



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Prévention de la Transmission du VIH de la
mère à l'enfant en République
Centrafricaine : Etat des lieux,
Quel type d'intervention à l'aube de 2015 ?**

Présenté par

VALERY-KEVIN NDORAM-DOMBOR

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Santé

Spécialité : Santé Internationale

Le 11 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Dr Christian Mesenge Président

Directeur de Département Santé : Université Senghor

Pr Normand LAPOINTE Examineur

Professeur titulaire de pédiatrie : Université de Montréal

Pr Anne Marie Moulin Examineur

Professeur Anne Marie Moulin Directrice de recherche au CNRS

Remerciements

A l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF) pour avoir offert l'opportunité de faire cette formation de master en développement.

Au Professeur, Recteur Albert Lourde pour avoir mené à bien cette lourde charge académique dont nous présentons ici les fruits.

Au Docteur Christian Mesenge pour la qualité soutenue de l'encadrement et de votre dévouement tout au long de cette formation.

Au Professeur Normand Lapointe, c'est pour nous un honneur d'apprendre à vos côtés ! Recevez ici toute notre gratitude.

A tous les enseignants pour nous avoir livré le secret du savoir dans toute sa dimension les mots nous manquent pour vous exprimer notre reconnaissance.

A Madame Alice Mounir assistante de direction et toute l'équipe du personnel, merci pour votre accompagnement.

A tous les collègues de la promotion pour le soutien mutuel.

Dédicace

A mon épouse Valérie Tatiana et à ma fille Sarah Lolita avec tout mon amour, pour les conseils et le sacrifice consenti !

A ma mère Sarah Charlotte et mon père Alphonse, fier de vous en présentant une fois de plus ce mémoire fruit de votre éducation.

A mes sœurs et frères en souvenir de nos enfances !

Résumé

La République centrafricaine (RCA) fait autant face à l'épidémie pédiatrique au Virus de l'Immunité Humaine (VIH), reflet de l'infection maternelle. Des interventions successives ont été mises en place à partir de 2001 pour y faire face, dix années après le constat est que beaucoup d'enfants continuent d'être infectés alors que l'élimination en a été prônée pour 2015.

Est rapportée ici une étude rétrospective descriptive dont l'objet a été de faire un bilan de ces dix années de prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) en RCA sur la période de 2001-2011 et de voir la possibilité de la mise en place d'une intervention à base de données factuelles qui puissent permettre d'accélérer la réduction de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2016.

Il ressort de l'étude que de 35% sans intervention le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit à 12% jusqu'en 2011 soit une réduction de 34,28%. La couverture des services de dépistage était restée à 19,7% et le taux d'utilisation des services de dépistage du VIH par les bénéficiaires est à 37,4%. La couverture en antirétrovirale prophylactique chez la femme enceinte a été de 48% et de 7% pour les enfants traités. Il existe des textes réglementaires de politique, de la législation et des référentiels de prise en charge dans le cadre de la PTME qui ne se concrétisent pas toujours par des actions incitatives spécifiques en faveur de la PTME. La participation communautaire à travers les associations et des groupes de soutien reste insuffisante. Cependant la communauté internationale par solidarité a réaffirmé son engagement en faveur de la lutte contre le VIH aux côtés des pays les plus affectés comme la RCA.

Tenant compte des acquis progressifs des dix années de PTME en RCA et des nouvelles opportunités stratégiques que programmatiques offertes, une intervention de PTME centrée sur la famille, soutenue par la communauté est faisable en RCA afin de réduire à 6% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici trois ans. L'amorce de l'élimination n'est plausible qu'à partir de 2016 et à cet effet un type d'intervention a été proposé pour la préfecture de l'Ouham qui est la plus affectée en RCA.

Mot-clefs : VIH ; Interventions ; prévention transmission mère-enfant ; République centrafricain.

Abstract

Central African Republic (CAR) is as much to the epidemic of pediatric Virus Immunity Virus (HIV), a reflection of maternal infection. Successive interventions were implemented from 2001 to face, ten years after the fact is that many children continue to be infected while the elimination has been advocated for 2015.

Reported here is a retrospective descriptive study whose purpose was to take stock of ten years of prevention of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in CAR over the period 2001 to 2011 and see possibility of the introduction of an intervention based on evidence that can help to accelerate the reduction of transmission of HIV from mother to child by 2016.

It appears from the study that 35% without intervention the transmission rate of HIV from mother to child has been reduced to 12% until 2011, a decrease of 34.28%. Coverage of screening services remained at 19.7% and the utilization of HIV services by beneficiaries is 37.4%. Coverage antiretroviral prophylaxis in pregnant women was 48% and 7% for children treated. There are statutory policy, legislation and standards of care in the context of PMTCT does not always materialize into incentive actions for specific PMTCT. Community participation through associations and support groups is insufficient. However, the international community reaffirmed its solidarity commitment to the fight against HIV alongside the most affected countries like CAR.

Taking into account the acquired progressive decade PMTCT in CAR and strategic programmatic opportunities offered, PMTCT intervention focused on family and community supported in CAR is feasible to reduce the rate to 6% of HIV transmission from mother to child in three years. The initiation of elimination is plausible that from 2016 and this type of intervention has been proposed for the Ouham District which is most affected by CAR.

Key-words: HIV; Interventions; preventing mother to child transmission; Central African Republic

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ABC :	abacavir
ARN :	Acide Ribonucléique
AZT :	zidovudine
CHU :	Centre Hospitalier et Universitaire
CMIS :	Centre Maternel et Infantile sur le Sida
CPN :	consultation prénatale
D4T :	stavudine
EDS :	Enquête Démographique de Santé
EFV :	éfavirenz
FTC :	emtricitabine
IEC :	Information Education Communication
INTI ou	
NRTI :	inhibiteur nucléotidique de la rétro transcriptase
IO :	Infection Opportuniste
IP :	inhibiteurs de la protéase
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
LPV/r :	lopinavir
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MICS :	enquête de santé à multiple indicateur
NVP :	névirapine
OEV :	Orphelins et Enfants rendus Vulnérables
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé OMS
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
Onusida :	programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida
PCR :	Polymerase Chain Reaction
PED :	pays en développement
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME :	Prévention de Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RCA :	République centrafricaine
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA :	Syndrome Immunodéficience Acquise
SSP :	soins de santé primaires
VIH :	Virus de l'Immunité Humaine
3TC :	Lamivudine

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Résumé	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Table des matières	Erreur ! Signet non défini.
Introduction	2
1.Problématique	3
2. Etat de connaissances sur le vih sida et la ptme	6
2.1 Définition des concepts	6
2.2 Epidémiologie du VIH sida dans le monde	7
2.3 L'Épidémiologie du VIH en Afrique subsaharienne	8
2.4 Rappel sur le VIH/Sida	8
2.4.1 Historique VIH/Sida	8
2.4.2 Histoire naturelle de l'infection au VIH	9
2.4.3 Dépistage et diagnostic de l'infection à VIH	10
2.4.4 Traitement de l'infection à VIH	10
2.4.5 Modes de transmission et facteurs de risque (Bouchau et al. 2011)	11
2.5 La transmission du VIH de la mère à l'enfant	12
2.6 Programme de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH	13
2.6.1 Evolution des programmes PTME dans le monde	13
2.6.2 Défis et objectif mondial	14
2.6.3 Programme PTME en RCA	16
3. Cadre d'étude et Méthodes	18
3.1 Cadre de l'étude	18
3.1.1 La République Centrafricaine	18
3.1.2 Le Centre Maternel et Infantile sur le Sida (CMIS) de du CHU Sainte Justine de Montréal	21
3.2 Type et période de l'étude	23
3.3 Population d'étude	23
3.4 Collecte des données et déroulement de l'étude	23
3.5 Limites du travail	24
4. RESULTATS	25
5. DISCUSSION	35
6. CONCLUSION	40
7. Projet de renforcement de ptme la prefecture de l'ouham	41
7.1 Analyse Force Faible Opportunité et Menace du cadre de mise en œuvre	41
7.2 Analyse résumée des problèmes liés à la PTME	42
7.3 Raisons d'être d'un projet de renforcement de PTME dans la préfecture de l'Ouham	42
7.4 Cadre de mise en œuvre	46
7.5 Procédure de prise en charge	46
7.6 Ressources	48
8. Bibliographie	51
9. Liste des illustrations	55

INTRODUCTION

« Eliminer les nouvelles infections à VIH parmi les enfants et maintenir leur mère en vie » tel est l'objectif mondial sous le leadership de l'Onusida depuis 2009 afin avoir une génération sans le VIH d'ici 2015. L'épidémie pédiatrique conséquence de celle de la mère n'a cessé de prendre de l'ampleur surtout en Afrique subsaharienne en dépit des progrès réalisés. Depuis 2009 plusieurs pays à faible revenu et intermédiaire grâce à des interventions cohérentes étaient sur le chemin de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. La RCA n'est pas épargnée de l'épidémie pédiatrique au VIH, environ 20000 enfants vivaient avec le VIH en 2011 soit 15,38% de tous les sujets infectés et avec 1000 nouvelles infections au cours de la même année. Le VIH sida contribue de 12% à la mortalité infanto-juvénile déjà très élevée (179 pour mille) (PNDS 2006, onusida 2011). Une telle situation pourrait-elle s'améliorer dans les deux années restant pour atteindre l'objectif commun d'ici 2015 ? Après dix années d'intervention de PTME, il est temps de porter un regard rétrospectif sur les actions menées assorti de perspectives pour relever le défi car d'importantes opportunités sont offertes à travers les différents engagements des organisations internationales et de la communauté internationale en faveur de la lutte contre le VIH.

Vu notre expérience antérieure dans un programme de santé maternelle et infantile et VIH, nous nous intéressons à la prévention de la transmission du VIH mère enfant en République Centrafricaine dans le cadre de notre étude. Un travail de recherche sur l'état des lieux des dix années d'intervention permettra de structurer un modèle cohérent d'intervention de PTME pouvant contribuer à la réduction significative de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les trois années à venir. Ce travail sera fait à la lumière des expériences antérieures ; des données probantes et de celles vécues lors du stage de mise en situation professionnelle au Centre Maternel et Infantile sur le Sida du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) Sainte Justine de l'Université de Montréal dans la province du Québec au Canada.

Ainsi le travail va s'atteler dans un premier temps autour d'un cadre théorique qui comportera les données de littérature et la justification de la recherche. Ensuite sera présentée la méthode de la recherche à partir des données collectées en RCA, de la revue documentaire et des expériences vécues lors du stage. Les résultats commentés assortis de discussion suivront et un projet d'intervention proposé à la fin pour le district sanitaire de l'Ouham.

1. PROBLEMATIQUE

Plus de trente ans après la découverte du VIH à l'origine du Syndrome Immunodéficience Acquise (sida), celui-ci continue de faire des ravages dans le monde en dépit des progrès sans précédents réalisés quant à la réduction de nouvelles infections. Malgré une avancée significative dans la riposte à l'épidémie, jusqu'en fin 2011 il y avait environ 34 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde dont la moitié étaient des femmes. En 2011 sur les 2,5 millions de nouvelles infections on comptait 330 000 enfants et 1,7 million de décès liés au sida ont été enregistrés (onusida 2011). Selon le rapport de l'Unicef sur la situation des enfants en 2010, 1000 nouveaux nés atteints de VIH voient le jour quotidiennement et bon nombre d'entre eux mourront avant leur deuxième anniversaire en l'absence de traitement (Tsingaing et al. 2011). La plupart des infections des enfants sont donc du fait de la transmission de leur mère infectée et pose un problème majeur de Santé Publique à l'heure actuelle (Unicef 2010).

Même si au cours de la dernière décennie des efforts encourageants ont été faits en termes de réduction de nouvelle infection chez les adultes et les enfants, l'Afrique subsaharienne porte le plus lourd fardeau de cette épidémie. Elle compte près de 69% des sujets infectés par le VIH dans le monde dont environ 60 % sont les femmes et en compte 70% des décès en 2011. Cette situation permet de comprendre entre autres pourquoi les 90% des enfants infectés dans le monde se trouvent dans cette région ou l'on a aussi un fort taux de fécondité et un taux de transmission du VIH de mère à l'enfant de l'ordre de 25 à 40% en dehors de toute thérapie préventive. De plus, une femme infectée sur trois n'a pas accès à une thérapie antirétrovirale ou une prophylaxie or 92% des femmes enceintes infectées sont dans cette région. Cette triste situation a pour conséquences : la mortalité tragique prématurée, le nombre élevé des OEV et le coût financier pour la société (onusida 2011, Tsingaing et al. 2011).

La RCA figure parmi les pays les plus touchés par l'épidémie au VIH, elle se situe en première position de la sous région Afrique centrale. La séroprévalence était de 4,9% parmi les sujets 15 à 49 ans et 600 femmes sont infectées pour 100 hommes parmi les sujets infectés de 15 à 24 ans. Les femmes enceintes ont une prévalence de 4,1% dans la population jeune de 15 à 24 ans, cette prévalence associée au taux élevé de fécondité, augmente le risque d'infection chez les enfants exposés. Le constat en est que le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est à niveau inacceptable de 12% à six semaines entraînant une épidémie pédiatrique qui contribue à 12% à la mortalité infanto-juvénile (Comin National de lutte contre le sida 2012, onusida 2011).

Dès 1994, l'essai franco américain qui a montré l'efficacité de la zidovudine (AZT) a donné un espoir quand à la réponse à cette problématique entre autres de la transmission du VIH de mère à l'enfant. L'essai a permis ensuite de générer dès les années 2000 des interventions de PTME, ce qui a permis aux pays développés de réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 2% évidemment en plus des mesures obstétricales associées (Becquet et al. 2007, Meda 2010, Traore et al. 2011). L'évolution des connaissances à travers les différentes stratégies mises en place a permis d'en arriver au développement des thérapies antirétrovirales à haut impact à l'origine des interventions plus efficace de nos jours (Mejia et al. 2012, Von Linstow et al. 2010). Suite au congrès international de

Durban en 2000, la mise à disposition des pays du Sud des antirétroviraux a été effective grâce à l'abandon du procès engagé par 39 laboratoires pharmaceutiques contre le gouvernement sud-africain qui avait commencé à fabriquer des génériques et le lancement du programme mondial Access signé par cinq laboratoires pharmaceutiques et cinq organisations mondiales (Peltzer et al. 2010). De plus des engagements sans précédents évoluant dans le temps ont été pris par des organisations internationales et les gouvernements nationaux en vue de soutenir la mise en place d'intervention efficace pour la PTME (OMS 2012).

A ce titre bon nombre de pays subsahariens avec une forte prévalence ont su exploiter ces opportunités en réduisant de manière significative le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant ces dernières années. Ces résultats confortent l'objectif mondial lancé par le Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/sida (Onusida) en 2009 qui est celui de l'élimination des nouvelles infections chez les enfants d'ici à 2015 et pour maintenir leurs mères en vie : « C'est une bonne nouvelle pour les nouveaux nés d'autant plus que la moitié de la diminution des infections à VIH a été enregistrée chez les enfants ces deux dernières années » (Onusida 2011).

En revanche certains pays dont la RCA sont à la traîne alors que des stratégies d'intervention éprouvées avec des protocoles efficaces pour la PTME existent ; des partenaires et donateurs internationaux se sont engagés par solidarité aux pays à ressources limitées pour appuyer la lutte contre le VIH (session spéciale des Nations Unies sur le sida à New York en juin 2011 ; Initiative 15X15...) et des pays dont la situation est semblable à celle de la RCA en ont tiré parti. Empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant demeure le moyen le plus efficace et le plus avantageux seulement pourquoi la RCA n'arrive pas à réduire significativement à la hauteur des opportunités la transmission du VIH de la mère à l'enfant depuis près de dix années de lutte à moins de 5% ?

Question de recherche

Est-il possible d'appliquer une intervention de PTME capable de relever le défi contemporain de zéro nouvelle infection chez les enfants d'ici 2015 ?

