagnostic étiologique, les thérapeutiques et de débiter les ARV si indication. Il s'agit cependant d'une intervention tardive et les taux de mortalité sont élevés en début de prise en charge. En général, si la proposition du test est faite et est argumentée par un médecin, elle est souvent acceptée par les parents

B. Stratégie nationale de dépistage VIH chez l'enfant

Le dépistage de l'infection par le VIH constitue la porte d'entrée de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Il est aussi un élément important de la prévention car permettant aux populations de connaître leur statut sérologique à un stade précoce de l'infection, réduisant ainsi la dissémination au sein de la communauté.

La stratégie du diagnostic sérologique est basée sur l'algorithme de type II de l'OMS qui utilise deux tests rapides ELISA comme représenté sur la figure 1. Le premier test est très sensible donc pouvant donner lieu à des résultats faussement positifs, tandis que le deuxième test est très spécifique. Les mots clefs en matière de dépistage sont la confidentialité et le consentement libre et éclairé, même dans le cadre d'un dépistage à l'initiative du prestataire.

1. Les indications de la réalisation du test de dépistage au VIH chez l'enfant

Le test doit être systématiquement proposé dans les cas suivants :

- Tout enfant de mère VIH+
- Tout cas de malnutrition
- Tout cas de tuberculose quelque soit la localisation

- Tout enfant présentant un des signes d'appel suivants : muguet, zona, herpes, parotidite bilatérale, molluscum profus, diarrhée chronique, pneumopathie à répétition,
- Tout orphelin de parent VIH+

2. Les étapes du conseil dépistage :

a. Le counseling «pré-test»

Des informations sur le VIH seront données et un consentement libre et éclairé du parent ou tuteur, de l'enfant suspect d'infection à VIH, sera obtenu : Le test a des implications sur la vie future du patient. De son déroulement dépend la qualité de la prise en charge ultérieure en cas de positivité.

b. Le counseling «post-test» par l'annonce du résultat :

➤ *Annonce d'un résultat négatif*

- Rassurer le parent
- Expliquer la notion de fenêtre sérologique et proposer au parent de refaire un test de dépistage chez l'enfant au bout d'un mois à trois mois.
- Communiquer sur les stratégies pouvant permettre à l'enfant de garder son statut en insistant sur les modalités de transmission du VIH et les moyens de prévention

➤ *Annonce d'un résultat positif*

- Informer et s'assurer que le parent a compris la signification du résultat
- Respecter les émotions du parent
- Communiquer sur le fait que l'infection par le VIH n'est pas synonyme de sida
- Evaluer les connaissances du parent sur l'épidémiologie de l'infection par le VIH
- Insister sur la disponibilité d'une bonne prise en charge notamment par les antirétroviraux (du point de vue cognitif et émotionnel)
- Identifier les besoins médicaux, psychosociaux et de prévention immédiats de l'enfant
- Aider le parent à comprendre et à faire adopter des comportements qui minimisent les risques de transmission
- Planifier avec le parent les modalités de son suivi de son enfant
- Evoquer le moment de l'annonce du résultat à l'enfant ?

➤ ***Annonce d'un résultat indéterminé***

- Expliquer la signification du résultat
- Donner un rendez vous d'un mois pour refaire le test
- Refaire un autre test dans un centre de référence après deux tests indéterminés.

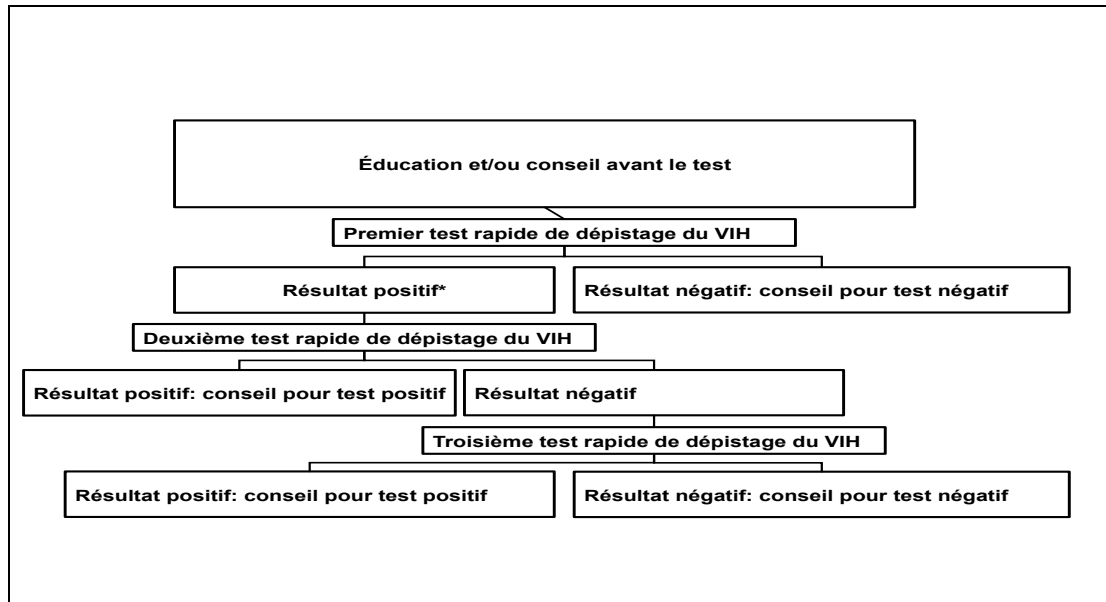


Figure 1 : Algorithme de dépistage du VIH chez les enfants de 18 mois ou plus

C. Problématiques de l'acceptation du test VIH chez les enfants

Le dépistage VIH chez les enfants a rarement été au centre des préoccupations des chercheurs. Quand le dépistage pédiatrique a retenu l'attention, cela a été pour éclairer seulement sur les performances diagnostiques en ignorant même que le test pédiatrique comme bien d'autres peut s'accepter ou se refuser. Notre étude met au cœur de son l'acceptabilité du test VIH chez les enfants suivis dans les services de prise en charge de la malnutrition et les services d'hospitalisation des enfants

D. Gestion de la comorbidité malnutrition /VIH

Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère qui sont infectées par le VIH et qui sont admissibles, la thérapie antirétrovirale doit être démarrée dès que possible après la stabilisation de complications métaboliques et la septicémie.

Pour les enfants infectés souffrant de malnutrition aiguë sévère et qui ont déjà commencé les ARV, le traitement doit être étroitement surveillé (hospitaliers et ambulatoires) dans les 6-8

premières semaines pour identifier les complications métaboliques précoces et la survenue d'infections opportunistes.

Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère qui sont infectés par le VIH devraient être gérés avec les mêmes approches d'alimentation thérapeutique que les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère non infecté par le VIH.

Les enfants infectés par le VIH atteints de malnutrition aiguë sévère doivent recevoir une dose élevée de vitamine A à l'admission (50 000 UI à 200 000 UI en fonction de l'âge) et de zinc pour la gestion de la diarrhée, comme indiqué pour les autres enfants atteints de malnutrition aiguë sévère, sauf s'ils ont déjà reçu du F-75, du F-100 ou des aliments thérapeutiques prêt-à-utiliser, qui contiennent la vitamine A et qui sont fortifiées suivant les spécifications de l'OMS.

Les enfants infectés par le VIH atteints de malnutrition aiguë sévère chez qui la diarrhée persiste, la prise en charge standard devrait être étudiée pour exclure l'intolérance aux glucides et les causes infectieuses, qui peuvent nécessiter une gestion différente, comme la modification de l'apport hydrique et alimentaire, ou l'administration des antibiotiques.

E. Interaction VIH et Malnutrition

La malnutrition peut être considérée comme un cofacteur de progression rapide de l'infection à VIH vers le SIDA. Le Sida a un effet dévastateur sur le bien-être nutritionnel d'une personne. En effet, il réduit l'absorption de substances nutritives; bouleverse l'appétit et les métabolismes; détériore les muscles et les organes; et rend le corps plus vulnérable aux agressions extérieures.

L'infection à VIH entraîne une activation chronique du système immunitaire qui devient plus sollicité pour lutter contre l'infection. Cette situation qui est d'autant plus préoccupante que l'immunodépression est sévère augmente les besoins en énergie et en nutriments, et nécessite une alimentation riche et équilibrée.

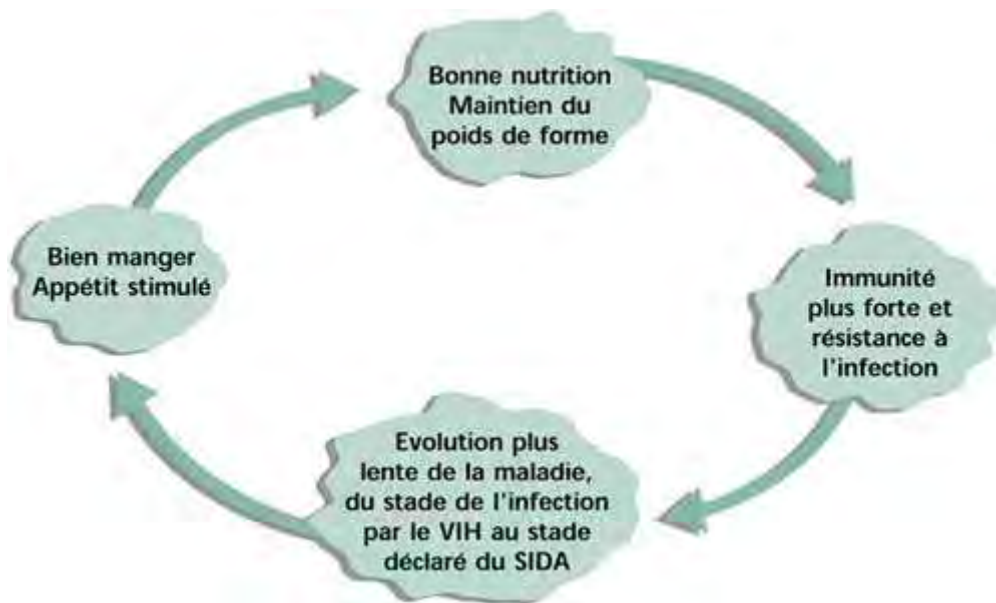


Figure 2 : Interaction VIH malnutrition

L'immunodépression consécutive à la malnutrition a été qualifiée de SIDA nutritionnel. Généralement, une alimentation contrôlée et équilibrée suffit à restaurer la fonction immunitaire, mais le virus en s'attaquant directement aux cellules responsables de la réaction immunitaire, notamment les cellules CD41, a bouleversé cette conception de l'immuno-restauration.

Une altération même légère ou modérée de l'état nutritionnel entraîne déjà une susceptibilité accrue aux infections. L'analyse des données de 53 pays a démontré que la grande majorité des décès liés à la malnutrition (83%) était due aux formes légères ou modérées de malnutrition.

L'organisme pour lutter contre une agression dispose de plusieurs lignes de défense et d'un ensemble de moyens constituant le système immunitaire. L'atteinte du système immunitaire en cas de malnutrition a été amplement décrite, l'immunité dite à médiation cellulaire étant plus atteinte que l'immunité dite humorale.

DEUXIEME PARTIE

I. Hypothèse de l'étude

Le conseil dépistage systématique du VIH chez les enfants malnutris ou hospitalisés est accepté par les parents ou tuteurs dans les structures de prise en charge de la malnutrition du Sénégal.

II. Question de recherche

Le conseil dépistage systématique du VIH chez les enfants malnutris ou hospitalisés est – il accepté par les parents ou tuteurs dans les structures de soins du Sénégal ?

III. Intérêt de la question

Le dépistage VIH des femmes enceintes séropositives s'est nettement amélioré en 2013 de même de la mise sous ARV des femmes enceintes dépistées positives. En effet, ce taux est passé de 38% à 53% entre 2012 et 2013 même si le Sénégal est encore loin des 90% de mise sous ARV requis pour être en phase avec les objectifs de l'eTME. En revanche, la PEC des enfants nés de mère séropositives demeure le maillon faible de cette cascade PTME. Pour l'année 2013, sur 1371 femmes enceintes mises sous ARV, seulement 638 enfants ont bénéficié d'une prophylaxie par les ARV soit 25% de mise sous traitement prophylactique ARV des enfants dans le cadre de la PTME. Les statistiques du diagnostic précoce sont encore plus faibles. En effet, seulement 11% des enfants nés de mère séropositives ont bénéficié de cet examen dans les délais requis pour l'année 2013.

Ce sous dépistage justifie la faible couverture en TARV enregistrée avec seulement 57% des besoins.

IV. But et Objectifs

A. But

Cette étude a pour but d'améliorer le taux de dépistage de l'infection à VIH chez les enfants reçu dans les structures sanitaires afin d'améliorer leur survie.

B. Objectif général

L'objectif de cette étude est d'étudier l'acceptabilité du test chez les parents ou tuteurs d'enfants hospitalisés et ou présentant une malnutrition

C. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Déterminer le taux d'acceptation du test chez les parents ou tuteurs des enfants hospitalisés et ou malnutris
- Identifier les facteurs déterminants l'acceptation du test

V. Méthode

A. Cadre d'étude

L'étude a été menée dans des hôpitaux nationaux et régionaux, dans des centres spécialisés de prise en charge de la malnutrition et des centres de santé au niveau de trois régions du Sénégal.

1. Organisation du système de sante au Sénégal

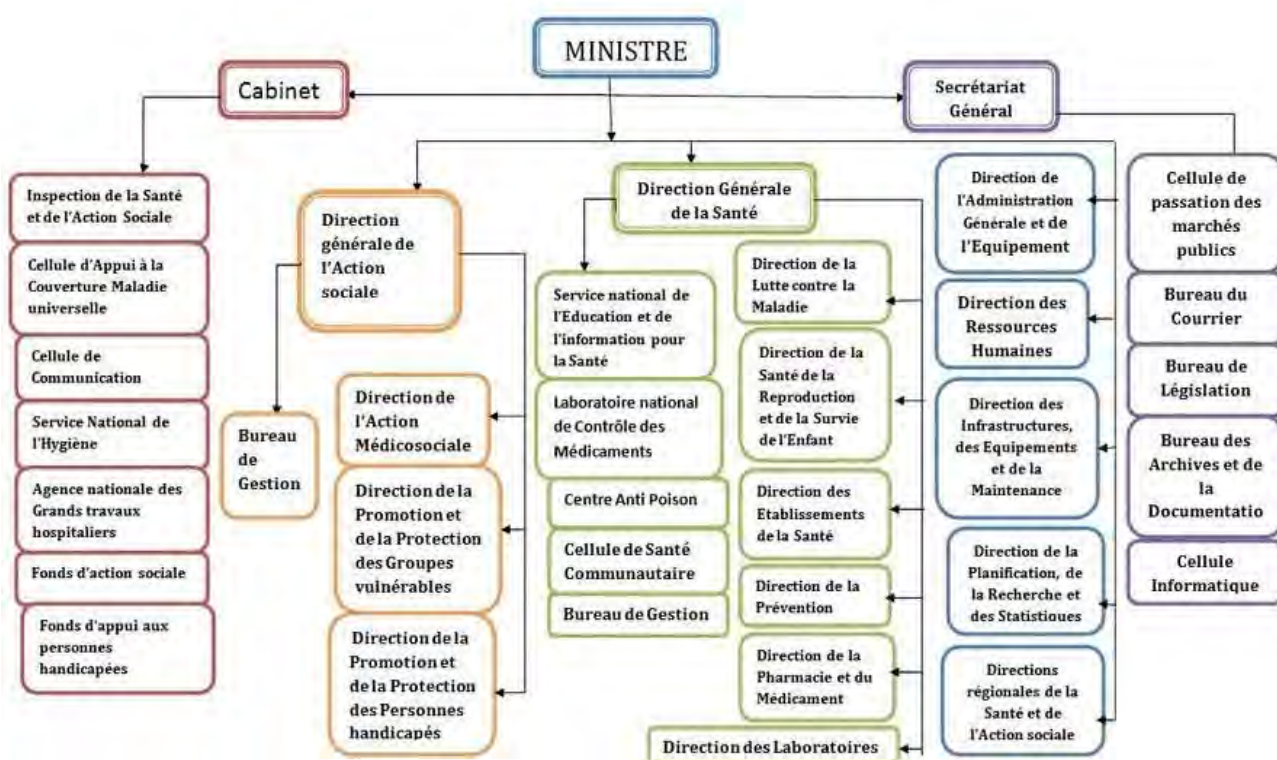


Figure 4 : Organigramme du système de santé au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et le niveau périphérique appelé district sanitaire.

En 2010, le système de santé sénégalais comptait 14 régions médicales, 25 hôpitaux, 23

fonctionnels ; 76 districts sanitaires ; 89 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 11 érigés en EPS1 ; 1.240 postes de santé dont 1214 fonctionnels ; 129 maternités ; 2.098 cases de santé ; 6 établissements publics de santé non hospitaliers.

Outre ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets para médicaux privés, 23 structures d'entreprises et 77 postes de santé privés. (Carte sanitaire 2010)

2. Organisation de la prise en charge du VIH au Sénégal

a) Vision :

Il s'agit d'assurer les meilleures conditions pour le dépistage et la prise charge holistique médicale, psychosociale et nutritionnelle ; dans un contexte d'intégration des services et de proximité

b) Principes directeurs

- Approche multisectorielle et décentralisée avec l'implication des comités régionaux et des comités départementaux de lutte contre le sida.
- Engagement et le leadership pour rendre plus effective l'appropriation de la riposte au VIH.
- Respect des droits humains des populations plus exposées au VIH
- Prise en compte des besoins essentiels des populations prioritaires : des personnes vivant avec le VIH et des personnes les plus exposées au risque
- Prise en compte de la dimension genre et équité dans la riposte au VIH
- Implication de la communauté
- Renforcement du système de santé :
- Adoption d'une approche de soins intégrés centrés sur le patient

c) But

Assurer une prise en charge de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

d) Objectifs

(1) Objectif général

Garantir l'accès aux soins de qualité, et spécifiquement au traitement antirétroviral, à toute personne infectée par le VIH au Sénégal lorsque son état clinique ou/et biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national.

(2) Objectifs spécifiques

- Promouvoir l'accès au conseil et dépistage
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et des réactifs
- Rendre effective la délégation des tâches aux paramédicaux, aux communautaires et aux patients vivant avec le VIH
- Assurer une Prise en charge conforme aux nouvelles recommandations
- Rendre accessible la PTME sur toute l'étendue du territoire national
- Redynamiser les cadres de concertation technique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Assurer la formation initiale et continue de tous les acteurs impliqués dans la PEC
- Assurer le suivi/évaluation des activités de PEC
- Assurer l'accès universel au traitement antirétroviral pour les patients éligibles
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées
- Renforcer l'implication des communautés et des PVVIH dans la prise en charge du VIH.

B. Déroulement de l'étude

1. Acteurs et enjeux

L'étude a impliqué les différentes parties prenantes qui sont:

- les acteurs du ministère de la santé,
- les acteurs communautaires
- les partenaires internationaux qui ont un rôle de conseils d'appui technique et d'observateurs

- et les bénéficiaires. Les enjeux et les intérêts sont fonction des différents acteurs et sont présentés dans le tableau ci –après :

Tableau I : Intérêt et enjeux selon les parties prenantes

Parties prenantes		Intérêt	Enjeux
<i>Acteurs</i>	DLSI	Analyse de la stratégie	Modification budgétaire Motivation Mobilisation de ressources
	DAN	Prise de décision	
	PNA	Changement d'approche	
	PRA	Appropriation de la stratégie	
	RM	Changement de comportement	
	DS		
	ECD		
	Médecins		
	Pédiatres		
	Pharmaciens ou dispensateurs DS		
	Infirmiers		
	Sages femmes		
	Responsables CREN		
	Médiateurs		
	Comité de santé		
<i>Bénéficiaires</i>	Tuteurs ou parents	Changement de comportement	
	Enfants malades	Appropriation de la stratégie	
<i>Partenaires internationaux</i>	UNICEF	Duplication des bonnes pratiques	Mobilisation de ressources

2. Répartition des rôles entre membres de l'équipe

L'équipe d'évaluation était composée d'un représentant des différentes parties prenantes

L'équipe externe était composée de consultants en évaluation de l'Institut de Santé Et Développement

3. Chronogramme

Phase Préparatoire	Phase de documentation	Phase de terrain	Phase de synthèse	Phase de diffusion du rapport
- Désignation d'une équipe par le MCD ou le directeur de la structure - Constitution du groupe de référence, - Rédaction des termes de référence, - Engagement de l'équipe d'évaluation externe - Etablissement du contrat.	- Analyse de la logique de l'intervention par revue des documents officiels et proposition de questions d'évaluation et critères de jugement - Validation des questions d'évaluation par le groupe de référence ensuite les –Définition des indicateurs par l'équipe - Apporte les premiers éléments de réponse aux questions sur la base de l'information existante. - Identification des hypothèses à tester sur le terrain - Développement du plan de collecte et d'analyse des données complémentaires à celles collectées précédemment.	- Mise en œuvre du plan de travail pour la collecte de données dans le DS de - Application des outils prévus. - Test des hypothèses	- Préparation du rapport final par l'équipe d'évaluation - Appréciation de qualité du rapport.	- Diffusion du rapport aux différentes parties prenantes (courrier électronique, document physique, atelier de restitution) - Suivi des recommandations
20 jours	12 jours	21 jours	9 jours	7 jours