Hypothèse de recherche

Le présent travail de recherche voudrait apporter des éléments de réponse à cette question et va s'atteler à vérifier l'hypothèse comme quoi : une intervention cohérente et structurée de PTME en RCA en tenant compte des stratégies éprouvées recommandées actualisées au contexte local et tenant compte des expériences réussies permettra d'accélérer la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant autour de 5% d'ici trois ans.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de notre travail sera de :

- Analyser la situation de PTME en RCA en vue de structurer un type d'intervention.

Les objectifs spécifiques :

- Décrire l'évolution du profil épidémique du VIH et de la transmission de la mère à l'enfant
- Présenter le niveau d'atteinte des indicateurs d'accès à la PTME et leur évolution
- Identifier les forces et faiblesses des différentes interventions.
- Structurer un type d'intervention de PTME en fonction de la situation actuelle

2. ETAT DE CONNAISSANCES SUR LE VIH SIDA ET LA PTME

2.1 Définition des concepts

- ❖ La transmission du VIH de la mère à l'enfant

La transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) est la transmission verticale d'une mère infectée par le VIH à son enfant. La TME est le principal mode de transmission de l'infection par le VIH chez les nourrissons et les enfants. Les programmes de prévention de la TME (PTME) peuvent réduire la TME et aider les femmes infectées par le VIH, leurs enfants et leurs familles à accéder aux services de traitement, de suivi et de soutien. Le programme PTME est un ensemble de services qui suit les politiques et les protocoles nationaux (OMS 2006).

- ❖ Un programme ou une intervention de PTME

Un programme ou une intervention de PTME est un ensemble de services médicaux et de soutien axés sur la famille. Ces services sont offerts parallèlement aux initiatives de santé publique. Pour un programme PTME, il est important que chacun connaisse son statut sérologique et les futurs parents restent séronégatifs. Le dépistage et le conseil dans les consultations prénatales et les maternités permettent d'identifier très tôt l'infection par le VIH. Ces structures servent de voies d'accès aux services complets de PTME, notamment le traitement antirétroviral et la prophylaxie, des méthodes d'accouchement plus sûres et des méthodes d'alimentation du nourrisson à moindre risque pour les mères séropositives et leur bébé (OMS 2006).

- ❖ *Counseling* :

Dialogue confidentiel entre un client et un personnel prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida. Le *counseling* consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs (Bouchau et al. 2011).

- ❖ Dépistage *Opt-In* : méthode de dépistage de l'infection à VIH nécessitant un accord de la personne après une information détaillée (*counseling*) (Bouchau et al. 2011).

- ❖ Dépistage *Opt-Out* : méthode de dépistage de l'infection à VIH consistant à dépister les personnes dans tout lieu de soin en les informant de la réalisation du test VIH au même titre que les autres examens sanguins éventuellement réalisés. À l'inverse de l'*Opt-in*, l'*Opt-out* ne requiert pas d'accord spécifique de la personne concernée et le test n'est refusé que si la personne s'y oppose spécifiquement (Bouchau et al. 2011).

- ❖ Prophylaxie : traitement destiné à prévenir la survenue de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Bouchau et al. 2011).

2.2 Epidémiologie du VIH Sida dans le Monde

Tableau 1 : Statistique et caractéristiques régionales-VIH et Sida. (Onusida 2011)

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalences chez les adultes (15-49)	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
Afrique subsaharienne	23,5 millions	1,8 million	4,9%	1,2 million
Moyen-Orient et Afrique du Nord	300000	37000	0,2%	23000
Asie du Sud et du Sud Est	4 millions	28000	0,3%	250000
Asie de l'Est	830000	89000	0,1%	59000
Amérique centrale et du Sud	1,4 millions	83000	0,4%	54000
Caraïbes	230000	13000	1,0%	10000
Europe Orientale et Asie centrale	1,4 millions	140000	0,8%	92000
Europe Occidentale et centrale	900000	30000	0,2%	7000
Amérique du Nord	1,4 millions	51000	0,6%	21000
Océanie	53000	2900	0,3%	1300
Total	34 millions	2,5 millions	0,8%	1,7 millions

Selon l'Onusida à l'échelle mondiale, 34 millions [31,4 – 35,9 millions] de personnes étaient infectées par le VIH à la fin de l'année 2011. Selon les estimations, 0,8 % des adultes âgés entre 15 et 49 ans dans le monde entier vit avec le VIH bien que les circonstances de l'épidémie qui pèsent sur les pays et les régions continuent de varier considérablement. On compte globalement 2,5 millions de nouvelles infections parmi les adultes et les enfants et 1,7 millions de décès pour la même année. Même si des progrès considérables ont été réalisés à travers la réduction de nouvelle infection, l'Afrique subsaharienne continue de porter le lourd fardeau de l'épidémie qui demeure toujours un problème majeur de santé publique. Près d'1 adulte sur 20 est infecté par le VIH en Afrique subsaharienne et la prévalence régionale de l'infection à VIH est près de 25 fois plus élevée qu'en Asie mais environ 5 millions de personnes sont infectées par le virus dans l'ensemble de l'Asie du Sud, du Sud-Est et de l'Est. Après l'Afrique subsaharienne, les régions les plus fortement touchées sont les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, où 1 % des adultes était infecté par le VIH en 2011.

2.3 L'Épidémiologie du VIH en Afrique subsaharienne

L'épidémie est de type généralisé toutefois avec des écarts importants selon les régions (Afrique australe épice de l'épidémie). Jusqu'en 2011 la prévalence du VIH chez les adultes est de 4,9%, dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans. En 2011, elle compte près de 69 % (23,5 millions) de toutes les personnes infectées par le VIH dans le monde pour une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale. L'Afrique subsaharienne comptait également plus de 1,8 millions de nouvelles infections au VIH en 2011 bien qu'on ait enregistré une baisse notable de ce taux dans cette partie du monde. Le nombre de décès enregistré en cette année a été de 1,2 millions d'individus.

Les femmes subissent toujours l'impact de l'épidémie au VIH de manière disproportionnée, elles représentaient 58% de l'ensemble des personnes infectées au VIH dans la région en 2011. Les 92% des femmes enceintes infectées au VIH dans le monde résidaient en Afrique subsaharienne (onusida 2011, OMS 2011). Des enfants infectés dans le monde, l'Afrique subsaharienne compte en elle-même 90% (3,1 millions) avec 30000 nouvelles infections et 210000 décès. Le VIH sida représente 9% des causes de la mortalité maternelle.

2.4 Rappel sur le VIH/Sida

2.4.1 Historique VIH/Sida

❖ Le Virus de VIH est un rétrovirus à Acide Ribonucléique (ARN) caractérisé par une affinité obligatoire pour les cellules de l'immunité humaine (molécule CD4 des lymphocytes, monocytes-macrophages et les cellules dendritiques) qui vont répliquer le virus en présence d'un corécepteur et entraînant de suite leur suppression et l'infection chronique chez l'hôte. Sa découverte date de 1983 par l'équipe de l'Institut Pasteur en France (Pr F. Barré-Sinoussi, Pr L. Montagnier) or en 1981 une équipe américaine avait déjà décrit le syndrome immunodéficience acquise (Sida). Le VIH serait le Virus du singe (Simian immunodeficiency Virus) passé chez l'Homme vers la fin du XIXe et le début du XXe siècle en Afrique centrale propagé dans le monde grâce à la mondialisation des échanges humains. Les premiers tests dépistage ont été commercialisés en 1985 suivi de l'identification d'un second type du virus et le début du traitement par le AZT en 1986. En 1996 la mise à disposition des inhibiteurs de protéase a révolutionné la prise en charge dans le cadre de la trithérapie et ce n'est qu'en 2000 que l'Afrique pourrait bénéficier de la trithérapie (Bouchau et al. 2011).

2.4.2 Histoire naturelle de l'infection à VIH (Bouchau et al. 2011).

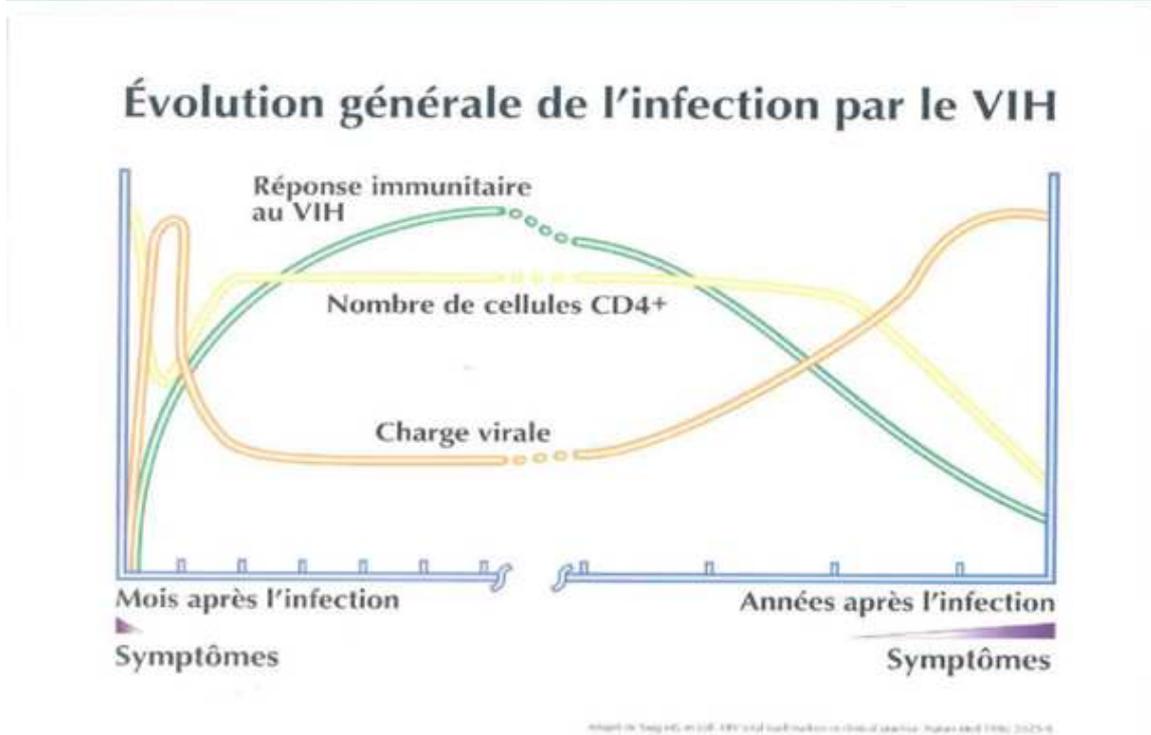


Figure 1 : Evolution naturelle de l'infection à VIH

L'infection à VIH évolue spontanée en 3 phases :

- ❖ Phase de primo-infection

Elle fait suite au premier contact avec le virus et dure de 2 à 6 semaines. La réplication virale est intense : chaque jour, 1 à 10 milliards de nouveaux virus sont produits et autant de lymphocytes CD4 sont détruits. Du fait de l'intensité de la réplication virale, l'infectiosité est maximale, avec un risque de transmission du VIH très élevé et après les 3 premières semaines, des anticorps anti-VIH apparaissent et la sérologie VIH devient positive.
- ❖ Phase chronique de latence clinique, avec séropositivité :

Elle est de durée variable, de 2 ans jusqu'à plus de 15 ans grâce au système immunitaire, la réplication virale est plus faible que pendant la primo-infection, mais elle est continue (pas de latence avec inactivité virologique). L'infection est chronique sans manifestation clinique. La sérologie VIH est positive car les anticorps anti-VIH sont présents à ce stade en quantité suffisante pour être détectés.
- ❖ Phase symptomatique, avec apparition d'Infection Opportuniste (IO)

Elle dure de quelques mois à plusieurs années. La réplication virale est moins freinée par le système immunitaire et, par conséquent s'accroît. Le nombre de lymphocytes CD4 diminue de façon importante car leur production par les organes lymphoïdes ne compense plus la destruction liée à la réplication virale. Le déficit immunitaire s'accroît, ce qui entraîne l'apparition d'IO définissant le stade SIDA de l'infection à VIH.

2.4.3 Dépistage et diagnostic de l'infection à VIH

Le diagnostic de l'infection à VIH passe par un dépistage volontaire mais doit être largement proposé après avoir bien préparé le sujet (conseil dépistage). La confidentialité doit être de mise. Pour des raisons d'ordre légal, un dépistage pourrait être obligatoire : don de sang, parfois demande de visa ou de permis de séjour ou, encore, dans le cas de viols. Le dépistage systématique se fait à l'initiative d'un professionnel de santé lors de tout recours aux soins (consultation, hospitalisation, centre de santé) et à tous les patients, y compris en l'absence de symptômes (stratégie de *l'opt-out*).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini trois stratégies d'utilisation des tests Elisa ou des tests rapides simples qui sont à choisir en fonction de l'objectif du dépistage et de la prévalence de l'infection dans la population testée. Le choix des tests dépend de l'âge du sujet testé ainsi chez l'enfant de plus de 18 mois et l'adulte, le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH se font essentiellement à l'aide des tests sérologiques (tests rapides Elisa, Western Blots). Par contre chez l'enfant de moins de 18 mois, ils font obligatoirement appel aux tests de détection directe du virus [antigène P24, Polymerase Chain Reaction (PCR)].

2.4.4 Traitement de l'infection à VIH (Bouchau et al. 2011)

Les moyens de lutte contre l'infection à VIH reposent d'abord sur la prévention primaire à la modification du comportement par le port du préservatif la fidélité ou l'abstinence. Il existe ensuite des médicaments antirétroviraux répartis en quatre classes dont le but du traitement est de rendre indétectable ou du moins aussi basse que possible la charge plasmatique en ARN viral afin de restaurer le système immunitaire par l'accroissement du taux de CD4.

Le principe du traitement repose sur l'association de trois antirétroviraux de différentes classes pour éviter l'apparition des résistances qui est inévitable en cas de monothérapie mais en cas d'échec de fois on peut recourir à 4 ou 5 antirétroviraux suite à une décision collégiale.

Les principales classes sont :

- les analogues de nucléosides inhibiteurs de la rétro transcriptase (INTI ou NRTI en anglais)
Exemples : désoxythimidine (d4T), la 2'3' didésoxythiacydine (3TC), la FTC et l'abacavir.
- les inhibiteurs non nucléotidiques de la rétro transcriptase (INNT ou NNRTI) dont les principaux sont la Névirapine NVP et l'éfavirenz (EFV).
- les inhibiteurs de la protéase (IP ou PI). Exemples : Saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir, amprenavir, lopinavir, atazanavir, le tripanavir

L'indication du traitement qui doit associer efficacité et tolérance au long court. Idéalement elle dépend du taux de lymphocytes TCD4+ en premier lieu (Intervenir bien avant le taux fatidique de 200/mm³ mais on peut attendre tant qu'on est inférieur ou égal à 350/mm³) et en second lieu de la charge virale (supérieure à 100000 copies d'ARN/ml est de mauvais pronostic) et l'état clinique.

Traitement indiqué au début d'une primo infection symptomatique, en cas d'accident d'exposition au sang contaminé et chez la femme enceinte et le nouveau-né systématique quelque soient les taux de lymphocytes CD4 et de la charge virale. En pratiques les indications sont issues des recommandations des groupes d'experts du domaine à différents niveaux des différentes institutions.

2.4.5 Modes de transmission et facteurs de risque (Bouchau et al. 2011)

Trois modes de transmission possibles :

❖ La transmission par voie sexuelle, lors de rapports sexuels non protégés avec une personne infectée ; C'est le mode de transmission le plus fréquent. La transmission par voie sexuelle est à l'origine de plus de 80 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde et de plus de 90 % en Afrique. Il existe trois principaux facteurs de risque de transmission sexuelle : l'importance de la charge virale dans le sang, l'existence de lésions génitales, surtout si elles sont ulcérées, qui facilitent la pénétration du virus à travers la muqueuse, - la multiplicité des partenaires sexuels, qui augmente le risque de contact avec un partenaire infecté par le VIH. Que ce soit pour un homme ou une femme, le risque de contamination hétérosexuelle augmente avec le temps et en présence de facteurs de risque.

❖ la transmission par voie sanguine, par exposition au sang d'une personne infectée ;

Elle se fait lors des injections de drogue : la toxicomanie intraveineuse expose au risque de transmission sanguine du VIH lorsqu'il y a partage de seringues, d'aiguilles ou de tout autre matériel nécessaire aux injections (coton, cuillère, etc.). Le risque est de l'ordre de 0,67 % en moyenne par contact à risque, plus important que pour un rapport sexuel non protégé. La transmission par transfusion sanguine a aujourd'hui beaucoup diminué grâce au dépistage sérologique systématique du virus chez tous les donateurs de sang.

❖ La transmission de la mère à l'enfant se fait pendant la grossesse, l'accouchement et la période de l'allaitement.

2.5 La transmission du VIH de la mère à l'enfant

La plupart des cas de transmission de la mère à l'enfant sont le fait de femmes initialement contaminées par voie sexuelle. Il existe un risque de contamination plus important de l'homme vers la femme que l'inverse d'où une fréquence globalement plus élevée de l'infection à VIH chez les femmes. Cette situation est à l'origine de l'épidémie pédiatrique lors de la transmission périnatale ou postnatale du virus (Bouchau et al. 2011, Meda 2010).

Cette transmission survient principalement pendant le dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et au cours de l'allaitement au sein. Elle est favorisée par la sévérité de l'infection à VIH chez la mère et par les altérations de l'état du placenta diminuant son effet barrière (infection, rupture prématurée de la poche des eaux...). En l'absence de traitement préventif, le taux de transmission mère-enfant du VIH est de 25 à 50 % parmi les populations qui allaitent et 15 à 30% parmi celles qui n'allaitent pas or le traitement préventif le plus efficace permet de diminuer à moins de 3 % ces taux (Becquet 2007)

Les principaux facteurs de risque de la transmission du virus de mère à l'enfant sont représentés par le tableau suivant :

Tableau 2 : Principaux facteurs de risque de la transmission du virus de mère à l'enfant

Avant l'accouchement	Sévérité de la maladie chez la mère (stade 4 OMS) CD4 bas Charge virale VIH élevée (y compris primo-infection)
Pendant accouchement	Rupture prolongée des membranes Accouchement par voie basse si la charge virale est élevée Durée d'exposition de l'enfant au sang maternel
Après l'accouchement	Allaitement maternel

Les deux premiers trimestres de la grossesse le risque de contamination est quasi nul car le placenta protège efficacement le bébé. Au dernier trimestre le risque de transmission du VIH augmente car le placenta devient un peu moins efficace pour protéger le bébé. Pendant la période de l'accouchement c'est là que se fait l'essentiel de la transmission en revanche les 6 premiers mois d'allaitement le risque est le plus important ensuite le risque diminue mais reste réel.

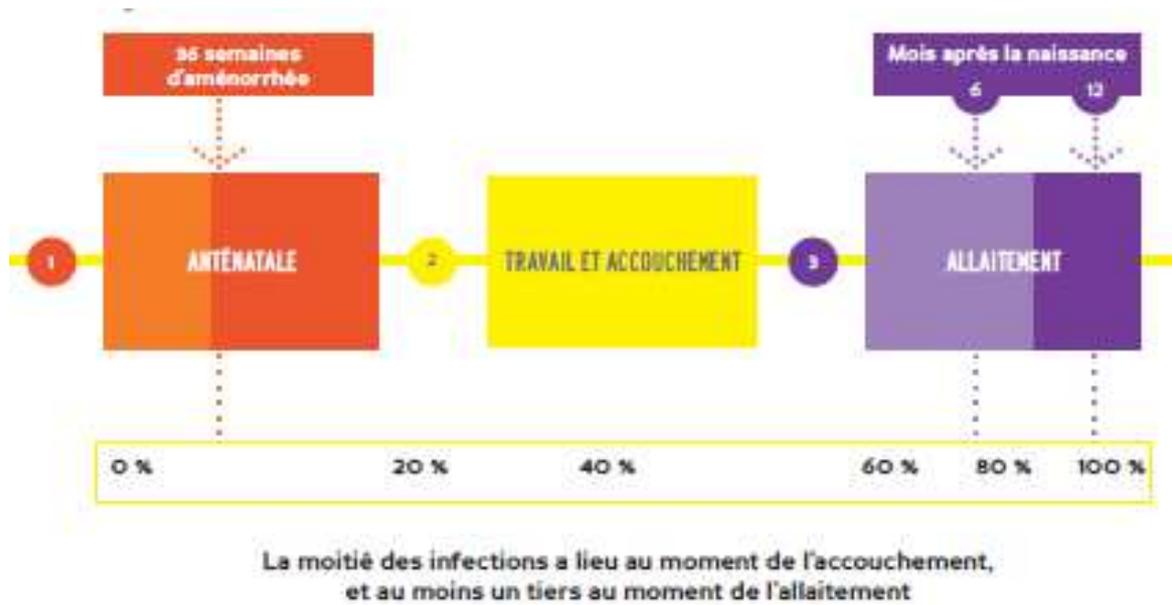


Figure 2 : Moment de la transmission du VIH de mère à l'enfant

La connaissance de ces facteurs de risque de contamination a suscité l'intérêt de recherche de stratégie de prévention de la transmission mère-enfant du VIH à travers des actions programmatiques pour pouvoir en limiter l'impact et assurer le suivi de l'enfant jusqu'à ce que soit connu son statut définitif vis-à-vis de l'infection à VIH.

2.6 Programme de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH

2.6.1 Evolution des programmes PTME dans le monde.

Dès 1994 l'essai franco-américain ACTG-076/ ANRS-024 avait démontré l'efficacité de la zidovudine puisqu'elle avait permis de réduire à 8,2% le taux de transmission de mère à l'enfant du VIH contre 25,5% du placebo (Meda 2010). Cet essai a été le point de départ d'actions programmatiques pour la PTME d'abord dans les pays développés où la prophylaxie à la zidovudine associée à des pratiques obstétricales à moindre risque, à la césarienne et le non allaitement maternel a permis de réduire le taux de transmission. Cependant dans les pays en développement (PED) ce n'est qu'à partir des années 2000 que des stratégies avec des régimes courts ont commencé à émerger timidement pour la PTME. La pratique courante, systématique et prolongée de l'allaitement maternel a été l'une des faiblesses toutefois ces régimes courts utilisant la zidovudine, la lamivudine et la nivérapine seule ou associées en période périnatale ont permis de réduire le risque de moitié. Par exemple avec la nivérapine seule on avait un taux de transmission réduit à 12 %. Avec l'intensification de la recherche, plusieurs possibilités ont évolué et à ce jour il s'agit des régimes maternels protégeant toute la période de l'allaitement avec une combinaison de 3 antirétroviraux débutée au second trimestre de grossesse et

pour les enfants une prophylaxie en périnatal jusqu'à six semaines de vie (Becquet et al. 2007, Meda 2010, onusida 2012, OMS 2006). Toutefois d'autres auteurs trouvent mieux un suivi avec des régimes courts serait plus bénéfique car il permet de réduire le nombre de perdus de vue qui s'observe souvent dans les régimes plus long (Geddes et al. 2011, Milogo 2008). De plus depuis l'année 2012 l'OMS a proposé l'option B+ qui consiste à utiliser en combinaison les trois antirétroviraux quel qu'en soit le nombre de CD4 à vie pour la mère, ce qui a un double avantage pour la mère que pour l'enfant. Toutes ces évolutions positives ont lieu grâce à des engagements sans précédent qui ont été pris par des organisations internationales et les gouvernements nationaux. L'émergence d'initiatives internationales (Fonds Mondial ; 3x5 par l'OMS et l'ONUSIDA, « Présidents Emergency Plan for Aids Relief ») pour combattre le VIH/SIDA a permis de passer des projets pilotes dans plusieurs pays (y compris dans des pays à ressources limitées) à la mise à échelle des programmes et l'élimination à nos jours.

Selon le rapport 2012 de l'Onusida, aujourd'hui, il ya une chute de plus de 50 % des nouvelles infections à VIH dans 25 pays depuis 2001 dont 13 pays sont situés en Afrique subsaharienne, région la plus durement touchée par le VIH. Sur les deux dernières années, on a enregistré une augmentation de 60 % du nombre de personnes ayant accès à un traitement vital. La moitié de la diminution des infections à VIH a été enregistrée chez les enfants. Sur le plan de financement 81 pays ont augmenté leurs investissements nationaux de 50 % et les investissements internationaux ont pu être maintenus à un niveau stable, l'écart entre les fonds disponibles et les fonds nécessaires annuellement d'ici à 2015 a été ramené à 30 %. Le rythme des progrès s'accélère, ce qui prenait une décennie auparavant peut maintenant être réalisé en 24 mois seulement.

2.6.2 Défis et objectif mondial (OMS Afro 2011, OMS 11, onusida 2011)

« Il est primordial de stopper les nouvelles infections à VIH. Nous devons atteindre une étape de transition dans laquelle le nombre de personnes nouvellement infectées sera inférieur au nombre de personnes mises sous traitement. Pour y parvenir, il faudra mettre en place des actions décisives régies par une vision totalement novatrice : Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida ». Tel est le grand défi mondial de l'heure à relever d'ici 2015 sous le leadership de l'Onusida et de l'OMS et d'autres organisations internationales d'où le plan mondial d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon de 2015 et le maintien de leur mère à vie. Ce plan a pour objectif mondial :

D'accélérer les progrès réalisés pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants d'ici 2015 et maintenir leur mère en vie.

Objectif mondial 1 : Réduire de 90% le nombre de nouvelles infections à VIH pendant l'enfance

Objectif mondial 2 : Réduire de 50% le nombre de décès maternel liés au VIH.

- ❖ Recommandation de l'OMS pour le traitement antirétroviral chez les femmes enceintes et la prophylaxie des nourrissons exposés :

Tableau 3 : Options pour la PTME

	La femme reçoit		L'enfant reçoit
	Un traitement (si le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm ³)	Une prophylaxie (si le nombre de CD4 est > 350 cellules/mm ³)	
Option A	Trois ARV commencés sitôt le diagnostic posé, poursuivis toute la vie	<p>Avant l'accouchement : AZT dès la 14^{ème} semaine de grossesse</p> <p>Pendant l'accouchement : au début du travail, NVP en dose unique et première dose d'AZT/3TC</p> <p>Post-partum : AZT/3TC tous les jours pendant 7 jours post-partum</p>	NVP tous les jours depuis la naissance jusqu'à 1 semaine après l'arrêt de tout allaitement au sein ; en l'absence d'allaitement au sein ou si la mère est sous traitement, jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines
	ARV identiques au début dans les deux cas		
Option B	Trois ARV commencés sitôt le diagnostic posé, poursuivis toute la vie	Trois ARV commencés dès la 14 ^{ème} semaine de grossesse et continués pendant l'accouchement jusqu'à la naissance de l'enfant en l'absence d'allaitement au sein ou jusqu'à 1 semaine après l'arrêt de tout allaitement au sein	NVP ou AZT tous les jours depuis la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson
	ARV identiques pour le traitement et la prophylaxie		
Option B+	Quel que soit le nombre de CD4, trois ARV commencés sitôt le diagnostic posé poursuivis toute la vie		NVP ou AZT tous les jours depuis la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson

2.6.3 Programme PTME en RCA

❖ Cadre institutionnel, réglementation et législation

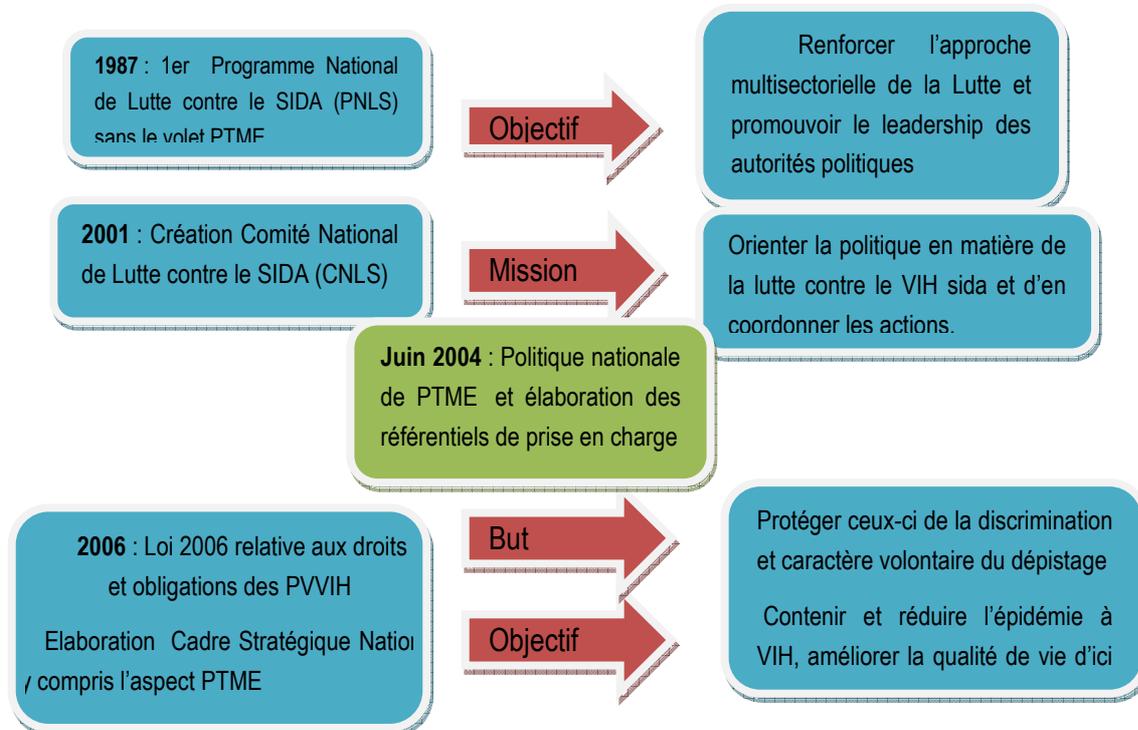


Figure 3 : Repère Cadre institutionnel, réglementation et législation autour du VIH

Le cadre stratégique national de lutte contre le SIDA a été élaboré pour la période 2006-2010 la vision était que d'ici 2010, l'objectif était de stabiliser puis de réduire la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale d'ici à 2010. Ce plan stratégique comprend 3 axes :

- Intensification de la prévention pour réduire la transmission de l'infection à VIH ;
- Amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA ;
- le renforcement de la coordination, du partenariat et du suivi - évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA.

C'est dans le cadre du premier axe que s'inscrit la mise en œuvre du programme de la PTME en RCA couvrant la période de 2006-2011.

❖ **Structures de mise en œuvre et de coordination :**

La Direction de Lutte contre le SIDA assure la gestion et la coordination du programme PTME, le Complexe Pédiatrique de Bangui en assure les activités de soins de référence nationale. Le mécanisme intersectoriel de coordination est mis en place et est fonctionnel à travers la tenue régulière de la réunion trimestrielle du comité de pilotage.

Le cadre conceptuel de la PTME est basé sur une approche intégrée utilisant le modèle district et de ce fait elle intégrée dans les services de santé (Poste de Santé, Centre de Santé, Hôpital de District, Hôpital Régional Hôpital Central) destinés à offrir un paquet complet de services (suivi pendant la grossesse et accouchement, suivi de la mère et du nouveau-né, soutien aux femmes séropositives, leurs enfants et leurs familles).

❖ **Orientation stratégiques de PTME en RCA**

Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer : Concerne l'information, l'éducation des femmes, des hommes et des jeunes sur la maladie, le conseil et dépistage sur le VIH, la promotion de l'accès aux préservatifs, le dépistage et le traitement des IST, le renforcement de la position de la femme dans la société, l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la fréquentation des services SR/SRAJ.

Prévention des grossesses non désirées : Il s'agit du renforcement du planning familial pour prévenir les grossesses non désirées chez les séropositives, retarder les grossesses ultérieures.

Prévention de la transmission d'une femme séropositive à son enfant : Cette composante permet de suivre la femme enceinte séropositive depuis le début de la grossesse jusqu'en post-partum. Elle prend en compte les Interventions spécifiques pour la PTME qui prennent en compte : le traitement et la prophylaxie antirétroviraux pour la prévention. La prise en charge anténatale de la femme infectée par le VIH et de celle dont le statut sérologique n'est pas connue. Les soins postpartum immédiats pour la femme infectée par le VIH et de celle dont le statut sérologique n'est pas connu et les premiers soins pour le nouveau-né exposé au VIH et de celui dont le statut VIH n'est pas connu.