C. Logique de l'intervention

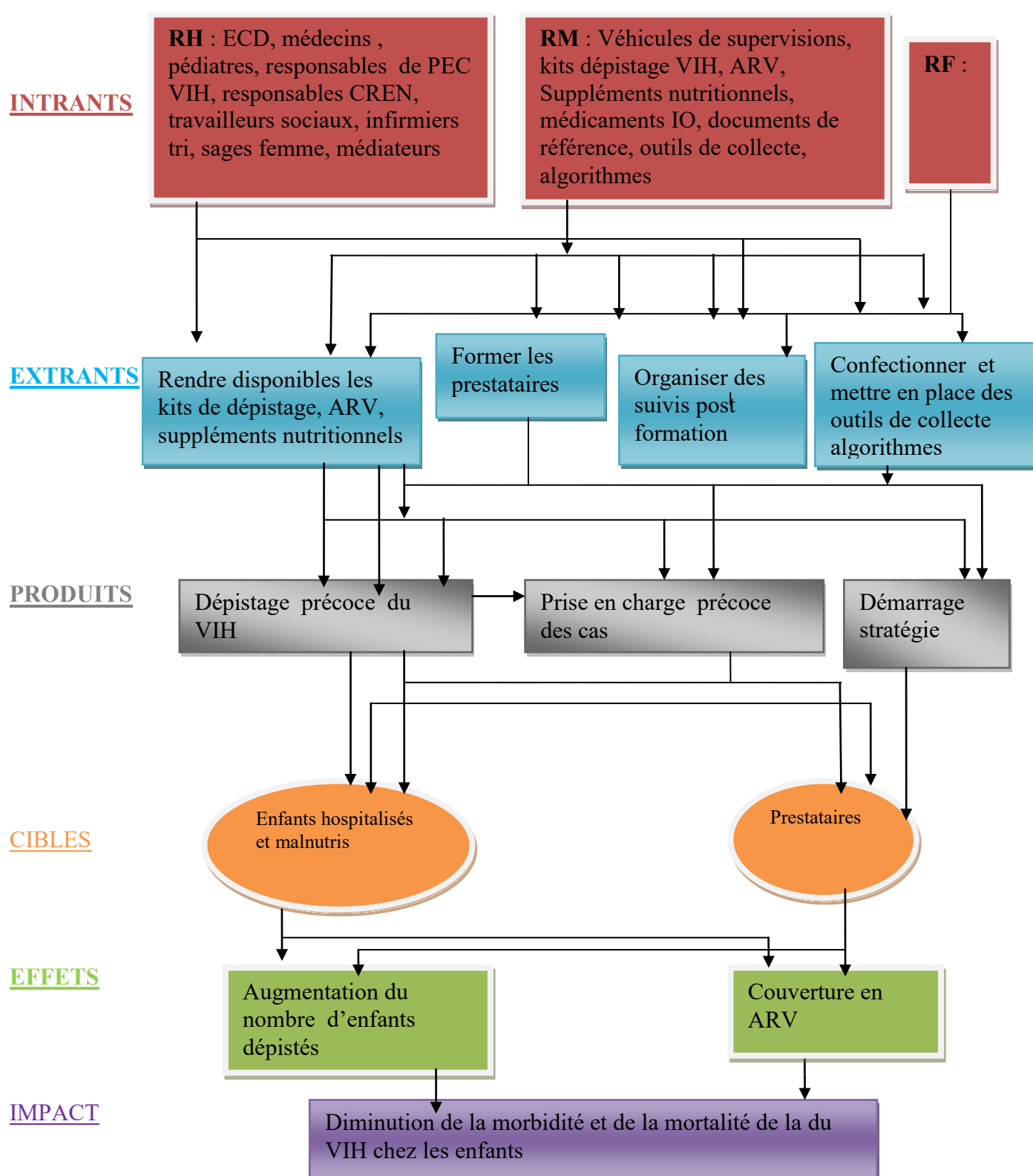


Figure 5 : Cadre logique

Un certain nombre de conditions ont été définies pour la mise en œuvre de la stratégie [1].

Il faut d'abord une équipe de dépistage et de prise en charge du VIH avec une définition claire du circuit du malade et l'approvisionnement en intrants. A cet effet, sa mise en œuvre a été accompagnée spécifiquement des actions suivantes :

- Renforcement des compétences des acteurs à travers des formations et des supervisions
- Disponibilité des ressources financières
- Disponibilité des intrants pour le test et la prise en charge
- Disponibilité des outils

La mise en œuvre de la stratégie a pour but de contribuer à la diminution de la morbidité et de la mortalité du VIH chez les enfants.

Les effets intermédiaires attendus seront :

- l'augmentation du nombre d'enfants dépistés au VIH
- l'augmentation du nombre de malades sous ARV

Les prestataires de soins comme les EVVIH pourront tirer profit de cette stratégie qui va leur permettre d'avoir des services de qualité.

Nous avons opté d'évaluer la pertinence, la mise en œuvre et les effets de la stratégie

D. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive évaluant l'acceptabilité du conseil dépistage du VIH chez les enfants malnutris et ou hospitalisés et ses facteurs associés .

L'approche participative pratique a été adoptée du fait :

Que c'est une évaluation d'une stratégie nationale dans quelques districts

Cette approche peut permettre aux acteurs de mieux connaître la stratégie, mieux identifier leurs faiblesses et de mieux se l'approprier.

Cette approche favorise l'empowerment des prestataires

Les acteurs qui seront parties prenantes des recommandations et des prises de décisions seront plus aptes à les mettre en œuvre

E. Population d'étude

La cible de l'étude était constituée des parents ou tuteurs d'enfants hospitalisés et ou malnutris dans ces structures.

F. Echantillonnage

1. parents ou tuteurs

Parents ou tuteurs présents au moment de l'enquête ayant accepté de participer à l'étude ont été inclus.

2. Les structures

Le choix des structures est raisonné. Elles seront au nombre de 7 dont 5 à Dakar (Hôpital d'Enfant Albert Royer, EPS de Guédiawaye, Institut Pédiatrique Social de Pikine, Dispensaire Saint Martin, HPD) 2 à Diourbel (Centre de Santé de Diourbel et HR Diourbel) et 2 à Matam (Hôpital Ourossogui et CS Kanel). Tous les responsables ont accepté de participer à l'étude.

G. Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'un entretien individuel avec les mères d'enfant hospitalisés, les prestataires et les responsables du service de pédiatrie. Le recueil des données s'est sur la base de questionnaires standardisés conçus à cet effet. Les données recueillies étaient chez les prestataires les connaissances, attitudes et pratiques sur le conseil dépistage et la prise en charge des enfants séropositifs, la prise en charge nutritionnelle, les formations antérieures sur ces aspects.

1. Type de variables et indicateurs étudiés

Tableau II : Types, questions d'évaluation et justificatifs

Types d'évaluation	Questions d'évaluation	Justificatifs
Processus	Toutes les formations prévues ont-elles été réalisées ?	Vérifier si toutes les activités prévues ont été réalisées à temps et si toutes les conditions de réussite ont été respectées et étudier le niveau de satisfaction des bénéficiaires
	Toutes les supervisions prévues ont-elles été réalisées	
	Tous les outils ont-ils été confectionnés et mis en place	
	Les TDR VIH son-il disponibles	
	Quelle est la perception des bénéficiaires ?	
	Quelle est la perception des prestataires ?	
	Des situations ont-elles favorisé ou retardé la réalisation des activités prévues ?	
Pertinence	La stratégie a-t-elle permis une adhésion des bénéficiaires?	Est-ce les effets attendus ont été obtenus
	La stratégie a-t-elle permis une adhésion des prestataires	
Conditions pour le passage à l'échelle	Est-ce que les conditions pour la mise en œuvre à l'échelle existent ?	Vérifier si les conditions pour mettre le conseil dépistage VIH chez les enfants malnutris ou hospitalisés sont remplies par les autres structures

Il existe une relation logique entre le type d'évaluation, la question d'évaluation, le type de données à collecter, les outils à utiliser, la méthode d'analyse et la méthode de collecte.

Seront collectés : les données qualitatives collectées auprès des bénéficiaires au niveau des structures.

2. Saisie des données

Elle s'est faite au fur et à mesure du recueil sur un masque de saisie qui a été conçue avec le logiciel Epi info pour les besoins de l'étude

Tableau III : Résumé du devis d'évaluation

Types d'évaluation	Questions d'évaluation	Justificatifs
Processus	Toutes les formations prévues ont-elles été réalisées ?	Vérifier si toutes les activités prévues ont été réalisées à temps et si toutes les conditions de réussite ont été respectées et étudier le niveau de satisfaction des bénéficiaires
	Toutes les supervisions prévues ont-elles été réalisées	
	Tous les outils ont-ils été confectionnés et mis en place	
	Les kits de dépistage et les ARV sont-ils disponibles	
	Quelle est la perception des bénéficiaires de la mise sous chimio prophylaxie ?	
	Est que la stratégie a permis un dépistage des enfants VIH	
	Est que la stratégie a permis la prise en charge précoce des cas de VIH chez les enfants	
	La mise en œuvre de la de conseil dépistage systématique d VIH a-t-elle été effective dans tous les sites prévus	
	Des situations ont-elles favorisé ou retardé la réalisation des activités prévues ?	
pertinence	La stratégie a-t-elle permis une adhésion des bénéficiaires?	Est-ce les effets attendus ont été obtenus
	La stratégie a-t-elle permis une adhésion des prestataires	
Conditions pour le passage à l'échelle	Est-ce que les conditions pour la mise en œuvre à l'échelle du conseil dépistage VIH chez les enfants sont remplies	Vérifier si les conditions pour mettre en œuvre le dépistage actif du VIH chez les enfants sont remplies par les autres structures de PEC des PVVIH

Le choix de la méthode est dicté par le type et la question d'évaluation à la quelle on doit répondre.

Des grilles et des guides d'entretien sont utilisés pour la collecte des données qualitatives

3. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel R, la distribution de l'acceptation et du résultat du test à l'infection à VIH/Sida ont été étudiés suivant certaines caractéristiques de la mère et de l'enfant.

4. Supervision

Une supervision mensuelle était organisée pour s'assurer du bon déroulement de l'étude. Elle a porté essentiellement sur : la disponibilité des tests et des médicament, le conseil dépistage effectif et systématique des enfants hospitalisés, le recrutement des enfants, le rendu des résultats des enfant et le conseil dépistage des parents dont les enfants sont séropositif.

H. Considérations éthiques de l'étude

Cette étude comporte des activités qui s'appliquent directement sur des individus et pourrait trouver chez certains, des sentiments de gêne. Des mesures ont été prises dans le sens du strict respect de la confidentialité et de la dignité des personnes interrogées.

1. Confidentialité et consentement

Dans un souci du respect des mesures contre la stigmatisation et de la discrimination de ces personnes vulnérables, les dispositions utiles ont été prises en vue de garantir certains droits aux enfants impliqués dans l'étude. Les principes relatifs au consentement éclairé et à la confidentialité des informations recueillies sur ces personnes et leurs familles seront respectés. Dans le cadre de la technique de dépistage, le droit des individus à l'information et aux services a été pris en compte.

Un consentement éclairé a été signé par le parent ou le tuteur, pour les interviews. Cependant, un refus de participer à l'étude n'entraînait aucune conséquence sur le processus de prise en charge au niveau de son site.

2. Mesures préventives et prise en charge des cas positifs

Il était demandé aux équipes d'orienter toute personne présentant un test positif auprès d'un médecin responsable de pris en charge du VIH pédiatrique.

La propriété intellectuelle est assurée par la DLSI qui va garantir la diffusion et le partage de l'information.

I. Processus de communication des résultats

Un rapport a été rédigé du projet/ et de son contexte.

Un débriefing sera fait avec les différentes parties prenantes, le rapport fera ensuite l'objet d'une appréciation de qualité. Le rapport final sera diffusé sous forme de support papier, de résumé, d'article et ou de présentation aux décideurs politiques, aux commanditaires, aux partenaires et à la communauté scientifique. Un suivi des recommandations sera effectué.

J. Stratégie suggérée pour l'utilisation des résultats

Pour optimiser l'utilisation des résultats, un engagement formel des parties prenantes sera négocié ainsi qu'un plan de mise en œuvre avec le chronogramme et l'identification d'un responsable pour chaque recommandation.

VI. Résultats

Au total 729 parents ont été interrogés pour un total de 733 enfants vus dans les 7 structures ciblées par l'étude. La répartition des enfants selon les structures est indiquée dans le tableau ci dessous.

Les enfants ont été reçus en majorité dans les structures de CHR Henrich Luckbe (20%), au PS St- Martin (17%), et au CS de Diourbel (16%).

Tableau IV : Répartition des enfants par structure

Nom Structure	Effectif	Pourcentage
CHR Henrich Luckbe	143	20%
CS Diourbel	120	16%
CS KANEL	52	7%
EPS Roi Baudouin	71	10%
HEAR	50	7%
CHR Ourossogui	73	10%
HPD	44	6%
IPS	52	7%
PS St- Martin	128	17%
TOTAL	733	100%

A. Informations sur les accompagnants

1. Caractéristiques de l'accompagnant selon l'Age

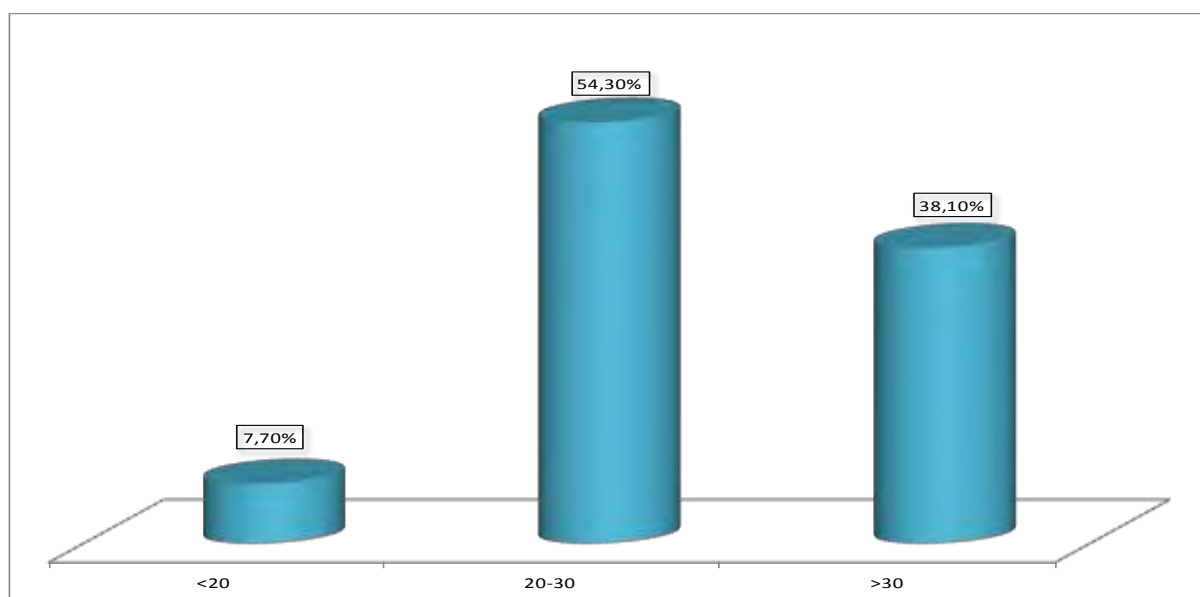


Figure 6 : répartition des accompagnants suivant l'âge

La moyenne d'âge des personnes enquêtées était de 30,3 ans (9,5). Les adolescents représentaient 7,7%. Les personnes de sexe féminin représentaient 92,5% de l'effectif.

2. Caractéristiques des accompagnants selon la scolarisation

Près de 35% des personnes enquêtées étaient scolarisées dont 60,9% ont atteint le niveau primaire, 31% le secondaire et 8,1% le supérieur.

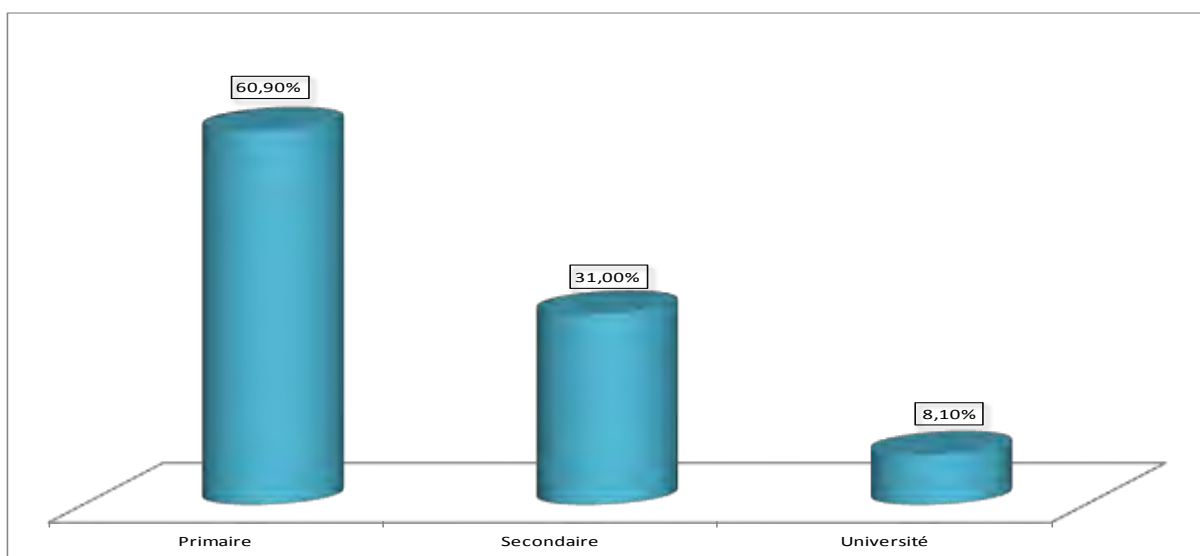


Figure 7 : répartition des accompagnants suivant le niveau d'instruction

Caractéristiques des accompagnants selon le revenu mensuel du ménage

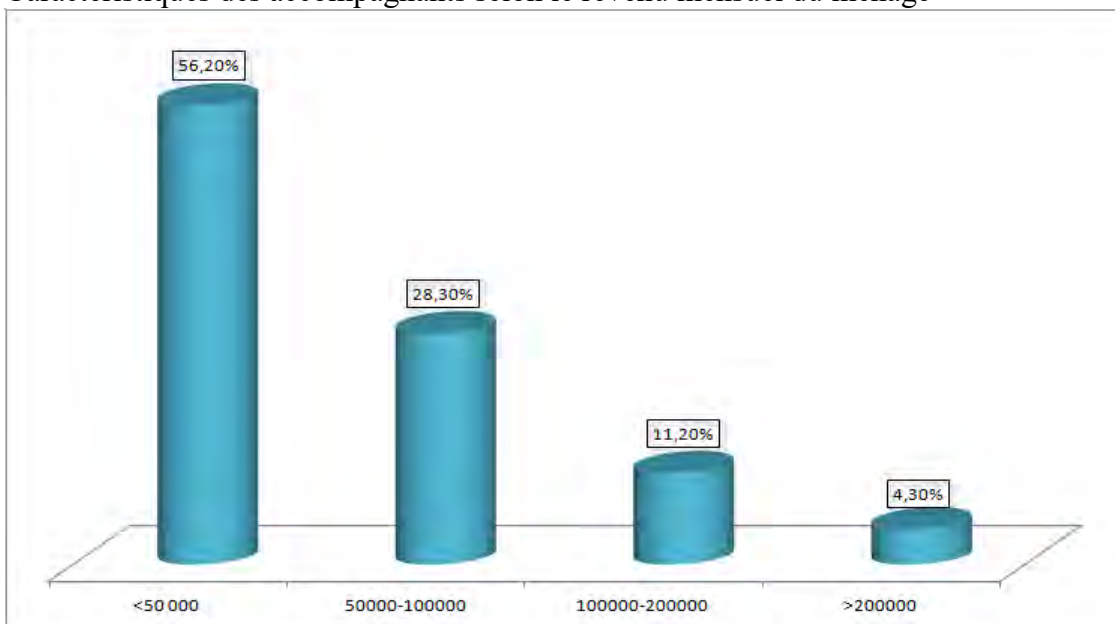


Figure 8: répartition des accompagnants suivant le revenu du ménage

Plus de la moitié des ménages avait un revenu inférieur à 50.000 Fcfa. Seuls 4,3% des enquêtés disposaient d'un revenu supérieur à 200.000 Fcfa.

3. Caractéristiques des accompagnants selon la profession

Tableau V: Répartition des accompagnants suivant la profession

Profession	N	%
Ménagère	257	35,3
Ouvrier/artisan	124	17,0
Cultivateur/Eleveur/Pêcheur	101	13,9
Commerçant/Employé de commerce	100	13,7
Fonctionnaire	38	5,2
Chauffeur/ Routier	30	4,1
Militaire/Corps habillés	10	1,4
Elève/Etudiant	10	1,4
Retraité	8	1,1
Autres	51	7,0
Total	729	100

Les personnes enquêtées étaient en majorité des femmes au foyer (35,3%), suivies des ouvriers (17,0%) des cultivateurs (13,9%) et des commerçant (13,7%).

B. Situation sérologique

1. Counseling

Au total, 56,0% des personnes enquêtées ont eu à bénéficier de counselling. Cette proportion était de 29,6% chez les hommes contre 58,0% chez les femmes.

2. Circonstances de la proposition de dépistage

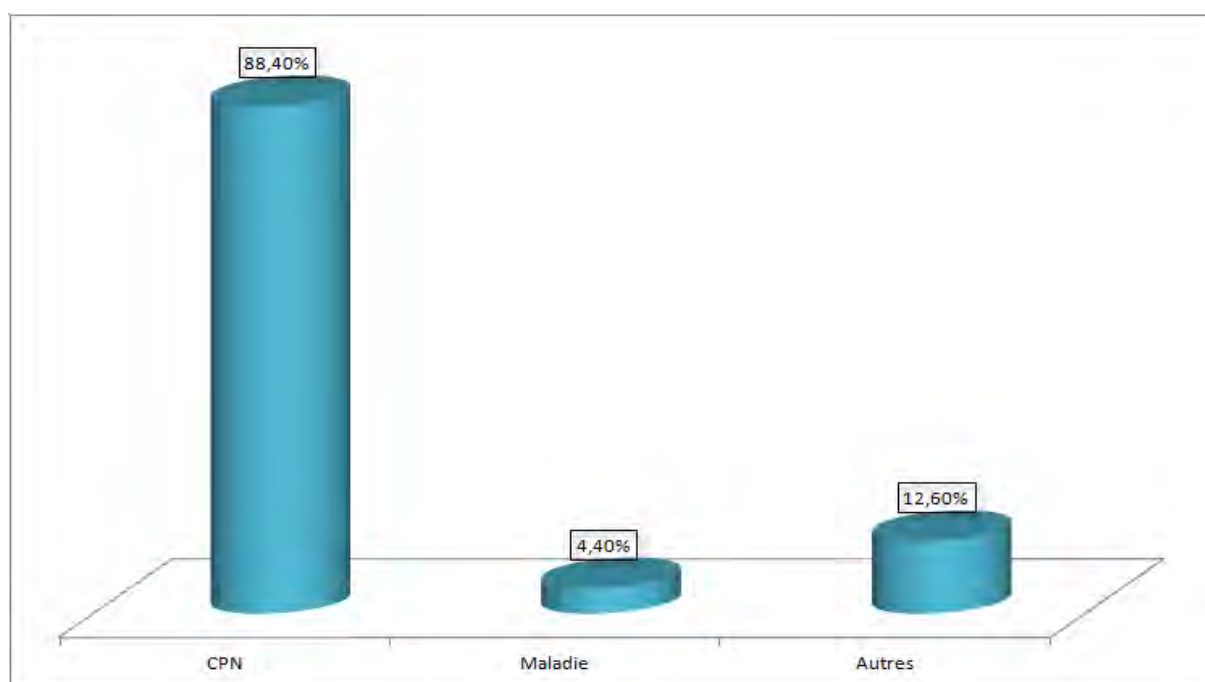


Figure 9: répartition des accompagnants suivant l'occasion du counselling

La CPN constitue la principale occasion de réalisation d'un counselling (88,4%).