Soins, traitements et soutien pour les femmes, leurs enfants et leurs familles : Cette composante vise à développer la prise en charge pédiatrique (diagnostic, traitement et suivi des enfants séropositifs), à faire de la PTME la porte d'entrée pour les soins ARV/VIH, à assurer la prévention, le traitement des infections opportunistes, les soins palliatifs et autres (soutien alimentaire et psychologique). Cette composante vise enfin le renforcement de l'implication des partenaires et de la communauté dans la mise en œuvre des activités de la PTME et prise en charge pédiatrique.

3. CADRE D'ETUDE ET METHODES

3.1 Cadre de l'étude

3.1.1 La République Centrafricaine

❖ Contexte physique, démographique et sociopolitique

La République Centrafricaine est un pays enclavé, situé au cœur du continent africain, elle s'étend sur 622.894 Km². Elle est limitée avec le Tchad au Nord, le Soudan et le Soudan du Sud à l'Est, le Cameroun à l'Ouest et, au Sud, avec la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Sur le plan administratif, la RCA est divisée en sept (07) Régions, seize (16) Préfectures, huit (08) arrondissements de la ville de Bangui, Soixante Douze (72) Sous-préfectures, deux (02) Postes de Contrôle Administratif, 175 Communes urbaines et rurales et Huit Mille Deux Cent Quatre Vingt Quatorze (8294) villages.

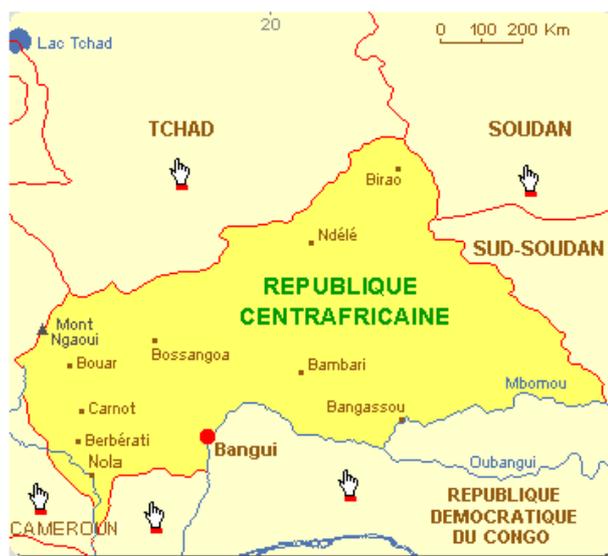


Figure 4 : Carte de la République centrafricaine

Selon la projection du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003 (RGPH), la République Centrafricaine compte 5.057.208 habitants en 2012 avec une densité de 8,1 habitants au Km² et un taux d'accroissement naturel de 2,73%. La majorité de la population est rurale (61%). La population est jeune représentant ainsi la base de la pyramide des âges, ceux de 0 à 15 ans représentent plus de 50% de la population générale. La population féminine représente 50,2% de la population générale, les femmes en âge de procréer représentent 24,1% de la population totale et les femmes enceintes 4%. Les naissances attendues chaque année sont de l'ordre de 36, 13 ; 39,1 pour mille et les naissances vivantes 3,5%. Selon le RGPH 2003 toujours l'indice synthétique de fécondité est de 4,57.

La RCA est un pays pauvre qui depuis vingt ans connaît des troubles militaro-politiques récurrents, selon le rapport sur le développement humain en 2011 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) elle est classée 179ème sur 187 pays (Indice de Développement Humain = 0,343). Par ailleurs, le pays possède de multiples ressources minières notamment: du diamant, de l'or et de l'uranium, du fer, du calcaire, du pétrole dont la plupart demeure inexploitée. L'espérance de vie à la naissance 50,48 ans est de 49,23 ans pour les hommes et 51,76 ans pour les femmes (Observatoire de la santé Mondiale 2009). Selon l'enquête MICS 4 2010 les taux d'alphabétisation chez les jeunes sont de l'ordre de 27,4% chez les femmes et 51,1% chez les hommes. La dépense de santé représente 4% du PIB national, elle est de a été de 18 dollars us par habitant.

❖ Politique et système de santé

La politique de santé du pays est fondée sur les soins de santé primaires (SSP) et implique la participation de la communauté au financement des soins. Les grandes lignes de cette politique sont traduites dans le document stratégique national : le PNDS couvrant la période 2006-2015. L'objectif de ce plan est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations centrafricaines, en particulier les couches les plus vulnérables (couple mère-enfant). Toute intervention dans le domaine de la santé devant alors s'inscrire dans ce plan, c'est ainsi que plusieurs programmes de santé ont été élaborés par le Ministère entre autres le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH en 2002, le Programme de prévention de la transmission Parent-Enfant (PTPE) en projet pilote en 2003.

L'organisation du système de santé en République Centrafricaine est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique suivant l'architecture adoptée par le 35ème Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique à LUSAKA en 1985. Le niveau central est chargé de concevoir, élaborer et appliquer la politique de santé publique, de la population et du VIH/SIDA. Ce niveau renferme le cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Population et certains services centraux et institutions : les Hôpitaux centraux (2), le Centre National Hospitalo-universitaire de la Faculté des sciences de la santé, le complexe pédiatrique, le Laboratoire National de Biologie et de Santé Publique, le Centre National de la Transfusion Sanguine, le Centre National de référence des Maladies Sexuellement Transmissibles, l'office national de cession des médicaments essentiel. Le niveau intermédiaire comprend sept Régions Sanitaires correspondant aux régions administratives du pays. Coordonné par la Direction de Cabinet, ce niveau a pour mission de servir de relais entre l'autorité centrale et le niveau périphérique. Le niveau intermédiaire comprend les Directions régionales sanitaires avec leurs différents services et cinq Hôpitaux Régionaux Universitaires. Le niveau périphérique est composé de 16 préfectures sanitaires (les préfectures sanitaires des Régions 1 et 6 sont subdivisées en Districts sanitaires) et de 8 circonscriptions sanitaires de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. C'est le niveau opérationnel du système de santé chargé de la mise œuvre des activités de manière intégrée. Il renferme l'Equipe cadre de la préfecture sanitaire, les Hôpitaux préfectoraux et le réseau des centres de santé et celui des postes de santé.

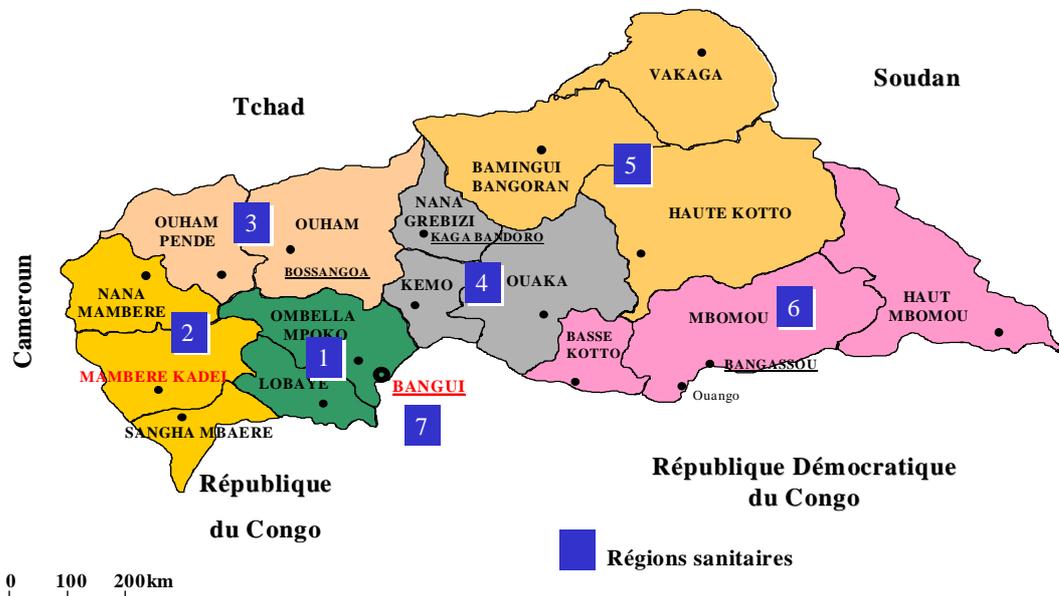


Figure 5 : Carte de découpage en Région sanitaire de la RCA

S'agissant des ressources humaines qualifiées du secteur, on enregistre environ à 1 médecin pour 10.000 habitants et 140 sages femmes ou infirmiers accoucheurs pour 10.000 habitants dont la majorité de ce personnel travaille en milieu urbain. Le secteur de la Santé bénéficie du financement public représentant plus de 85% sous forme de subventions et de prêts par les partenaires et Organisations Non Gouvernementales Internationales: Union Européenne, Banque africaine de développement, IDA, France/AFD, Japon, Chine, Egypte, Allemagne, Suisse COOPI, MSF Espagne, CICR, OXFAM-QUEBEC, Amis d'Afrique, Croix Rouge Française etc. Les collectivités, les communautés par le recouvrement de coûts et l'approche participative sous forme de contribution financière ou de main d'œuvre et le secteur privé constitué de cabinets médicaux et une clinique privée.

Concernant les médicaments, consommables et fournitures essentielles, il existe une politique nationale pharmaceutique fondée sur la consommation des Médicaments Essentiels Génériques (MEG). Selon la réglementation pharmaceutique, les établissements pharmaceutiques privés et publics sont chargés de l'approvisionnement alors que la Direction de la Pharmacie et du Médicament qui est le point focal doit en assurer le contrôle qualité et la supervision. Au niveau du secteur public l'Unité de Cession des Médicaments est un office étatique chargé d'assurer l'acquisition et la distribution des médicaments et autres consommables dans tout le pays à travers des dépôts régionaux et préfectoraux.

3.1.2 Le Centre Maternel et Infantile sur le Sida (CMIS) de du CHU Sainte Justine de Montréal

L'Hôpital Sainte-Justine a été créée en 1907 par sa mission, ses valeurs et sa structure il est devenu en un siècle le plus grand centre mère et enfant au Canada et le deuxième en Amérique du Nord. A ce titre il est le lieu privilégié pour recevoir les familles infectées. Le concept de l'Unité Hospitalière de Recherche d'Enseignement et de Soins du Sida (UHRESS) développé conséquemment en 1988 après l'avènement du VIH a été à l'origine du CMIS qu'il abrite. Le CMIS a pour vocation de prévenir la transmission VIH de la mère à son enfant. Les premiers cas d'enfants infectés par le VIH ont été suivis à l'Hôpital Sainte Justine (HSJ) du Montréal en 1981 puis deux ans plus tard au sein du CHUSJ a été établie pour la première fois la transmission de la mère à l'enfant du VIH en 1983.

Le concept de l'UHRESS de l'HSJ pour la prise en charge de l'infection à VIH est centré sur la famille, Orienté vers les soins ambulatoires intégrant la recherche l'enseignement et souscrit à une démarche multidisciplinaire. C'est à l'intérieur d'une unité hospitalière que convergent et s'intègrent différents programmes de recherche, d'enseignement et de soins du sida où interviennent des acteurs sociaux, communautaires et des professionnels de la santé.

L'équipe multidisciplinaire à l'intérieur du CMIS est composée de deux co-directeurs s'impliquant dans la clinique, d'une assistante, de quatre médecins (gynécologue obstétricien, pédiatres infectiologues), deux infirmières dont une s'occupe de la clinique pour les femmes enceintes et l'autre de la clinique pédiatrique. Il y a une pharmacienne, une nutritionniste, trois travailleurs sociaux, une psychologue, une physiothérapeute, une ergothérapeute, une secrétaire, un chercheur et des chercheurs associés au Centre Hospitalier et Universitaire Sainte Justine (CHUSJ), une infirmière de recherche et des assistants de recherche.

Les interventions offertes à la femme enceinte sont :

Un suivi gynécologique et obstétrical, une prise en charge biomédicale dont un suivi immunologique, nutritionnel, psychologique et social, un suivi du développement foetal et l'accès à différents essais cliniques.

Les interventions pour le nouveau né:

Le diagnostic précoce de l'infection au VIH par PCR. Un suivi biomédical à tous les mois incluant un suivi clinique, immunologique, nutritionnel, psychomoteur et neuro-développemental. L'enfant a également accès à différents essais cliniques et à une approche thérapeutique par les antirétroviraux.

Les interventions offertes à la famille infectée sont d'ordre biomédical et psychosocial.

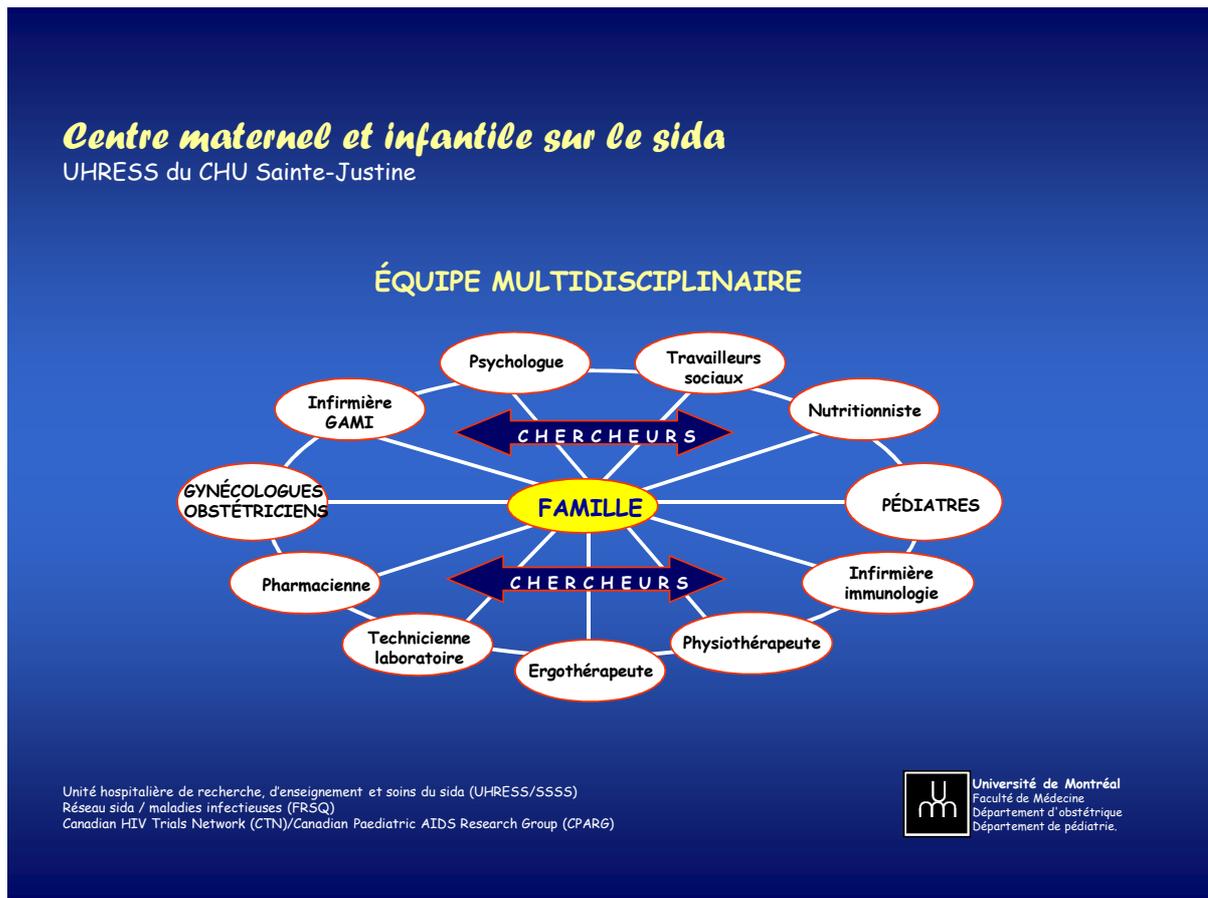


Figure 6 : Organisation de l'équipe multidisciplinaire du CMIS

Le CMIS également accueille de stagiaires de tous les secteurs cliniques et forme des étudiants du 2e et 3e cycle universitaire. Au niveau National le CMIS assure le Programme de mentorat (infirmières), forme les médecins et des équipes multidisciplinaires. A l'International le CMIS offre des Stages d'intégration (Espagne, Autriche, Haïti, Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire) Depuis 1988 le CMIS a participé à 52 projets de recherche avec un octroi de 7.86M \$ / 4.01M \$ chercheur principal. Plus de 77 publications dont 3 soumis et 2 en préparation. Quatre vingt dix abstracts publiés, 18 livres et chapitres, 226 présentations et 34 autres sans comité.

La gestion le CMIS appuie le fonctionnement de réseaux Réseau SIDA-MI FRSQ et a mis en place le programme québécois de dépistage du VIH auprès des femmes enceintes (MSSS) et collabore avec le CLSC St-Michel et groupe communautaire (GAP-VIES).

Suite à l'expertise développée au cours des années dans le domaine de la prise en charge du VIH et de la recherche d'importantes responsabilités sur le plan scientifique et stratégique ont été confiées sur le tant national qu'international au dirigeant du CMIS entre autres la présidence du Comité consultatif SIDA / Ministre de la santé, Ottawa; Comité d'experts MSSS prise en charge des patients infectés traitements antirétroviraux Dépistage du VIH, des Consultations à l'OMS pour le Développement des stratégies pour les pays à faibles ressources.

3.2 Type et période de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive analytique et comparative couvrant d'une part la période 2003 où l'intervention de PTME a débuté en RCA jusqu'en 2011 et d'autre part de 1989 à 2011 période des activités du CMIS.

3.3 Population d'étude

La population étudiée était constituée de femmes enceintes et les enfants de moins de 18 mois enrôlés régulièrement dans le programme de PTME en RCA et au CMIS.

3.4 Collecte des données et déroulement de l'étude

Pour la réalisation de l'étude, les données ont été collectées dans la période de Mai à Septembre 2012. Celles-ci ont été collectées à l'aide d'une fiche préétablie qui oriente la nature des données à collecter. Elles portent sur les actions politiques en faveur de la PTME (cadre juridique et existence des politiques en matière de la PTME ; implication de la communauté (homme, famille, population), la capacité humaine (formation fiabilité, qualité, confidentialité...), la capacité financière, la capacité fonctionnelle (infrastructure, pharmacie, laboratoire et divers approvisionnement), la capacité d'atteindre la cible (IEC) et la collecte des indicateurs de l'offre et d'utilisation des services de PTME. Les données collectées au niveau national ont leurs sources dans les documents stratégiques en vigueur, il s'agit de la Politique Nationale de Santé, le PNDS, le cadre stratégique national de la lutte contre le VIH Sida, les rapports validés des interventions relatives au VIH et PTME, des lois et autres textes réglementaires. Ces données nous ont permis de répertorier les expériences de la RCA en matière de la PTME.

Dans le cadre de notre étude, nous avons effectué un stage de dix semaines au CMIS du Centre Hospitalier et Universitaire Sainte Justine (CHUSJ) de l'Université de Montréal du 07 mai au 20 juillet 2012. Le but étant d'assurer l'application, la pratique de l'enseignement donné à l'Université en vue de renforcer les connaissances, de développer le savoir faire et le savoir être, d'être préparé a de nouvelles responsabilités professionnelles et de contribuer à l'élaboration du mémoire de fin d'étude. Ainsi lors du stage nous avons participé aux différentes activités du CMIS : consultation femmes enceintes infectées, suivi couple mère enfant, réunion hebdomadaire et entretiens avec les différents membres de l'équipe multidisciplinaire de prise en charge pour s'imprégner de leur apport spécifique et leur interaction. Nous avons participé à des présentations scientifiques par visioconférence sur la problématique des enfants exposés au VIH mais non infectés ; la prise en charge psycho social du couple sérodiscordant. Enfin des séances d'encadrement continu par notre encadreur autour du thème de mémoire retenu. Ce stage nous a permis d'étudier la structure, le fonctionnement et les résultats du programme de prévention de la transmission du VIH périnatale du Centre Maternel et Infantile sur le

Sida du CHU Sainte Justine de Montréal afin de les adapter en tenant compte des réalités et limites du système de santé de la RCA en ce qui concerne l'organisation de service de PTME. Le développement et l'articulation d'un modèle multidisciplinaire de prise en charge, la recherche ; l'intégration communauté avec un pouvoir décisionnel ; la prise en charge centrée sur la famille ont été les acquis de l'expérience du CMIS. L'organisation de telle structure a permis au CMIS de réduire le taux de transmission du VIH mère-enfant qui est passé de 30% sans intervention à quasiment nul en 2011.

Une revue documentaire orientée vers la collecte et l'utilisation des données à base factuelle ayant leurs sources dans des documents de référence validés sur le plan national et international par des groupes d'experts en matière de prévention VIH a été faite. Il s'agit des documents stratégiques, guides, directives, protocoles et manuels pertinents en matière de la prévention du VIH de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'onusida, de l'Unicef, du Programme des Nations Unies pour le Développement ont été exploités ainsi que des ouvrages généraux, des revues scientifiques, des articles, des monographies ont aussi été exploités à cette fin. Cette revue, associée aux acquis du stage ont permis d'analyser la situation de PTME, d'en dégager les forces et limites et de proposer un type d'intervention de PTME pour la préfecture de l'Ouham.

3.5 Limites du travail

Nous n'avons pas pu avoir des entretiens avec les membres des Associations Communautaires œuvrant dans le cadre de la PTME à Montréal compte tenu de la période des vacances d'été. Nous nous sommes confronté aussi aux difficultés de la disponibilité et de la complétude de certaines données en RCA liées au dysfonctionnement du système d'information sanitaire surtout pour la période 2001-2005. Nous aurions pu également interviewer les bénéficiaires que sont les femmes enceintes et ou accouchées voir la communauté en vu de recueillir leur perception et satisfaction des interventions du PTME en RCA mais les moyens financiers ont fait défaut.

4. RESULTATS

Les résultats présentés ici sont issus des données collectées d'une part des documents stratégiques de la RCA, des rapports d'activités et d'autre part dans des rapports d'Enquête MICS 4 et EDS.

4.1 Profil épidémiologique de la RCA

4.1.1 Prévalence du VIH au niveau national

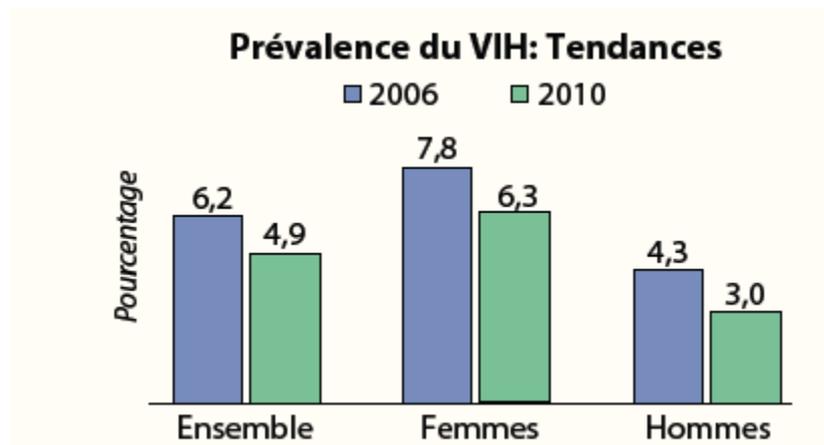


Figure 7 : Prévalence du VIH au niveau national tendance en 2006 et 2010 (MICS 4)

Les résultats montrent que 4,9 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Les taux de séroprévalence chez les femmes et chez les hommes de 15-49 ans, sont estimés respectivement à 6,3% et 3%. La prévalence nationale bien que toujours élevée est en légère baisse entre 2006 et 2010.

4.1.2 Prévalence du VIH par préfecture

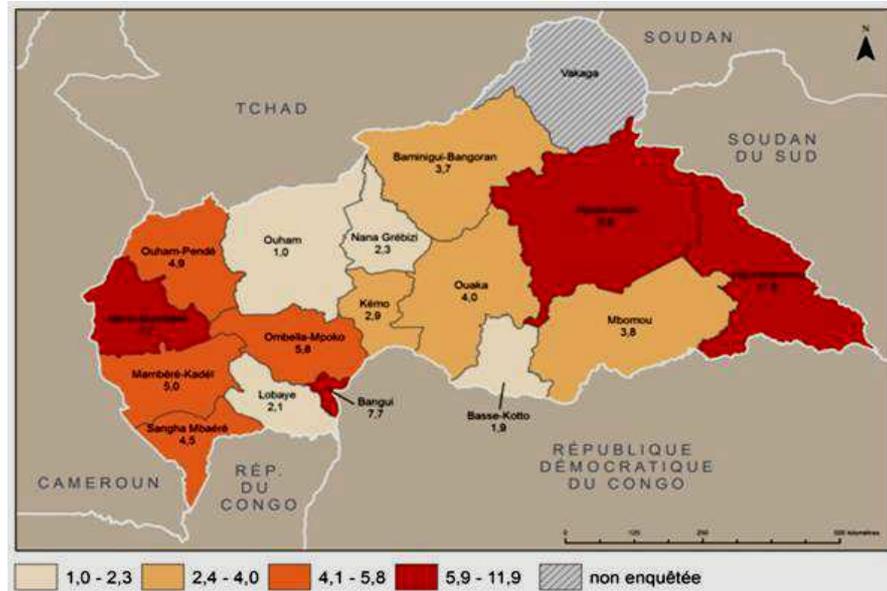


Figure 8 : Répartition de la prévalence du VIH par préfecture de la RCA (MICS 4 2010)

L'épidémie du VIH est donc de type généralisé en RCA. La prévalence du VIH les 15-49 ans varie de 1,0% à 11,9%

4.1.3 Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le genre

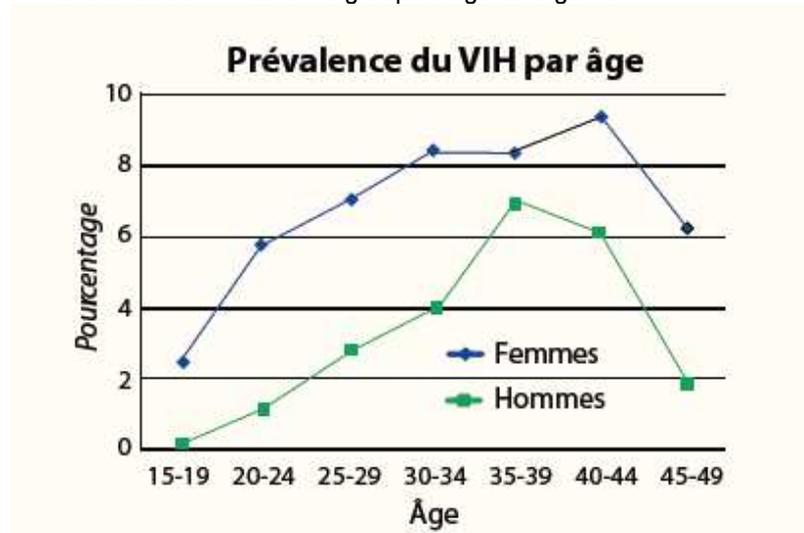


Figure 9 : Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe en 2010 (MICS 4)

Les femmes sont infectées à un âge plus jeune que les hommes. Quel que soit le sexe, la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 9,2 % à 40-44 ans chez les femmes et 6,9 % à 35-39 ans chez les hommes. La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 2,8% avec 4,2% chez les femmes et 0,7% chez les hommes.

4.1.4 Profil du couple mère-enfant par rapport à l'épidémie au VIH

❖ **Situation actuelle de l'épidémie****Tableau 4** : Estimations des indicateurs liés au VIH chez le couple mère- enfant

Indicateurs	estimations
Prévalence du VIH chez la femme	6,3 %
Ratio Homme femme de l'infection à VIH	1/6
Taux de séropositivité du VIH chez la femme enceinte en CPN	4,83 %
Nombre d'enfants infectés par le VIH	20000
proportion d'enfants parmi les personnes vivant avec le VIH.	15,38%

La femme est plus infectée au VIH que l'homme, 6 femmes sont infectées pour un homme dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Les enfants de moins de 15 ans représentent 15,38% des sujets infectés.

❖ **Transmission du VIH de la mère à l'enfant****Tableau 5** : Evolution de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Année	Protocole ARV utilisé	Taux de transmission du VIH mère-enfant
Avant 2003	Sans intervention	35 %
A partir 2003	Zidovudine (NVP) chez la mère pendant le travail et une dose de nivérapine chez le nouveau-né	17,39%
A partir 2011	Chez la mère : AZT à partir 28ème semaine. NVP dose unique + AZT/ Lamivudine (3TC) Chez le nouveau-né : NVP dose unique plus AZT x 7 jours	12 %

La première intervention pilote a permis de réduire le taux de transmission de moitié avec la monothérapie de court régime, ensuite dix ans plus tard avec la multi thérapie à régime long la réduction est de 35,28%

4.2 Accès aux services de prise en charge.

4.2.1 Quelques indicateurs de santé maternelle et infantile

Tableau 6 : Estimations de quelques indicateurs de santé maternelle et infantile

Indicateurs	Estimations
Taux de fécondité adolescente	229‰
Taux prévalence contraceptive	22,9%
Connaissance sur PTME	50,5%
Couverture CPN 1	65%
Couverture CPN 4	38%
Couverture accouchement assisté par du personnel qualifié	54%
Proportion de femmes pratiquant un allaitement maternel exclusif, jusqu'à 6 mois	34%
Proportion de femmes pratiquant un allaitement > 1an	89 %
Proportion de femmes faisant un allaitement mixte ou utilisant une alimentation de substitution.	59%
Nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH et qui accouchent chaque année	9551

Le taux de fécondité est élevée chez les adolescentes et la prévalence contraceptive est très faible, une femme sur cinq seulement pratique la contraception. La moitié des femmes en âge de procréer ont peu de connaissance sur la PTME. Une femme enceinte sur trois ne se rend pas à la première CPN, les deux autres qui s'y rendent ne reviennent plus aux rendez vous suivants et finalement une seule poursuit son suivi jusqu'à la quatrième consultation. L'allaitement maternel est de pratique courante pour la majorité des femmes en RCA et ce jusqu'au moins à l'âge d'au moins un an.