3. Réalisation test sérologique VIH

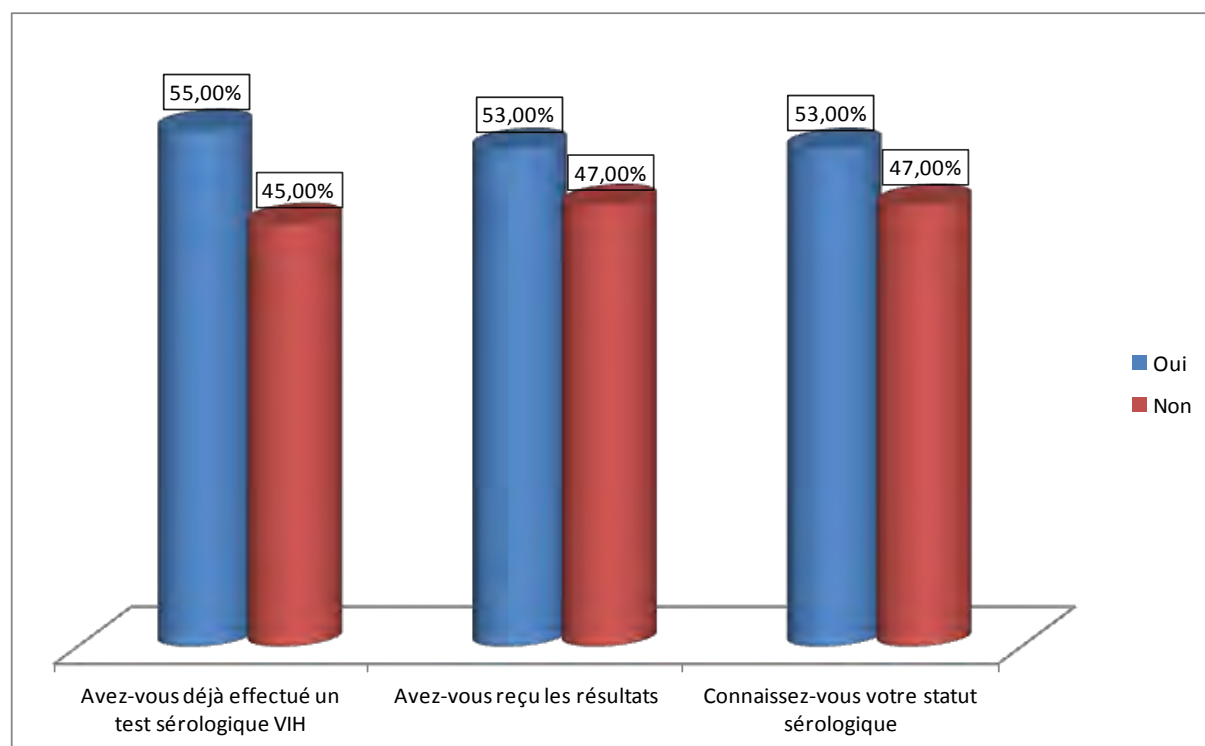


Figure 10 : Répartition des accompagnants suivant la sérologie

Dans 84% des cas, c'était lors d'une consultation prénatale. Environ 55% des personnes enquêtées avaient déjà effectuées un test sérologique du VIH dont 53% avait reçu leur résultats. Au total, 53% des sujets enquêtés déclarent avoir reçu leur résultat

4. Connaissance des principaux modes de transmissions

Tableau VI : Répartition des accompagnants suivant la connaissance de mode de transmission

Les principaux modes de transmission	N	%
Sexuel	514	71,6
TME	232	32,3
Objet tranchant	489	68,1
Aucun	68	9,5
Autres	16	2,2
Total	718	100

Le mode de transmission le plus connu était la voie sexuelle (71,6%), suivi de la transmission par objet tranchant et celle de la mère à l'enfant (32,3%). Parmi les personnes interrogées, 9,5% ne connaissaient aucun mode de transmission.

5. Acceptation du dépistage

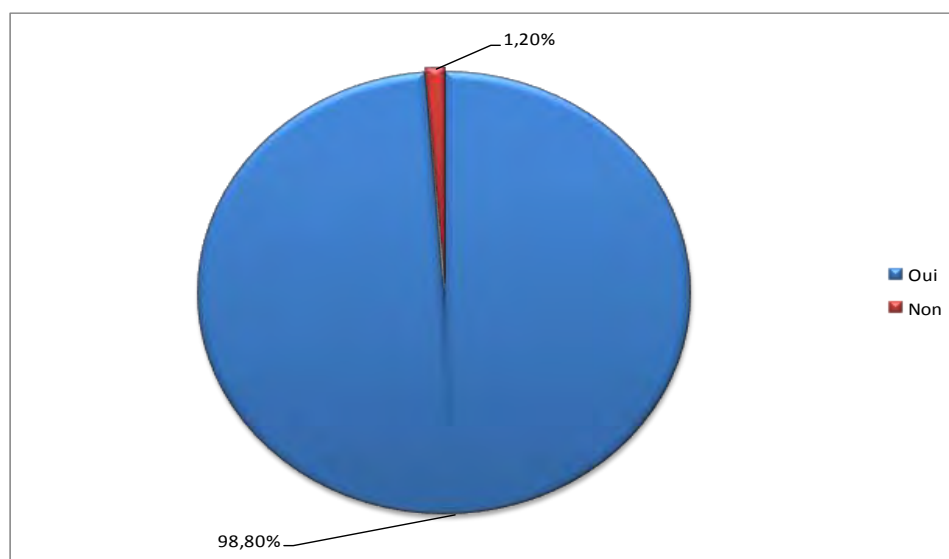


Figure 11 : Répartition des accompagnants suivant l'acceptation du test

La quasi-totalité des personnes interrogées ont accepté qu'on fasse le test chez l'enfant qu'elles accompagnaient.

6. Les raisons du refus

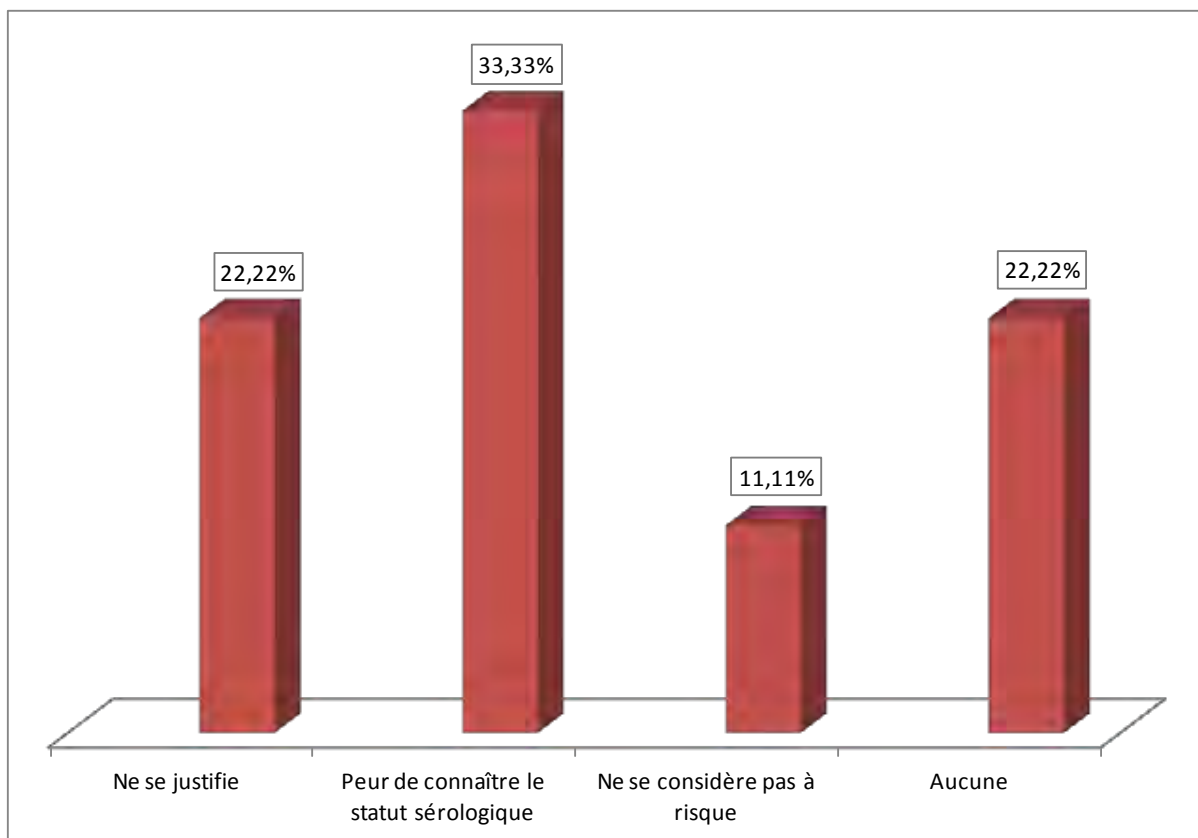


Figure 12: Principales raison de non acceptation du test

La principale raison de refus du test était la peur (33,5%).