4.2.2 Offre du Conseil Dépistage du VIH (CDV)

❖ Situation en 2011 de formation sanitaire (FOSA) offrant le CDV

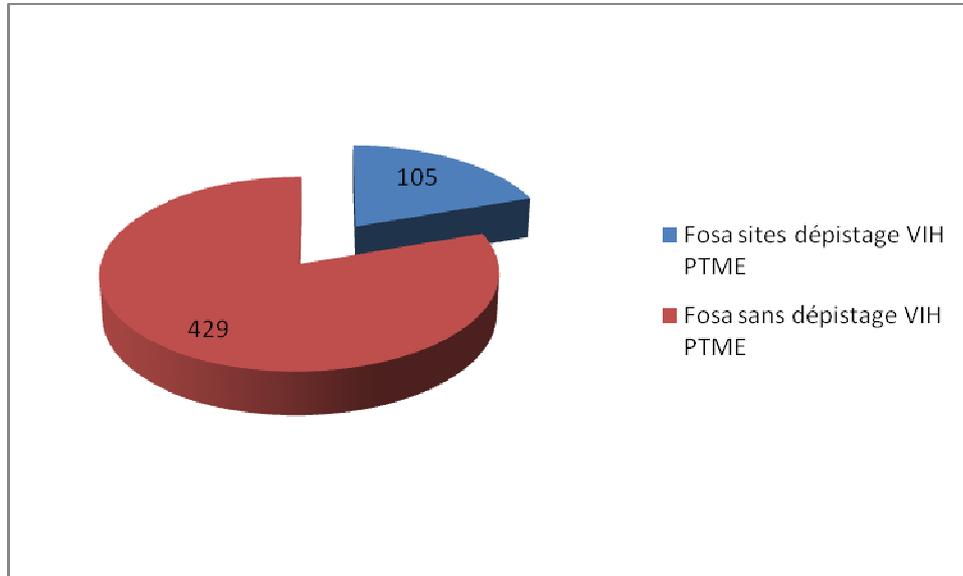
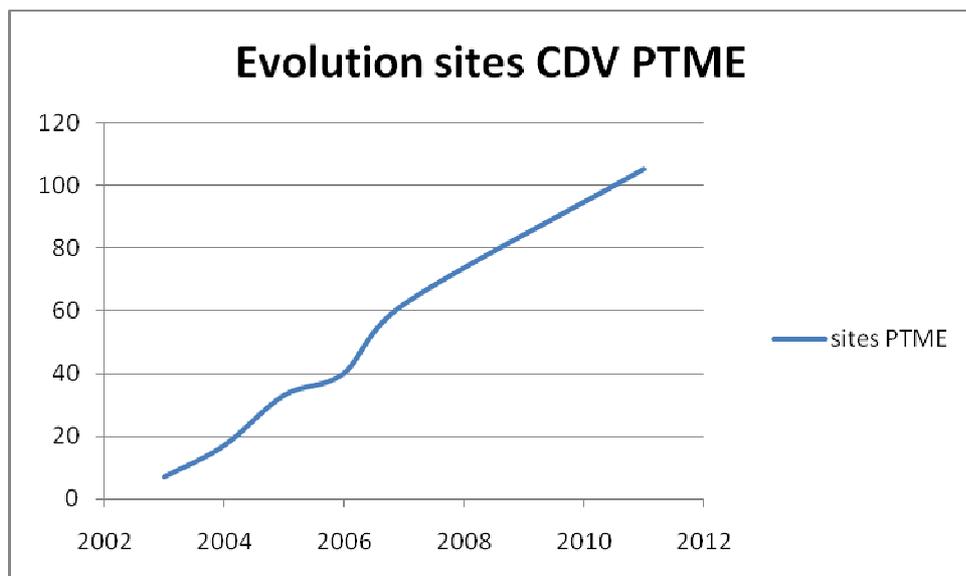


Figure 10 : Proportion des FOSA offrant le Conseil Dépistage du VIH

L'offre du conseil dépistage du VIH au cours de la consultation prénatale et ou lors de l'accouchement reste très faible à 19,7 % de couverture soit 1 FOSA sur 5 mène cette activité.

❖ Evolution des sites offrant le CDV



➤ **Figure 11** : Evolution des sites offrant le CDV de 2003 à 2011

De 2003 à 2011 l'offre de CDV s'accroît de 7 à 105 même si cela ne couvre pas le besoin actuel du pays

4.2.3 Utilisation des services CDV

❖ Situation en 2011 de l'utilisation par les femmes enceintes

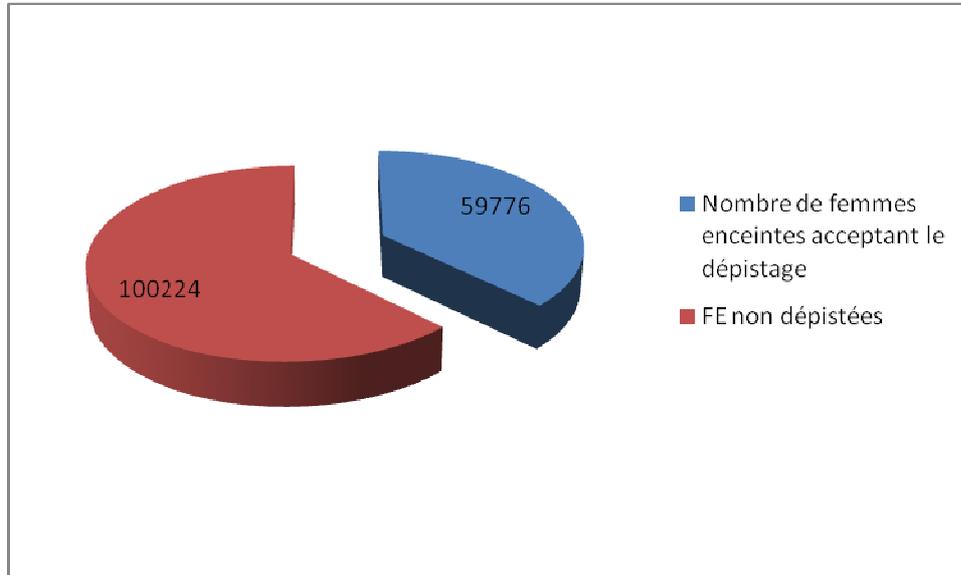


Figure 12 : Proportion des femmes enceintes dépistées en 2010

En 2010, le nombre total de femmes enceintes ayant accepté le dépistage du VIH a été de 59.776 sur un total de 160.000 grossesses attendues, soit 37,4%.

❖ Evolution de l'utilisation des services par les femmes enceintes

Tableau 7 : Evolution de la proportion des femmes enceintes dépistées ayant retiré leur résultat

Années	2004	2006	2007	2010
Nombre des femmes enceintes dépistées		15480	25 517	34138
Nombre des femmes enceintes dépistées ayant retiré leur résultat		9065	14.682	59776
Proportion des femmes enceintes dépistées	83,96%	58,55%	57,5%	57,1%

Près de d'un tiers des femmes enceintes dépistées ne partent plus retirer leur résultat cette situation reflète de très près la couverture CPN. Elles ne reviennent plus au suivi ultérieur et donc leur résultat reste au niveau du service.

4.2.4 Couverture antirétrovirale

❖ Couverture antirétrovirale en 2011

Tableau 8 : Couverture en antirétrovirale thérapeutique et prophylactique chez le couple mère-enfant

Indicateurs		Estimations
Mère	Couverture ARV chez la femme enceinte pour PTME	48%
	Pourcentage des femmes enceintes recevant ARV pour PTME	93%
Enfant	Nombre d'enfants vivant avec le VIH, qui ont besoin d'un traitement et reçoivent un traitement	825 (7%)
	Nombre d'enfants vivant avec le VIH et qui ont besoin d'un traitement	11000 (93%)

Plus de la moitié des femmes enceintes n'ont pas accès aux antirétroviraux prophylactiques pour la PTME et la majorité des enfants infectés conséquemment n'ont pas accès non plus aux ARV thérapeutiques.

❖ Evolution de la couverture ARV jusqu'en 2011

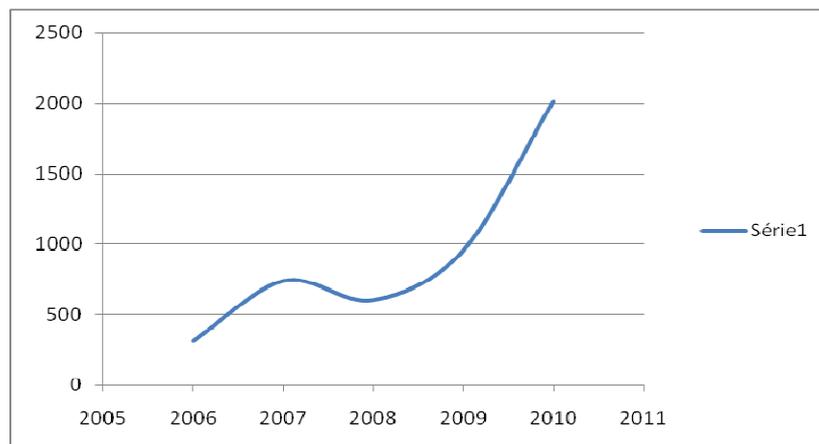


Figure 13 : Evolution du nombre des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV dans le cadre de la PTME de 2006 à 2010

De plus en plus des femmes enceintes dépistées séropositives reçoivent des ARV dans le cadre de la PTME leur proportion a été de 16,0% en 2006 et en nette augmentation 77,13 % en 2010.

❖ Répartition de la couverture ARV prophylactique en 2011 par région sanitaire

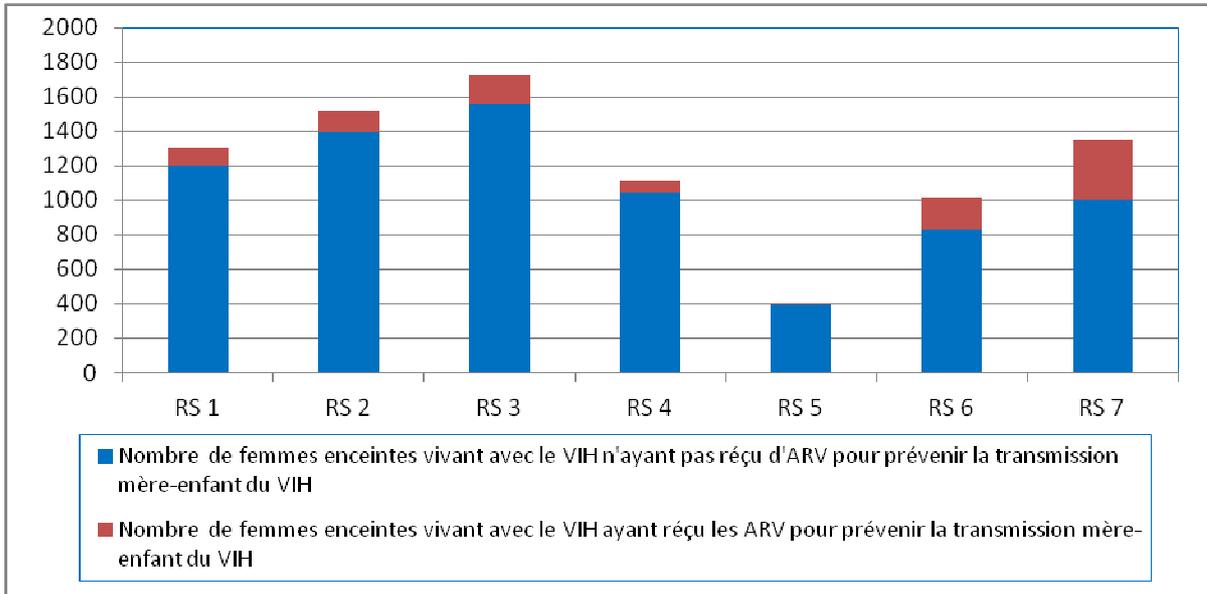


Figure 14 : Répartition du nombre des femmes enceintes ayant accès à la thérapie antirétrovirale prophylactique par région sanitaire en 2010

L'accès des femmes enceintes infectées au VIH à la thérapie antirétrovirale prophylactique est non seulement très faible mais aussi celles vivant dans la capitale qui est la région sanitaire n°7 reçoivent plus de traitement que celles des autres régions en milieu rural.

4.3 Financement du VIH y compris PTME

Tableau 9: Evolution du financement du VIH y compris PTME de 2009 à 2011

	2009	2010	2011
Financement total Dollar US	2.973.164	2.620.983	2.307.882
Sources			
SNU*	12%	14%	4%
Etat	4%	4%	17%
Prêts	28%	19%	4%
Bilatéraux	14%	9%	68%
Multilatéraux	42%	54%	7%

SNU* : système des Nations Unies

Le financement du VIH y compris PTME est en baisse légère depuis 2009, la part de la RCA est faible plus de 85% du financement proviennent de l'aide extérieure.

4.4 Difficultés et forces des différentes interventions

Tableau : 10 : Difficultés et forces des différentes interventions

Interventions	Forces	Faiblesses
2001-2003 phase de projet pilote PTME dans 3 maternités de la capitale	Projet pilote avec soutien sans limite des partenaires	Non implication des hommes
	engagement politique	Faible financement de la part Etat
1 ^{er} Programme de PTME mis en place en 2004	Existence de cadre juridique	Faible performance du système d'information sanitaire
	L'engagement des partenaires	difficultés dans l'opérationnalisation du modèle district
Et	Existence de cadre institutionnel de mise en œuvre	faible performance du système d'information sanitaire
	Existence de groupe de soutien	Personnel insuffisant en qualité et quantité
Programme de passage à partir de 2008		Faible participation communautaire
		Disponibilité limitée des ARV et réactifs et autres intrants
		Objectif non atteint

Les différents programmes de PTME mis en place connaissent les mêmes difficultés ce qui compromet toujours l'atteinte des objectifs fixés pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

5. DISCUSSION

Face à l'ampleur de l'épidémie pédiatrique au VIH en RCA il était question de voir s'il est possible de mettre en œuvre une intervention cohérente de PTME qui puisse répondre aux attentes de l'heure dans un contexte où l'élimination du VIH pédiatrique est envisagée d'ici 2015. Les résultats présentés sont discutés ici autour de l'accès aux soins de PTME en termes de disponibilité des services, de la couverture en ARV. L'environnement de mise en œuvre à travers les actions politiques, l'organisation et l'implication communautaire est également analysé.

De l'évolution de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en RCA

L'année 2001 a été inaugurale dans la mise en place d'une intervention pilote de PTME avec comme protocole AZT chez la mère pendant le travail et une dose de NVP chez le nouveau-né dans trois sites dans la capitale, au terme de deux années le constat est que le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit de moitié : de 35% sans intervention à 17,39%. L'issue de cette intervention a été la même que celle d'autres pays à faible ressource qui ont démarré avec la monothérapie pendant cette période (Meda 2010). Un premier programme était assorti de cette expérience à partir de 2004 avec le même protocole couvrant 62 sites, deux ans plus tard c'était le passage à l'échelle avec une bithérapie chez la mère : AZT à partir 28^{ème} semaine et pendant le travail NVP dose unique + AZT/3TC et chez le nouveau-né : NVP dose unique plus AZT x 7 jours. Dix années plus tard le constat est que le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est à 12% jusqu'en 2011 soit une réduction de 35,28%. Ce taux est semblable à celui obtenu en utilisant une monothérapie avec nivérápine seule il y a dix ans et la bithérapie telle que utilisée pour avoir ce taux réduisait déjà le risque de transmission entre 6 à 9 % (Becquet et al. 2007). Les pays comme le Togo, le Mali, l'Afrique du sud et la Namibie avec qui avec la RCA ont les mêmes caractéristiques socioculturelles ont démarré également leur intervention PTME dans la même période et sont aujourd'hui à des taux plus bas. (Barron et al 2013, OMS 2011, Traoré et al. 2011). Sur les deux dernières années il y a une diminution de 40% des nouvelles infections au VIH chez les enfants dans six pays : Burundi, Kenya, Namibie, Afrique du Sud, Togo et Zambie. Cette situation mériterait que les pratiques soient interrogées à travers des recherches opérationnelles et stratégiques afin de les améliorer, telle a été une des limites dans le temps en RCA où le rôle combien indispensable de la recherche réactive dans l'évolution des stratégies et l'efficacité des programmes a été rapporté (Barron et al 2013 et Meda 2010 Becquet et al. 2007, Grimwood 2012, OMS 2012). Afin de mieux cerner cette situation, il y a lieu de passer en revue le cadre essentiel de prévention du VIH de la RCA à travers les actions politiques et programmatiques (OMS 2011).

Des actions politiques

La RCA a fait de la santé de la mère et de l'enfant une priorité de santé publique et la prévention demeure un axe majeur dans le PNDS. Ainsi dès 2004 la politique nationale de PTME a été élaborée et traduite dans le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH de 2006-2011 assortie des référentiels et documents règlementaires. La loi 2006 protège les sujets infectés de la discrimination et stigmatisation et la loi Bangayassi sur la santé de la reproduction permet de réduire la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles (Comité National de lutte contre le sida 2011, Ministère de la santé publique 2006). Ces engagements pourraient laisser entrevoir une volonté politique soutenue seulement le système de santé basé sur les soins de santé primaires relancés par l'initiative de Bamako pose un problème d'inégalité dans l'accès aux soins. Le taux par exemple d'accouchement assisté par du personnel qualifié est de 35% en milieu rural contre 83% en milieu urbain ; de même la mortalité infanto juvénile est de 199 pour mille en milieu rural contre 126 en milieu urbain or plus de 60% de la population est rurale (OMS 2012). Le financement direct de santé constitue non seulement une des barrières à l'accès aux soins de qualité mais creuse de plus en plus l'inégalité entre les couches sociales. Cette situation a été retracée deux auteurs (Ridde 2008, Moulin 2013) avec comme constat : l'objectif d'accès pour tous à la santé n'est pas atteint ce qui révèle la limite de cette Initiative même si sur le plan efficacité des progrès ont été réalisés. Un autre aspect qui mériterait d'être souligné ici est celui de l'intégration de la PTME (programme vertical) dans un système de santé avec des programmes horizontaux qui a montré ses limites or il a été démontré que la faiblesse du système de santé constitue un obstacle majeur à la réussite de la PTME (Desclau et al. 2012, La Ruche 2008 ; Sarah et al. 2011, Zongo et al 2008). Ces engagements politiques mériteraient donc d'être accompagnés d'actions concrètes et spécifiques en vue de favoriser l'adhésion de la population à la PTME, l'équipe de Barron a rapporté que l'augmentation du soutien politique depuis 2008 a permis de faire un bond vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique du Sud (Barron et al. 2013).

De l'offre des services du conseil dépistage volontaire du VIH pour la PTME

Pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant il faut traiter les femmes enceintes et pour les traiter il faut les rejoindre et les tester, les consultations prénatales constituent de ce fait l'unique opportunité pour offrir aux femmes enceintes le conseil dépistage volontaire (Zongo et al 2008). En RCA, la couverture de ce service est encore très insuffisante (19,7%) seule une formation sanitaire sur 5 menant les activités de Santé Maternelle et infantile l'offre et seulement 37,4% de bénéficiaires acceptent de l'utiliser. Parmi celles qui acceptent le dépistage plus de un tiers ne repart plus pour le résultat (Comité National de lutte contre le sida 2011). Le problème d'accès se pose en termes de disponibilité et d'utilisation de services. Il semble d'emblée que certains prestataires ne proposent pas le test alors qu'il est établi que le dépistage à l'initiative du soignant pourrait faciliter la PTME (Desclau et al. 2012, Hensen et al. 2012). Certaines études ont recommandé un second test du VIH au 3^{ème} trimestre de grossesse devant un premier refus ou des situations de risque intervenues après le 1^{er} test négatif puisqu'il a été observé d'une part que une femme sur 5 après un premier refus accepte de nouveau

le test et d'autre part 1 cas sur 5 de nouvelle contamination de la mère à son enfant constaté après un premier test négatif (Desgrées du Loû et al. 2007, Sarah 2011 et al., Tsingaing et al. 2011). Afin de réduire le risque de transmission à un faible niveau il serait souhaitable d'explorer ces stratégies additionnelles surtout dans un pays à forte prévalence comme la RCA seulement l'accès tardif au dépiste qui implique ici démarrage tardif de la prophylaxie ARV est un facteur de risque élevé de la transmission (Hoffmann et al. 2010). Becquet et Meda rapportent que cette situation s'observe en général dans les pays à revenu faible et que la faible couverture des services de SMI existant explique en parti ce constat. Autre défi qui se pose dans l'accès au test est celui de l'implication des hommes ou sous l'effet des croyances socioculturelles les femmes sont rendues vulnérables et se retrouvent seules face à cette situation. si les hommes pourraient s'impliquer d'avantage dans la PTME cela améliorerait l'accès aux services car les soins et traitement centrés sur la famille ont fait leur preuve et cela à travers l'amélioration de la communication au sein la couple autour du VIH et la maternité (Desclau et al. 2008, Orne-Gliemann et al 2009, Ouedraogo et al. 2012, Tonwe-Gold et al. 2009). En revanche la faible couverture des services de SMI est l'une des conséquences d'un système de santé qui ne favorise pas la majorité de la population démunie à accéder aux soins. D'autre part comment tirer parti d'un programme vertical (PTME) gratuit avec des programmes horizontaux existant dont l'accès est conditionné par un financement direct des bénéficiaires en situation de précarité ?

De la couverture prophylactique et du traitement ARV pour la PTME

La couverture nationale des prophylaxies antirétrovirales est à 48% or la couverture moyenne en Afrique subsaharienne est à 59%, les pays comme le Tchad, le Congo ont une couverture inférieure à 25% tandis que celles de Botswana, Namibie, Rwanda, Swaziland et Zambie sont supérieures à 80 % (Onusida 2012). Selon les données de littérature la moindre efficacité de programme de PTME est liée à l'orientation vers l'accès aux traitements prophylactiques permettant d'avoir même des résultats semblables à ceux des pays nantis (Becquet et al. 2007, Tsingaing et al 2011, Zongo et al. 2008). En dépit de l'amélioration, la couverture demeure insuffisante en RCA, si ces derniers pays ont un tel résultat c'est parce que en parti le financement national du VIH a été accru dans le budget national. Il ressort malgré tout que de plus en plus des femmes enceintes dépistées séropositives reçoivent des ARV dans le cadre de la PTME, leur proportion a été de 16,0% en 2006 et en nette augmentation 77,13 % en 2010. Ce qui laisse entrevoir que si le dépistage est largement proposé et accepté, plus de femmes enceintes recevront des ARV pour la PTME. Seulement l'accès reste inégalement réparti, la couverture en ARV chez les femmes vivant en milieu rural est plus basse que celle des femmes de la capitale or il a été établi que le taux de transmission du VIH est près de 2,5 fois plus élevé chez les enfants dont les mères font partie de populations défavorisées qu'au sein de la population générale. Autres défis qui ont influencé l'efficacité du traitement et ou de la prophylaxie antirétrovirale sont liés à la sélection des souches multi résistantes du fait des régimes courts ou d'inobservance et à l'allaitement maternel prolongé mais les récentes recommandations de l'OMS avec entre autre l'option B+ qui protège l'allaitement sont une opportunité pour une meilleure performance de la PTME (Becquet et al. Debra et al. 2007).

Quant aux enfants infectés seulement 7% ont eu accès au traitement antirétroviral, à l'échelle mondiale la couverture est faible (28 %) cette situation liée à l'accès difficile aux formes pédiatriques des antirétroviraux

et également à cause des accords ADPIC/TRIPS relatifs au brevet et au libre marché des médicaments (Kerouedan 2011)

De l'organisation des ressources

Au niveau des ressources humaines il se pose un problème de disponibilité du personnel sur le plan qualitatif que quantitatif et leur répartition géographique reste inéquitable. On compte 1 médecin pour 10.000 habitants et 140 sages femmes ou infirmiers accoucheurs pour 10.000 habitants dont plus de 80% exercent en milieu urbain alors que 60% de la population est rurale. Cette situation est le profil en général des pays à revenu faible et pose la problématique de la qualité des prestations dans un milieu où la PTME est perçue comme un « projet » suscitant des conflits d'intérêt pouvant mettre à mal le sacré principe de la confidentialité indispensable à l'adhésion des clientes (Desclau et al. 2012, La Ruche 2008, Zongo et al. 2008). Dans un tel contexte pour suppléer à cette carence, explorer la piste de délégation des tâches comme stratégie de dépistage et de prise en charge pourrait améliorer l'intervention de PTME (Maiga 2012).

La performance de la structure chargée de l'approvisionnement en médicament ARV et autres intrants est moindre, le rapport d'activité pays du VIH pour l'onusida évoque des ruptures fréquentes de stock même si théoriquement la structure d'approvisionnement est décentralisée. Au niveau du laboratoire également on assiste à des ruptures de kits de dépistage pour les mêmes raisons évoquées ci haut. Le Benin a connu une situation similaire (La Ruche 2008) alors que la correction de telle lacune par une action politique programmatique conséquente et précise a permis d'obtenir des résultats meilleurs en Afrique du sud (Barron et al. 2013). L'option pour une fabrication sous régionale des antirétroviraux ne pourrait elle pas être explorée afin d'assurer la disponibilité continue et la sécurisation des molécules ?

S'agissant du financement de la prévention de l'infection au VIH, la RCA contribue à hauteur de 4%, cumulé avec les prêts cela fait 21%, les 80% du financement proviennent de l'aide extérieure or le Kenya par exemple a multiplié par deux ses dépenses nationales dans ce domaine entre 2008 et 2010, de même que le Togo (entre 2007 et 2010) et le Rwanda (entre 2006 et 2009) et en général 81 pays ont augmenté leurs investissements nationaux de 50 % ce qui leur a valu des résultats plus meilleurs. Eliminer l'infection pédiatrique au VIH nécessite de financement conséquent et si des actions politiques conséquentes tardent à venir l'opportunité à saisir reste la solidarité mondiale car d'une part la communauté internationale a su réduire à 30 % la différence entre les fonds disponibles et les fonds nécessaires annuels et d'autre part le coût des médicaments ARV par personne a baissé (onusida 2012, Ouedraogo et al. 2012).

De l'implication de la communauté

Sur le plan communautaire, selon l'enquête MICS 4 seulement 25% des femmes âgées de 15-49 ans expriment de la bienveillance à l'égard des gens infectés par le VIH, 50,5% de femmes ont une connaissance sur la PTME. Les taux d'alphabétisation sont de 27,4% chez les femmes contre 51,1% chez les hommes. L'engagement pour la lutte contre le VIH sida reste très limité, d'où la persistance de la stigmatisation, de la connaissance insuffisante de la PTME et l'inégalité sexe. Selon onusida 10 % des pays associent réellement les hommes et les garçons à leur riposte nationale au sida, tout cela traduit ou conduit à une faible volonté d'action. Une étude au Sénégal (A.Desclau et al. 2012) a relevé les mêmes limites de la PTME communautaire dans l'accès des femmes enceintes au test du dépistage au Sénégal. Il en est de même en milieu rural à Zimbabwe qui rapporte la nécessité d'information et communication sur la PTME

(Orne-Gliemann et al 2006). Des associations communautaires (groupe de soutien, médiatrice, confessionnelles) devraient jouer des rôles d'avant garde quand à la mobilisation communautaire autour de la prévention du VIH tel le cas rapporté des groupes de soutien en milieu rural au Kenya (Hannah et al. 2010) par contre les organisations confessionnelles en Afrique du Sud semblent contribuer sans le souhaiter à la discrimination de par leur perception du VIH comme « péché » conséquence d'une « vie immorale » (Keikelame et al. 2010). Il y a lieu de recadrer et de renforcer les associations communautaires afin de jouer leur rôle de manière plus dynamique.

Si des actions spécifiques pourraient être menées pour concrétiser les engagements politiques déjà pris en faveur de la PTME permettant de lever la barrière financière à l'accès au service de CPN et de motiver le personnel , si la communauté s'implique davantage à travers les associations recadrées et renforcées et si particulièrement les hommes s'impliquent, il est possible de capitaliser les acquis des dix années de PTME en RCA. L'amélioration significative et accélérée des couvertures de services par la mise en place d'une intervention à l'heure ou la solidarité internationale est totale pourrait être très évidente. Partant aussi du fait que en deux années seulement le taux de transmission de la mère à l'enfant pourrait être délibérément réduit de 40%, que une meilleure organisation des stratégies dans un environnement à ressources limitées pourrait conduire à des résultats similaires à ceux des pays du Nord (Horwood et al. 2012, Tsingaing et al. 2011), il est possible de réduire encore de moitié le taux de transmission du VIH afin d'amorcer l'élimination de l'infection pédiatrique à partir de 2016 en RCA à travers la mise en œuvre d'une intervention de PTME tirant parti des opportunités actuelles .

6. CONCLUSION

Il était question tout d'abord de faire un état des lieux sur les interventions spécifiques de PTME après dix années de lutte en RCA, il en ressort que de 35% sans intervention le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit à 12% jusqu'en 2011 soit une réduction de 34,28%. La couverture des services de dépistage était restée à 19,7% et le taux d'acceptabilité des bénéficiaires à 37,4%. La couverture en antirétrovirale prophylactique chez la femme enceinte a été de 48% et de 7% pour les enfants traités. Le progrès étant progressif, lent et encore insuffisant mais avec plus d'actions spécifiques pour concrétiser les engagements politiques pris en faveur de la PTME, la solidarité internationale avec des engagements soutenus rendant possible maintenant de réduction par des efforts délibérés en deux années du taux de transmission de 40% et sous réserve de l'implication effective de la communauté, il est possible que la RCA puisse amorcer l'élimination de l'infection pédiatrique à partir de 2016. Tenant compte de ces nouvelles opportunités, une intervention de PTME centrée sur la famille, soutenue par la communauté est faisable en RCA afin de réduire à 6% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici trois ans et d'amorcer l'élimination à partir de 2016.

7. PROJET DE RENFORCEMENT DE PTME EN VUE DE L'ACCELERATION DE LA REDUCTION DE L'INFECTION PEDIATRIQUE AU VIH DANS LA PREFECTURE DE L'OUHAM

7.1 Analyse Force Faible Opportunité et Menace du cadre de mise en œuvre

Tableau 11 : Analyse Force Faible Opportunité et Menace

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
Existence de documents politiques et de cadre réglementaire en matière de PTME tenant compte des recommandations internationales	Insuffisance de connaissance par la communauté de PTME	Engagements de solidarité internationale	Instabilité politique induite par les crises militaro-politiques
Leçons tirées des dix années d'expérience nationale.	Faible adhésion des femmes enceintes infectées et de leur partenaire	Option B+ recommandée pour la prophylaxie ARV avec l'allaitement	Absence de la participation communautaire
Gratuité des interventions de PTME	Engagement politique insuffisant	Personnel qualifié formé en chômage.	Mutations du personnel expérimenté.
Bonne connaissance de la communauté et des réseaux des personnes infectées existants	Insuffisance et faible motivation du personnel	Fréquentation élevée des structures confessionnelles de soins de santé	Influence des pesanteurs socioculturelles
Bonne collaboration avec les partenaires intérieurs et extérieurs œuvrant pour PTME (organismes internationaux, ONG, association communautaire)	Cadre de coordination peu performant		

7.2 Analyse résumée des problèmes liés à la PTME

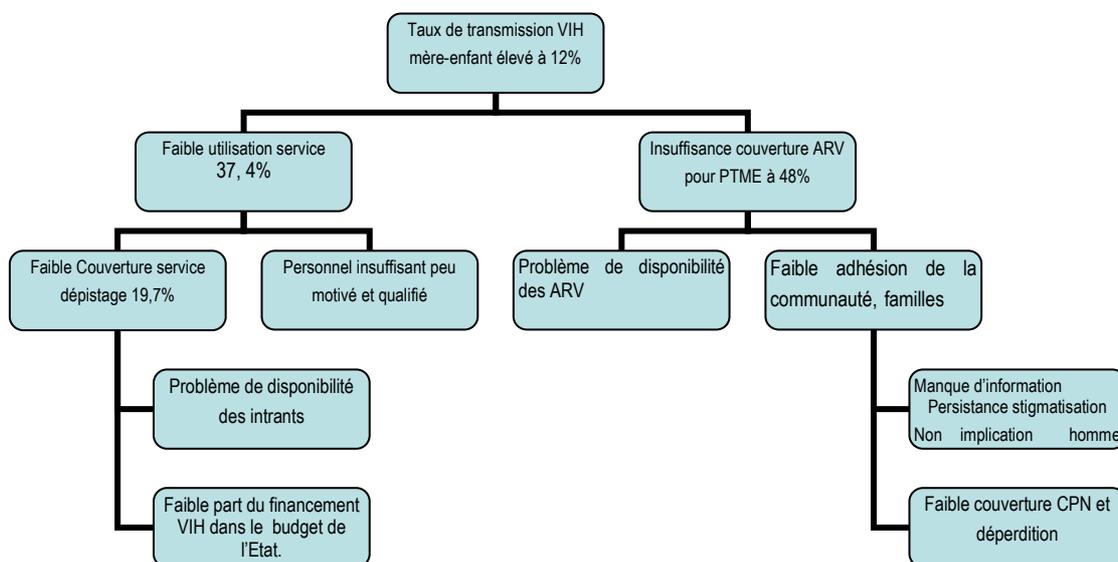


Figure 15 : Arbre à problèmes.