7. Distribution de l'acceptation suivant certaines caractéristiques

a. Acceptation test en rapport et région médicale

Tableau VII : Distribution de l'acceptabilité suivant la région médicale

Région Médical	Oui		Non		TOTAL
	N	%	N	%	
Dakar	339	98,3	6	1,7	345
Diourbel	261	99,2	2	0,8	263
Matam	124	99,2	1	0,8	125
TOTAL	724	98,8	9	1,2	733

La proportion d'acceptabilité était similaire dans les régions.

b. Acceptation test en rapport et structure sanitaire

Tableau VIII : Distribution de la sérologie suivant les structures sanitaires

Nom Structure	Oui		Non		TOTAL
	N	%	N	%	
CHR Henrich Luckbe	142	99,3	1	0,7	143
CS Diourbel	119	99,2	1	0,8	120
CS KANEL	52	100	0	0,0	52
EPS Roi Baudouin	70	98,6	1	1,4	71
HEAR	49	98	1	2,0	50
CHR Ourossogui	72	98,6	1	1,4	73
HPD	43	97,7	1	2,3	44
IPS	50	96,2	2	3,8	52
PS St- Martin	127	99,2	1	0,8	128
TOTAL	724	98,8	9	1,2	733

L'acceptation était moins importante à l'HPD (97,7%)

c. Acceptation test et âge

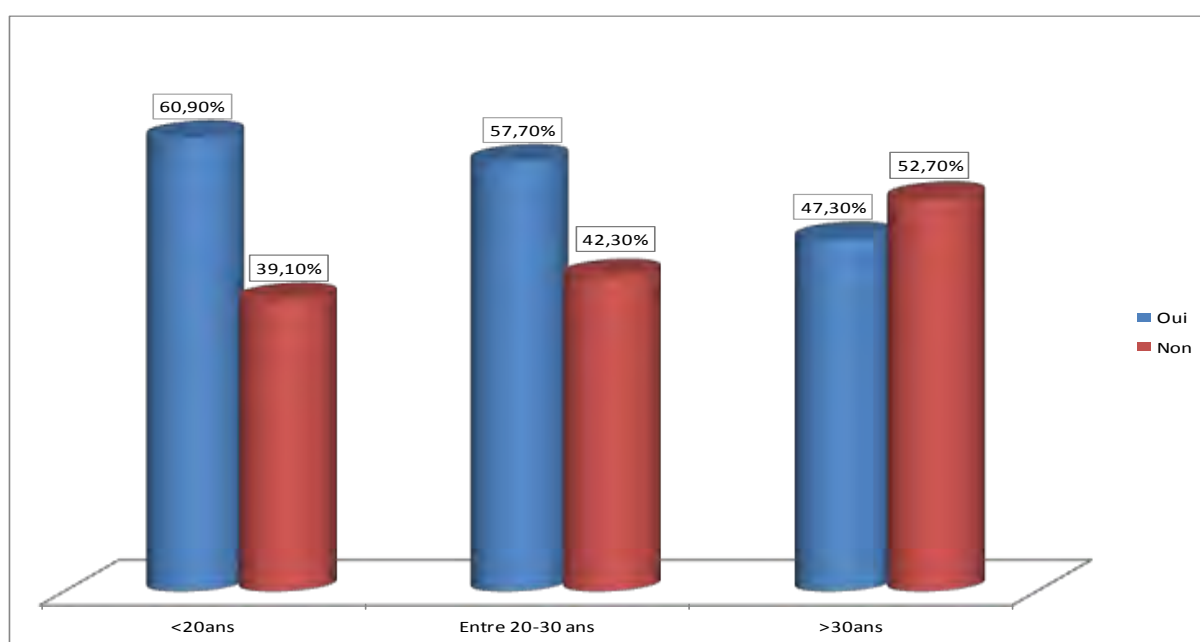


Figure 13: Distribution de l'acceptation suivant l'âge de l'accompagnant

L'acceptation était moins importante chez les accompagnants âgés de plus de 30 ans.

d. Acceptation test en rapport avec le sexe

Tableau IX : Distribution de l'acceptabilité suivant le sexe

Sexe	Oui		Non		TOTAL
	N	%	N	%	
Masculin	53	98,1	1	1,9	54
Féminin	669	98,8	8	1,2	677
TOTAL	722	98,8	9	45,1	731

L'acceptabilité est similaire suivant le sexe.

e. Acceptation test en rapport avec le niveau scolaire

Tableau X : Distribution de l'acceptabilité suivant l'instruction de l'accompagnant

Scolarisation	Oui		Non		TOTAL
	N	%	N	%	
Oui	252	97,7	6	2,3	258
Non	471	99,4	3	0,6	474
TOTAL	723	98,8	9	1,2	732

L'acceptabilité est légèrement plus importante chez les non instruits.

f. Acceptation test en rapport avec le revenu mensuel

Tableau XI : Répartition des accompagnants suivant l'acceptabilité et le revenu mensuel

Revenu mensuel	Oui		Non		TOTAL
	N	%	N	%	
< 50000 Fcfa	390	99,5	2	0,5	392
50000-100000 Fcfa	193	98,0	4	2,0	197
100000-200000 Fcfa	77	98,7	1	1,3	78
> 200000f	28	93,3	2	6,7	30
Total	688	98,7	9	1,3	697

L'acceptabilité est similaire suivant le revenu

g. Acceptation test en rapport avec le counselling prénatal

Tableau XII : Répartition des accompagnants suivant l'acceptabilité et le conceilling

Counselling	Oui		Non		TOTAL
	N	%	N	%	
Oui	404	98,8	5	1,2	409
Non	317	98,8	4	1,2	321
Total	721	98,8	9	1,2	730

Le fait d'avoir reçu un conceilling en prénatal n'influence pas l'acceptabilité du test.

DISCUSSIONS/COMMENTAIRES

De nombreux progrès ont été réalisés dans la prise en charge de l'infection à VIH, notamment par l'avènement du traitement antirétroviral qui a transformé cette maladie subaiguë rapidement mortelle en une affection chronique compatible avec une vie décente. C'est ainsi qu'en 2012, 10 millions ont eu accès à cette thérapie dans les pays en développement. Ce chiffre cache cependant d'énormes disparités selon les catégories d'âge, car si 65% des adultes ont accès au traitement, seuls 34% des enfants qui répondent aux critères d'inclusion y ont effectivement accès (Rapport ONUSIDA 2013).

En réponse à cette situation, l'OMS a étendu ses recommandations sur l'utilisation des antirétroviraux à tous les enfants âgés de moins de 5 ans. Cependant cette mesure est loin d'être suffisante, car le préalable à toute initiation du traitement antirétroviral est le dépistage du VIH, chez les parents notamment la mère, et chez l'enfant ; qui se heurte dans un contexte africain à beaucoup d'obstacles d'ordre médical, socioculturel et économique, constituant un frein à un accès facile aux soins.

I. Caractéristiques de la population d'étude

A. Niveau éducatif et socioéconomique

Notre population d'étude est surtout caractérisée par son faible niveau d'éducation (35%), la faiblesse de ses revenus mensuels et une forte proportion de femmes au foyer. Ces paramètres correspondent en réalité l'essentiel des déterminants de l'épidémie du VIH en Afrique au sud du Sahara, en dehors des aspects comportementaux. En effet, même si les facteurs qui déterminent la transmission du virus d'une personne à une autre sont purement individuels, le caractère pandémique de la maladie est dû à des facteurs beaucoup plus complexes et globaux dont certains auteurs ont déjà étudié l'impact sur l'épidémie du VIH. Ces facteurs, constants dans les séries africaines, peuvent être regroupés en trois grandes catégories : les déterminants socio-économiques, les déterminants socioculturels et les déterminants épidémiologiques (20.).

La précarité socioéconomique rend les individus biologiquement plus vulnérables à l'infection au VIH lorsqu'ils sont mal nourris et/ou ont des infections parasitaires qui affaiblissent leur système immunitaire.

B. Statut sérologique

Sur l'ensemble des accompagnants qui ont fréquenté des structures de soins, seuls 56% se sont vu proposer un test de dépistage, dont respectivement 55% et 53% ont effectivement réalisé le test et venus retirer les résultats. Ces taux sont plus élevés que ceux rapportés dans la littérature au niveau des pays à moyen limités. En effet, les enquêtes menées dans douze pays fortement touchés d'Afrique subsaharienne ont montré que seulement 12 % des hommes et des 10 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH et en ont reçu le résultat. Lorsque le dépistage est difficilement accessible et rarement demandé, peu de personnes connaissent leur statut sérologique et la plupart de celles qui sont séropositives n'accèdent aux services de conseil et de dépistage que lorsqu'elles sont déjà à un stade avancé de la maladie. (OMS/ONUSIDA/UNICEF. Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/ SIDA dans le secteur de la santé, Rapport de situation, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Genève, avril 2007) (6). Même si le Sénégal fait partie des pays de faible prévalence, l'épidémie y est concentrée, donc le risque potentielle de généralisation est réel eu égard aux passerelles qui existent entre les groupes cibles et la population générale, d'autant plus que le VIH est devenu une affaire de couple. Devant ces taux de couverture, on peut donc parler de véritables occasions manquées, dans un contexte d'application du dépistage à l'initiative des prestataires, comme recommandé par l'OMS. C'est dire le besoin de la mise à niveau du personnel de santé sur les aspects de counseling dépistage.

II. Acceptabilité du dépistage chez l'enfant

La quasi-totalité de la notre population ont accepté de faire le test (98,8%). Une nette différence avec les résultats obtenus dans une étude réalisée en Cote d'Ivoire où seulement 15% ont accepté le test (9)

Si ce fort taux élevé ne nous a pas permis d'évaluer les déterminants de l'acceptation dans notre étude, ces derniers ont été bien documentés dans la littérature. Ils se trouvent être multifactoriel, tenant compte entre autres de l'âge, de la situation matrimoniale des parents, du sexe, du niveau d'éducation, de la connaissance de son propre statut sérologique

A. Déterminants de l'acceptabilité

1. Le sexe

L'acceptabilité était la même quelque soit le sexe Ceci comparable aux résultats obtenue dans une étude réalisée aux USA (19) Dans cette étude, aucune différence statistiquement significative entre ceux qui acceptent ou qui refusent de dépistage du VIH a été trouvé pour le sexe, la race / ethnicité,

Par contre dans l'étude réalisée en cote d'Ivoire les pères sont susceptibles de refuser plus que les mères (1,5% versus 61%) (9)

2. Le niveau d'instruction

Dans notre étude l'acceptabilité était légèrement plus élevée chez les non instruits que chez les instruits (99,4% versus 97,7%). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans l'étude de (19) où ceux qui ont accepté étaient plus susceptibles d'avoir un faible niveau d'alphabétisation (rapport de cotes [OR], 1,763; 95% intervalle de confiance [IC],

3. L'âge

L'acceptabilité était meilleure chez les moins de 30 ans comparée à celle obtenue par (19) avec le nombre d'accepteurs plus susceptibles d'être âgés de moins de 40 ans (OR, 1,639; IC à 95%,

4. Le counselling

Le fait d'avoir reçu un counselling en prénatal n'influence pas l'acceptabilité du test contrairement aux résultats obtenue en Cote d'Ivoire dans l'étude (9) où, les femmes qui ont été préparées en prénatal et qui ont fait le test étaient plus susceptibles d'accepter le test à leur enfant que celles dont le statut sérologique est inconnu.

5. Le niveau des revenus mensuels

L'acceptabilité est la même quelque soit le revenu mensuel, ce qui comparable aux résultats obtenus dans l'étude de (19)

B. Raisons du refus

Parmi les 63 patients qui ont refusé la proposition de réaliser le test de dépistage du VIH, 22% des personnes qui ont refusé ne se sentait pas concernés ce qui est beaucoup plus important que ce qui a été noté sur une étude réalisée à l'université Pierre et Marie curie de paris (Thèse médecine N°2012PAO6G034) avec seulement 14,3 % des cas

Ceux ont refusé parce que ne se considéraient pas à risque représentaient 11%, ce qui beaucoup plus faible de ce qui a été constaté dans l'étude réalisée à l'université Pierre et Marie curie de paris (Thèse médecine N°2012PAO6G034) avec 50,8%

Pour ceux qui trouvent que le test ne se justifie pas aussi les résultats sont différents 22% versus 7,9% si on compare les résultats de notre étude à ceux notés sur la thèse de Thèse médecine N°2012PAO6G034) de même que ceux qui n'ont évoqué aucune raison (22% versus (6,4 %).

CONCLUSIONS

CONCLUSION

Grâce à l'intensification des services de prévention du VIH, une baisse de 52 % du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants a été enregistrée entre 2001 et 2012. Malgré ces progrès notables, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH reste à un niveau inacceptable. Environ 260 000 enfants ont été infectés par le VIH en 2012 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le risque qu'une mère vivant avec le VIH transmette le virus à son enfant peut être réduit à moins de 5 % si elle a accès à une thérapie antirétrovirale efficace pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Cependant, en 2012, seulement 62 % des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès aux médicaments nécessaires à leur survie. L'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants est l'une des priorités de l'ONUSIDA et, en 2011, avec ses partenaires, ils ont lancé un nouveau Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et maintenir leurs mères en vie. L'objectif de ce plan est de réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et de 50 % le nombre de décès dus à des maladies liées au sida chez les femmes enceintes et les enfants sur la même période. Ceci a empêché plus de 670 000 enfants de contracter le VIH entre 2009 et 2012. Malgré les progrès continus dans l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants, des défis majeurs restent à relever pour assurer l'accès des enfants vivant avec le VIH à une thérapie antirétrovirale efficace, en commençant par le dépistage précoce du VIH chez ces enfants. Sans traitement, la moitié de tous les enfants nés avec le VIH mourront avant l'âge de deux ans et la majorité d'entre eux avant d'atteindre cinq ans. Les nouvelles lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé recommandent la mise en place d'un traitement pour tous les enfants de moins de cinq ans dépistés comme séropositifs. En 2012, environ 3,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le virus, mais seuls 34 % avaient accès aux médicaments nécessaires à leur survie.

De même, constatant un net chevauchement géographique entre la malnutrition et l'infection à VIH chez les enfants, l'OMS a recommandé des 2007 de dépister systématiquement les enfants souffrant de malnutrition aigue sévère, et leurs mères, dans les zones de forte prévalence. En effet, la prévalence du VIH en cas de MAS en Afrique au sud du Sahara varie de moins de 5% à plus de 50%, avec une mortalité trois fois plus élevée.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail qui se fixait pour objectif d'évaluer la

prévalence et les déterminants de l'acceptabilité du dépistage actif du VIH chez les EVVIH. Pour atteindre ces objectifs, nous avons procédé à une étude prospective par l'approche participative au niveau de 9 sites pilotes.

Les résultats obtenus nous ont amené aux conclusions suivantes :

Caractéristiques de la population d'étude

La moyenne d'âge des personnes enquêtées était de 30,3 ans (9,5), avec une nette prédominance féminine (92,5%). Un peu plus d'un enquêté sur trois (35%) était scolarisé, tandis que la précarité socioéconomique était la règle avec seulement 4,3% de l'effectif ayant des revenus mensuels supérieurs à 200000 francs CFA.

Au plan des connaissances sur l'infection à VIH, le mode de transmission le plus connu était la voie sexuelle (71,6%), tandis que 9,5% ne connaissaient aucun mode de transmission.

Un peu plus de la moitié des enquêtés (56, %) ont eu à bénéficier de counselling pré-test, la CPN étant la principale circonstance de dépistage (88,4%).

Sur l'effectif ayant effectué le dépistage, 53% ont déclaré avoir effectivement reçu leurs résultats.

Au plan de l'acceptabilité du dépistage

La quasi-totalité des personnes interrogées (98,8%) ont accepté le dépistage du VIH chez l'enfant, avec une séroprévalence de 2,7%

La principale raison de refus du test était la peur (33,5%).

Ces constats nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

Recommandations

- A l'intention des décideurs
 - Former et mettre à niveau le personnel en matière de prise en charge psychosociale en général
 - Relever le plateau technique pour rendre plus accessibles les techniques de confirmation
- A l'intention du personnel
 - Impliquer d'avantage les hommes dans l'eTME dans le cadre d'un counseling de couple
 - Respecter strictement les recommandations sur le dépistage à l'initiative du soignant

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida. New York, Nations Unies, 2011.
- 2 Baggaley R, Henson B, Lule F. De la prudence à l'urgence : l'évolution des activités de conseil et de dépistage du VIH en Afrique (texte complet en anglais). Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2012, 90:652B-658B.
- 3 Carlos Franco-Paredes, MD, MPH,^{1,2} Wayne Duffus, MD, PhD,^{1,2} Carlos del Rio, MD^{1,2,3}
1Department of Medicine, 2Division of Infectious Diseases, 3Emory University Center for AIDS Research, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA.
- 4 Castetbon K, Kadio A, Bondurand A et al. Nutritional status and dietary intakes in Human Immunodeficiency Virus (HIV) infected outpatients in Abidjan, Côte d'Ivoire 1995, *Eur J Clin Nutr* 1997; 51: 81-6.
- 5 Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011: 365:493-505.
- 6 Dabis F, Schechter M, Egger M, Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries, *The Lancet*, 2006, 367:817-24.).
- 7 Dimtri K. Consultation Régionale sur La Nutrition et le VIH/SIDA dans les Pays Francophones : Eléments factuels, enseignements tirés et mesures préconisées, Rapport de consultation. Ouagadougou, Burkina Faso, 17 – 20 novembre 2008.
- 8 Etard JF, Ndiaye I, Thierry-Mieg M, Guèye NF, Guèye PM, Lanièce I, et al. Mortality and causes of death in adults receiving highly active antiretroviral therapy in Senegal: a 7-year cohort study. *AIDS*. 2006 May 12;20(8):1181-9.

9 Etude PEDI-TESTANRS 12165, Abidjan

- 10** Fatti G, Grimwood A, Bock P. Better antiretroviral therapy outcomes at primary healthcare facilities: an evaluation of three tiers of ART services in four South African provinces. *PLoS One*, 2010, 5:e12888.
- 11** Fayorsey RN et al. Decentralization of pediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2013,
- 12** Ford N et al. Early initiation of antiretroviral therapy and associated reduction in mortality and morbidity and defaulting in a nurse-managed, community cohort in Lesotho. *AIDS*, 2010, 24:2645-2650.
- 13** Granich RM et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV
- 14** Johnson LF et al. Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Medicine*, 2013, 10:e1001418.
- 15** Kelly P, Musonda R, Kafwembe E, Kaetano L, Keane E, Farthing M. Micronutrient supplementation in the AIDS diarrhoea-wasting syndrome in Zambia: a randomized controlled trial. *AIDS*. 1999 Mar 11; 13(4):495-500.
- 16** KOUAME KL : Analyse de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH dans la région des Lagunes en Côte d'Ivoire, Mémoire du Diplôme Supérieur de Gestion des Programmes de Santé communautaire orientés vers la lutte Contre les IST-VIH/sida, Université Cheick Anta Diop, 2007.
- 17** Kranzer K et al. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 2012, 15:17383. 23

- 18 Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

- 19 Maribel Barragán, MPH,1,2 Giselle Hicks, MPH,1,2 Mark V. Williams, MD,1 Carlos Franco-Paredes, MD, MPH,1,2 Wayne Duffus, MD, PhD,1,2 Carlos del Rio, MD1,2,31Department of Medicine, 2Division of Infectious Diseases, 3Emory University Center for AIDS Research, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA)

- 20 Massaquoi M et al. Patient retention and attrition on antiretroviral treatment at district level in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009, 103:594-600.

- 21 Nattrass, N. (2006). What determines Cross-Country Access to Antiretroviral Treatment?, *Development Policy Review*, vol. 24(3), p. 321-337. May 2006) (Stillwaggon E. (2006). *AIDS and the Ecology of Poverty*, Oxford : Oxford University Press.).

- 22 Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la consultation technique de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique (Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005). OMS, Genève, 2006.

- 23 OMS, ONUSIDA, UNICEF. La riposte mondiale au VIH/sida: rapport de situation 2013.

- 24 Organisation ouest africaine sur la santé. Protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe au Sénégal. Août 2008.

- 25 Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/targetsandcommitments/eliminatingnewhivinfectionamongchildren/>, consulté le 3 juin 2013).

- 26 Rapport de situation, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Genève, avril 2007) (Dabis F, Schechter M, Egger M, Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent

antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries, *The Lancet*, 2006, 367:817-24.).

- 27 Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/fr/resources/publications/2012/name,76121,fr.asp>, consulté le 11 juin 2013).
- 28 Rapport de situation, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Genève, avril 2007) (Dabis F, Schechter M, Egger M, Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries, *The Lancet*, 2006, 367:817-24.).
- 29 Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html, consulté le 11 juin 2013).
- 30 Staveteig S et al. Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa. Calverton, MD, ICF International, 2013 (DHS Comparative Reports No. 30).
- 31 Semba RD, Tang AM. Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Br J Nutr*. 1999 Mar; 81(3):181-9.
- 32 The World Bank. HIV/AIDS, Nutrition and Food Security: What we can do, A synthesis of International Guidance. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC, USA, 2007.
- 33 UNAIDS. World AIDS day report/2013. Disponible à partir de: URL : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2013_.
- 34 Van den Broek NR, White SA, Neilson JP. 1998. The relationship between asymptomatic HIV infection and the prevalence and severity of anemia in pregnant Malawian women. *Ann J Trop Med Hyg* 59(6):1004-1007.

- 35** Wood E et al. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2000, 355:2095-2100.

ANNEXES

Questionnaires

MERE-ENFANT

➤ Région Médicale			N° du Questionnaire
➤ District Sanitaire			 N°Quest.
➤ Structure Sanitaires	1. CS. 2. Hôpital. 3. Dispensaire 4. Autre (préciser)		
➤ Nom de la Structure			

➤ Catégorie personnel	• Prénoms	• Nom	• Dates remplissage / vérification
• Enquêteur			
• Superviseur			

I INFORMATIONS SUR L'ENFANT

A. CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT

QAE1	Numéro dossier /.../.../..... /.../.../.../.../.../				
QAE2	Date d'ouverture du dossier /.../.../..... /.../.../.../.../.../				
QAE3	Date d'hospitalisation /.../.../..... /.../.../.../.../.../				
QAE4	Age (mois) /.../.../				
QAE5	Sexe				
	1. Masculin 2. Féminin				
QAE6	Origine géographique				
	1. Urbain 2. Rurale				
QAE7	Scolarisation				
	1. Oui 2. Non				
QAE8	Niveau d'instruction				
		1. Aucun			
		2. Primaire			
		3. Secondaire			
QAE9	Alimentation				
		1. Alimentation artificielle			
		2. Alimentation mixte			
		3. Alimentation exclusif			
		4. Maternelle protégée			
		4. Alimentation normale			
QAE10	Vaccination				
	1. Complète pour l'âge 2. Incomplète				

B. ANTECEDANTS

QBE1	Hospitalisation dans les 3 derniers mois				
	1. Oui 2. Non				
QBE2	Durée hospitalisation /.../				

D. CLINIQUE

QBE3	Poids admission (Kg) /...../	
-------------	-------------------------------------	---

QBE4	Taille admission (Kg) /...../	
-------------	--------------------------------------	---

QBE5	Présence œdème au niveau des membres inférieurs 1. Oui 2. Non	
-------------	--	---

QBE6	Présence œdème au niveau des membres supérieurs 1. Oui 2. Non	
-------------	--	---

QBE7	Périmètre brachial (cm) /...../	
-------------	--	---

QBE8	Principal motif de consultation	
	1 Digestif	
	2 Cutané muqueuse	
	3 Hématologique	
	4 Neuropsychique	
	5 Hépatite	
	6 Neuropathie périphériques	
	7 Autres	

QBE9	Principaux Diagnostics cliniques	
	1	
	2	
	3	

II. INFORMATION SUR L'ACCOMPAGNANTE A CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE ENQUETEE

QAA1	Age (année) /.../.../	
-------------	------------------------------	---

QAA2	Sexe 1. Masculin 2. Féminin	
-------------	--	---

QAA3	Scolarisation 1. Oui 2. Non	
-------------	--	---

QAA4	Niveau d'instruction	
	1. Aucun	
	2. Primaire	
	3. Secondaire	
	4. Université	

QAA5	Revenu mensuel du ménage			
	1	Inférieur 50000	1.Oui 2.Non	☐
	2	500000 – 100 000	1.Oui 2.Non	☐
	3	100 000 – 200 000	1.Oui 2.Non	☐
	4	Supérieur 200 000	1.Oui 2.Non	☐

QAA6	Profession			☐
		1. fonctionnaire 2=ouvrier/artisan		
		2. Ouvrier/artisan		
		3. cultivateur/éleveur/pêcheur		
		4. commerçant/employé de commerce		
		5. élève/étudiant		
		6. ménagère		
		7. Chauffeur/routier		
		8. militaire/corps habillés		
		9. Retraité		
		10. Autre		
QAA7	Statut d'occupation du logement			☐
		1. Propriétaire		
		2. Location		
		3. logement institutionnel		
		4. Autres à préciser		

B. ANTECEDANTS

QBA1	Avez-vous déjà bénéfice d'un counselling		
	1. Oui	2. Non	☐

QBA2	A quelle occasion ?			
	1	CPN	1.Oui 2.Non	☐
	2	Maladie	1.Oui 2.Non	☐
	4	Autres	1.Oui 2.Non	☐

QBA3	Avez-vous déjà effectué un test sérologie VIH/SIDA		
	1. Oui	2. Non	☐

QBA4	Avez-vous reçu les résultats		
	1. Oui	2. Non	☐

QBA5	Connaissez-vous votre statut sérologique			
-------------	---	--	--	--

	1. Oui	2. Non		
--	--------	--------	--	--

QBA6	Les principales modes de transmission du VIH/SIDA			
	1	Sexuel	1.Oui 2.Non	☐
	2	TME	1.Oui 2.Non	☐
	3	Objet tranchant	1.Oui 2.Non	☐
	4	Aucun	1.Oui 2.Non	☐
	4	Autres	1.Oui 2.Non	☐

QBA7	Acceptez-vous qu'on fasse le dépistage chez l'enfant			
		1. Oui	2. Non	☐

QBA8	Si non pourquoi			
	1	Ne se justifie	1.Oui 2.Non	☐
	2	Peur de connaître le statut sérologique	1.Oui 2.Non	☐
	3	Ne se considère pas à risque	1.Oui 2.Non	☐
	4	Aucune	1.Oui 2.Non	☐
	4	Autres	1.Oui 2.Non	☐

QBA9	Si oui, sérologie faite			
		1. Oui	2. Non	☐

QBA10	Résultats			
		1. Positif	2. Négatif	☐

QBA11	Confirmation			
		1. oui	2. Non	☐

QBA12	Début traitement ARV			
		1. oui	2. Non	☐

QUESTIONNAIRE *parent/tuteur/prestataire*

District Sanitaire	1. Dakar centre 2. Dakar Sud 3. Dakar guediawaye 4. Dakar Pikine 5. Matam Matam 6. Matam Kanel 7. Diourbel Diourbel		N°Quest.
Structure Sanitaires	1. HEAR 2. HPD 3. Saint-Martin 4. IPS 5. EPS Guediawye 6. CS Kanel 7. Hôpital Ourossogui 8. Hopital Diourbel 9. CS Diourbel		
Nom de la Structure			

1 **INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE**

II. INFORMATIONS SUR LE PARENT/TUTEUR

A. IDENTIFICATION

QAE1	Nom et prénom		
QAE2	Age /... /... /.../... /... /		
QAE3	Sexe 1. masculin 2. Féminin		☐ ☐
QAE4	Nombre d'enfants		☐ ☐
QAE5	Lien de parenté avec l'enfant 1. Père 2. Mère 3. Autre		☐ ☐ ☐
QAE6	Age (années) /.../.../.../		☐ ☐
QAE7	Lieu de résidence		
QAE8	Origine géographique 1. Urbain 2. Rurale		☐ ☐
QAE9	Statut matrimonial 1. marie 2. célibataire 3. divorcé(e) 4. veuf (e)		☐ ☐ ☐ ☐
QAE9	Scolarisation 1 .non scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire 4. Universitaire		☐ ☐ ☐ ☐
QAE8	Niveau d'instruction 1. Aucun 2. Primaire 3. Secondaire		☐ ☐ ☐
QAE9	Statut matrimonial		☐

	1. marie		
	2. célibataire		
	3. divorcé(e)		
	4. veuf (e)		

B. NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA STRATEGIE

QBE1	Êtes-vous au courant que la DLSI a mis en place une stratégie de dépistage actif du VIH chez les enfants dans la structure ?		
	1. Oui	2. Non	

QBE2	Avez-vous bénéficié d'une proposition de test VIH pour votre enfant		
	1. Oui	2. Non	

QBE3	Si enfant vaccination BCG		
	1. Oui	2. Non	

C. APPRECIATION DES BENEFICIAIRES DE LA STRATEGIE

QCE1	Comment avez-vous trouvé la façon de vous proposer de faire le test VIH à votre enfant		
	1. Très satisfaisant		
	2. satisfaisant		
	3. moyennement satisfaisant		
	4. pas satisfaisant		
	5. pas du tout satisfaisant		

QCE2	Comment avez-vous trouvé la façon de faire le test VIH à votre enfant		
	1. Très satisfaisant		
	2. Satisfaisant		
	3. Moyennement satisfaisant		
	4. Pas satisfaisant		
	5. Pas du tout satisfaisant		

QCE3	Qu'est-ce qui ne vous a pas plu sur la façon de mettre en œuvre cette stratégie ?	
		
		

	
--	---------------------------

QCE4	Que suggérez-vous à la DLSI pour améliorer la mise en œuvre de cette stratégie
-------------	---

QCE5	Que suggérez-vous à la structure pour améliorer l'adhésion à cette stratégie
-------------	--

2. Formulaire de consentement libre éclairé du représentant légal du participant mineur

**Etude NUTVIHSEN : Etude de l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH au
Sénégal**

Promoteur : UNICEF

**Investigateur principal : Dr Abdoulaye Sidibé WADE, Division de Lutte contre le Sida
et les IST (DLSI), Institut d'hygiène sociale, Tel : 00(221)338229045.**

Coordonnateur de l'étude : Dr Fatou Niasse TRAORE, DLSI.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui portera sur le dépistage systématique du VIH/SIDA chez les enfants hospitalisés ou présentant une malnutrition. Cette étude est menée par la DLSI et est soutenue par l'UNICEF. Votre participation est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment sans aucune conséquence négative. Lorsque vous aurez reçu toutes les informations que vous aurez jugées nécessaires quant à la nature de l'étude, et si vous choisissez d'y participer,

La participation à cette étude ne vous garantit aucun avantage personnel. Les résultats pourraient aboutir à mieux identifier les enfants présentant l'infection à VIH/SIDA et leur assurer une prise en charge plus précoce selon les recommandations du programme. Vous pouvez avoir accès à vos résultats sur demande auprès de votre médecin ou de votre interlocuteur. En cas de malnutrition, vous bénéficierez d'une prise en charge nutritionnelle. Toutes les informations vous concernant seront strictement confidentielles et protégées par les règles du secret médical et professionnel.

☐ J'ai lu et compris la notice d'information qui m'a été remise.

☐ J'ai lu ce formulaire de consentement éclairé et consens librement à la participation de mon enfant à cette étude.

Nom du participant

Signature du participant

Date

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	I
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	IV
AVANT PROPOS.....	V
SOMMAIRE.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	4
Rappel.....	5
A. Infection à VIH chez l'enfant	5
B. Stratégie nationale de dépistage VIH chez l'enfant.....	5
1. Les indications de la réalisation du test de dépistage au VIH chez l'enfant.....	5
2. Les étapes du conseil dépistage :.....	6
C. Problématiques de l'acceptation du test VIH chez les enfants	7
D. Gestion de la comorbidité malnutrition /VIH.....	7
E. Interaction VIH et Malnutrition.....	8
DEUXIEME PARTIE	10
I. Hypothèse de l'étude	11
II. Question de recherche	11
III. Intérêt de la question	11
IV. But et Objectifs.....	11
A. But	11
B. Objectif général	11
C. Objectifs spécifiques	12
V. Méthode.....	12
A. Cadre d'étude	12

1. Organisation du système de sante au Sénégal	12
2. Organisation de la prise en charge du VIH au Sénégal	13
B. Déroulement de l'étude	14
1. Acteurs et enjeux	14
2. Répartition des rôles entre membres de l'équipe.....	16
3. Chronogramme	17
C. Logique de l'intervention	18
D. Type d'étude.....	19
E. Population d'étude.....	20
F. Echantillonnage	20
1. parents ou tuteurs.....	20
2. Les structures.....	20
G. Recueil des données	20
1. Type de variables et indicateurs étudiés	21
2. Saisie des données	21
3. Analyse des données	23
4. Supervision.....	23
H. Considérations éthiques de l'étude	23
1. Confidentialité et consentement	23
2. Mesures préventives et prise en charge des cas positifs	23
I. Processus de communication des résultats	24
J. Stratégie suggérée pour l'utilisation des résultats	24
VI. Résultats	25
A. Informations sur les accompagnants	25
1. Caractéristiques de l'accompagnant selon l'Age.....	25
2. Caractéristiques des accompagnants selon la scolarisation	26
3. Caractéristiques des accompagnants selon la profession.....	27
B. Situation sérologique	27

1. Counseling	27
2. Circonstances de la proposition de dépistage.....	28
3. Réalisation test sérologique VIH.....	28
4. Connaissance des principaux modes de transmissions.....	29
5. Acceptation du dépistage.....	29
6. Les raisons du refus	30
7. Distribution de l'acceptation suivant certaines caractéristiques	30
a. Acceptation test en rapport et région médicale	30
b. Acceptation test en rapport et structure sanitaire	31
c. Acceptation test et âge	31
d. Acceptation test en rapport avec le sexe	32
e. Acceptation test en rapport avec le niveau scolaire	32
f. Acceptation test en rapport avec le revenu mensuel	32
g. Acceptation test en rapport avec le counselling prénatal.....	33
DISCUSSIONS/COMMENTAIRES	34
I. Caractéristiques de la population d'étude.....	35
A. Niveau éducatif et socioéconomique.....	35
B. Statut sérologique	36
II. Acceptabilité du dépistage chez l'enfant.....	36
A. Déterminants de l'acceptabilité	37
1. Le sexe.....	37
2. Le niveau d'instruction.....	37
3. L'âge.....	37
4. Le counselling	37
5. Le niveau des revenus mensuels.....	37
B. Raisons du refus	38
CONCLUSIONS	39
CONCLUSION	40

BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	1