7.3 Raisons d'être d'un projet de renforcement de PTME dans la préfecture de l'Ouham

Avec une population de 446791 habitants la préfecture de l'Ouham est la deuxième la plus dense des 16 que compte la RCA. Le taux de séropositivité du VIH lors de la sero-surveillance sentinelle pendant les CPN a été de 11,36% à Bossangoa chef lieu de ladite préfecture. Chaque année il y a de ce fait environ 2030 femmes enceintes infectées au VIH dans la préfecture or 1985 naissances sont attendues de ces femmes qui seront des enfants exposés au VIH et sans intervention il risquera d'avoir 695 enfants infectés conséquemment mais avec une intervention il y aura 238 nouvelles infections qu'il serait souhaitable de réduire de moitié afin d'éviter au total 575 contaminations.

De ce qui précède un projet de renforcement de PTME en vue de l'accélération de la réduction de l'infection pédiatrique est proposé ici. Ce projet va comporter deux axes : le premier concerne la mobilisation de la communauté à travers l'Information Education Communication (IEC) en vue d'accroître l'adhésion et l'acceptabilité du test et le second vise les interventions spécifiques de PTME et le suivi du nouveau né jusqu'à 18 mois. Les aspects de renforcement vont concerner la proposition d'un dépistage à nouveau au troisième trimestre ; l'utilisation de l'option B+ pour la prophylaxie et le traitement de la mère ; la promotion de la recherche opérationnelle ; la délégation des tâches en vue d'étendre la couverture géographique et le développement d'un système de référence contre référence entre les structures de soin et la communauté. Le tout sera réalisé autour de la famille par une équipe multidisciplinaire et le but final étant d'élargir la couverture, la réussite d'un tel projet permettra de

dupliquer le modèle d'intervention dans le pays afin d'amorcer l'élimination des nouvelles infections chez les enfants à partir de 2016.

Vision

Une génération sans l'infection à VIH avec des mamans en bonne santé d'ici 2016

Principes directeurs

- L'équité : l'accès universel aux soins de prévention, à la thérapie et prophylaxie antirétrovirale est une question de droit à la santé aussi bien pour la mère que pour l'enfant.
- L'intégration : Les activités de la PTME seront incluses dans le paquet minimum d'activité de la santé maternelle et infantile.
- La décentralisation : les services seront plus proches des bénéficiaires afin de couvrir tout l'air géographique du district.
- Actions centrées sur la famille et la communauté
- La multi et interdisciplinarité : les autres secteurs apparentés à la santé œuvrant dans la lutte contre le VIH seront mis à contribution en fonction de leur expertise.
- Le partenariat : pour la mise en œuvre de cette intervention un renforcement du partenariat public privé sera privilégié.

Changements souhaités et cible

- ❖ Contribuer à réduire de 50% c'est à dire de 12% à 6% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2016 dans la préfecture de l'Ouham.
- ❖ Contribuer à réduire de 50% le nombre de décès maternel lié au Sida

Effets, Produits et activités

- ❖ **Effets 1** : Accroître l'utilisation de service de dépistage de 37,4% à 80% par les femmes enceintes
 - Effet 1.1 : 80% des femmes de 15 à 49 ans, des associations communautaires œuvrant dans le cadre de PTME, des familles et des jeunes de 10 à 19 ans sont informées, éduqués sur la PTME.
 - Effet 1.2 : Au moins 60% des femmes de 15 à 49 ans expriment de la bienveillance à l'égard des sujets infectés

- Effet 1.3 : Au moins 50% des hommes sont impliqués dans le suivi de leur femme enceinte infectée
 - ❖ **Effet 2** : 90% des femmes enceintes/mères allaitantes testées infectées ainsi que leur enfant exposé au VIH ont accès à la thérapie antirétrovirale ou thérapie prophylactique PTME.
 - ❖ **Produits 1.** : Les services de conseils dépistage VIH intégrés à 80% des structures de SMI sont disponibles et opérationnels.
- Produit 1.1: le dépistage du VIH dans le cadre de PTME est assuré aux femmes enceintes est assuré à 80% des femmes
- Produit 1.2 : Le personnel qualifié multidisciplinaire est disponible et opérationnel
- Produit 1.3 : Les intrants de laboratoire pour le test VIH et les fournitures de bureau pour le fonctionnement sont disponibles.
- Produit 1.4 : Les supports audiovisuels didactiques pour l'IEC sont disponibles.
- Produit 1.5 Les associations communautaires œuvrant pour la PTME sont répertoriées et renforcées
- Produit 1.6 Un partenariat est développé avec le secteur privé pour promouvoir la PTME
- Un système de référence et de contre référence est développé
-
- ❖ **Produit 2** : Les médicaments pour la prophylaxie du nouveau né et de la thérapie pour la mère sont disponibles en continu et dispensés à au moins 80%.
- Produit 2.1 : La prophylaxie antirétrovirale et le traitement de la mère est assurée par un personnel qualifié.
- Produit 2.2 : les documents référentiels de prises en charges sont disponibles.
- Produit 2.3 : La coordination et le suivi des activités sont assurés. (Réunion thérapeutique supervision, monitoring...)
- Produit 2.4 : Un mécanisme d'approvisionnement continu est développé.
-
- **Activités 1** : Offrir des conseils dépistages du VIH, du soutien et des soins anténataux aux femmes enceintes lors des CPN.
- Activité 1.1 : Etendre le service de dépistage dans cinq centres de santé privés et publique

- Activité 1.2 : Recruter le personnel qualifié additionnel d'appui au projet.
- Activité 1.3 : Doter le personnel en intrants de laboratoire pour le test du VIH (réactifs et consommables...)
- Activité 1.4 : Doter le personnel en outils didactiques pour la réalisation des séances d'IEC (panneau d'image, dépliants, manuel PTME...)
- Activité 1.5 : Organiser 30 séances d'IEC
- Activité 1.6 : Assurer le renforcement des relais/médiatrices communautaires pour le soutien/suivi et la recherche active des perdues de vu dans la communauté
- Activité 1.7 : Identifier et former les membres des associations communautaires et les leaders communautaires sur les techniques d'IEC et la référence contre-référence.
- Activité 1.8 : co-organiser des 06 réunions de coordinations inter et multisectorielles dans la préfecture
- Activité 1.9 : Fournir 5 motocyclettes pour la réalisation des activités.
- Activité 1.10 : Assurer le paiement du salaire du personnel additionnel en appui.
-
- **Activité 2** : Dispenser les médicaments pour la prophylaxie du nouveau né et de la thérapie pour la mère.
- Activité 2.1 : offrir une prophylaxie antirétrovirale et un travail traitement antirétroviral à au moins 1827 femmes enceintes infectées et à 1786 enfants exposés par année.
- Activité 2.2 : Assurer la formation/recyclage du personnel (200) sur la PTME y compris le système de référence contre référence, la gestion du stock des médicaments et la tenue des outils de collecte des données.
- Activité 2.3 : Assurer la gestion de stock des antirétroviraux et de cotimoxazole.
- Activité 2.4 : Assurer la reproduction et la distribution des documents et référentiels de prise en charge.
- Activité 2.5 : Réaliser des supervisions formatives mensuelles au niveau des centres de santé (54) et trimestrielles au niveau dans hôpitaux de district (4)
- Activité 2.6 : organiser une fois par semaine une réunion de comité thérapeutique
- Activité 2.7 : Assurer la fourniture des matériels bureautiques et informatiques (1 ordinateur et accessoires) pour le fonctionnement
- Activité 2.8 : Créer une banque de données pour la recherche opérationnelle.

7.4 Cadre de mise en œuvre

Ce projet sera mise en œuvre au niveau des quatre districts sanitaires que comporte la préfecture et s'inscrit dans le cadre du fonctionnement traditionnel. A cet effet des actions spécifiques seront effectuées en collaboration à trois niveaux.

Pour les offres de services cliniques on distingue deux échelons :

- ❖ **Le Premier échelon** Centre de Santé et poste de santé qui offre les services d'information d'éducation et communication pour le changement de comportement, les consultations prénatales, le conseil dépistage volontaire, les soins et traitements de la femme enceinte et l'orientation recours entre lui et la communauté et l'échelon supérieure. C'est à ce niveau que les tâches seront déléguées pour assurer la prophylaxie pendant l'accouchement, le suivi des soins de l'enfant, de la mère et la famille.
- ❖ **Le deuxième échelon** qui est l'Hôpital de référence du district avec un plateau technique conséquent va offrir une variété de soins plus spécifiques pour la PTME, le traitement de l'enfant infecté et son suivi.
- ❖ **Le troisième échelon** : L'équipe cadre de chaque district sanitaire se chargera des actions programmatiques, du monitoring et du suivi évaluation et de la coordination avec les autres secteurs.

Au niveau est communautaire : Les leaders communautaires, les associations communautaires vont œuvrer pour la promotion de l'accès au test de dépistage et de d'intervention de PTME, la référence et contre référence des femmes enceintes infectées.

7.5 Procédure de prise en charge

7.5.1 Le conseil dépistage du VIH

L'approche consiste en la promotion du dépistage systématique « **opting-out** » de la femme enceinte conformément aux directives en vigueur du pays mais il sera renforcé par la proposition d'un second au troisième trimestre si le premier test est négatif ou s'il n'a pas été fait tout de même. Un dépistage est proposé systématiquement à l'initiative du soignant dès la première consultation prénatale si le test s'avère positif la femme enceinte et enrôlée dans le programme PTME et le test est ensuite proposé aux autres membres de la famille les enfants et son partenaire. En cas de positivité ils seront orientés pour suivis.

-

7.5.2 Prophylaxie et choix du régime

L'option B+ est retenue : Quel que soit le CD4 trois antirétroviraux à commencer sitôt le diagnostic posé à poursuivre toute la vie chez la mère et chez le nouveau né exposé

Prophylaxie ARV chez une femme enceinte infectée par le VIH pour la prévention TME

Trois ARV commencés dès la 14^{ème} semaine de grossesse et continuer à. Le choix se fera entre les combinaisons suivantes :

- AZT + 3TC + EFV
- TDF + FTC + EFV
- AZT + 3TC + LPV/r
- AZT + 3TC + ABC

Chez les femmes enceintes arrivées en travail et dont le statut sérologique n'est pas connu

- Chez les femmes enceintes arrivées en travail et dont le statut sérologique n'est pas connu parce qu'elle n'a pas été informée, ou elle attend son résultat ou simplement elle avait refusé de se dépister : faire un conseil dépistage rapide du VIH, faire la prophylaxie conformément au protocole, fournir les informations nécessaires à la femme après l'accouchement ou alors à cause de la forte prévalence faire une prophylaxie systématique et faire le conseil dépistage après le travail.

Prophylaxie ARV chez le nouveau-né exposé :

NVP 4mg/kg/j en prise unique pendant 6 semaines ou AZT 4mg/kg x 2/j pendant 6 semaines peu importe le mode d'allaitement choisi. Pour son suivi, un PCR est à réaliser à la 6^{ème} semaine sinon une sérologie à VIH au 18^{ème} mois de vie. Un suivi clinique sera fait lors des rendez vous pour la vaccination et suivi du développement psychomoteur et staturo-pondérale.

Mesures associées à la prophylaxie antirétrovirale :

Au moment du travail la prophylaxie doit être accompagnée des pratiques obstétricales à moindre risque afin d'optimiser les chances de la réduction de la TME : appliquer les précautions universelles d'asepsie, éviter les touchers pelviens intempestifs, éviter le travail prolongé, le traumatisme et la rupture prolongée des membranes, éviter les risques d'hémorragie et de transfusion sanguine non sécurisée.

En post partum immédiat : soutien nutritionnel, recherche d'infection, dépistage des femmes dont le statut sérologique n'était pas connu, conseil pour planning familial.

7.6 Ressources

- ❖ Ressources humaines : Du personnel additionnel qualifié sera recruté pour appuyer le projet ;
 - 1 Médecin de Santé Publique
 - 03 sages femmes diplômées d'Etat
 - 03 Technicien(ne)s Supérieur(es) en Santé Sociale
 - 01 Assistant(e) administratif (ve) et financier (e)
 - 01 technicien(ne) de surface

- ❖ Ressources matérielles et équipements et consommables :

Equipements du bureau (ordinateur ; imprimantes, photocopieuses, meubles.)

Equipements pour le laboratoire : Réactifs et consommables (alcool, paires gangs, seringues, coton)

Médicaments antirétroviraux et Cotrimoxazole pour la prévention des Infections opportuniste.

7.6 Mécanisme suivi et Cadre de performance

Tableau 12 : Cadre de performance du projet

Résultats	Indicateurs	Valeurs de base			Cible			Méthode d'évaluation	Commentaires
		Valeur	année	source	2014	2015	2016		
Impact									
réduire de 50% les nouvelles infections pédiatriques au VIH	Nombre de nouvelles infections estimées chez les enfants à 18 mois	238	2011	Rapport RCA Onusida	200	160	119	Calcul partir données SNIS	Valeur estimée du taux transmission mère enfant 12%
	Taux transmission VIH mère enfant	12%	2011		10%	8%	7%	Estimation modélisée	
Effets									
1. Accroître l'utilisation de service de dépistage par les femmes enceintes à 80%	Taux d'utilisation de service de dépistage	37,4%	2011	Rapport RCA Onusida	57%	70%	80%	Calcul partir données de suivi du projet	
	Pourcentage de partenaires impliqués dans la PTME	< 5%	2010	Donnée littérature	15%	30%	50%	données suivi projet	
	Proportion des femmes de 15 à 49 ans qui expriment de la bienveillance à l'égard des sujets infectés	25%	2010	MICS 4			60%	Etude ou MICS	
	Proportion des femmes ayant une connaissance sur la PTME	50%	2010	MICS			70%	Etude ou MICS	
2.90% des femmes enceintes/mères allaitantes testées infectées et leur enfant ont accès à la thérapie ou prophylaxie AVR	Nombre de femmes enceintes ayant ARV pour PTME et Traitement	975	2011	Rapport RCA Onusida	1200	1600	1876	Calcul partir données de suivi du projet	Nombre estimé à partir de la couverture de 48%
	% d'enfant ayant accès à la prophylaxie ARV	65%			70%	85%	90%		
	% d'enfant ayant accès au traitement ARV	7%	2011		20%	40%	50%		
Produits									
1. Les services de conseils dépistage VIH intégrés à 80 % structures de SMI sont disponibles et opérationnels	Proportion des services de SMI offrant le test du VIH	19,7%	2011	Rapport RCA Onusida	30%	65%	80%	Calcul partir données de suivi du projet	
	Nombre de formations réalisées						6		
	% de structure ayant une disponibilité personnel						100 %		
	% structure disposant de matériel et équipement complet pour PTME						100 %		
	% de supervisions réalisées.				16	32	48		
	Nombre de séance d'IEC réalisées				10	20	30		
Les médicaments pour la prophylaxie du nouveau né et de la thérapie pour la mère sont disponibles et dispensés à 80%	% de structure qui assure une disponibilité continue en ARV		2011	Rapport RCA Onusida	60%	75%	80%	Calcul partir données de suivi du projet	
	% de structure ayant offrant la prophylaxie et traitement ARV						100 %		

Dans le souci d'une démarche d'assurance qualité et la recherche opérationnelle les indicateurs de performances définis dans le cadre ci-haut seront collectés par des outils conçus à cet effet pour le suivi et l'évaluation. Ils seront notifiés mensuellement et analysés régulièrement en vue d'identifier les obstacles de la prise en charge du VIH et TAR en ce qui concerne la prestation de services, le personnel de santé, l'information, les produits médicaux, les vaccins et les technologies médicales, le financement, le leadership et l'administration.

7.7 Sources de financement et budget prévisionnel

Pour le financement de ce projet un plaidoyer sera fait à l'endroit des partenaires traditionnels de la RCA œuvrant dans la PTME, il s'agit de L'Unicef, de l'Unitaid, du Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et de l'Onusida pays qui fournissent les antirétroviraux et les tests de dépistage du VIH et supportent le coût du fonctionnement. La part de l'Etat réside dans l'utilisation du personnel et des infrastructures mais un volet plaidoyer sera développé en vue de l'augmentation de la part de l'Etat dans le budget national en faveur de la lutte contre le VIH. Le tableau ci-dessous présent le budget prévisionnel pour les trois années qui s'élève à un milliard cent trente cinq millions cent vingt mille 250 franc CFA soit deux millions deux cent vingt deux mille trois cents quatre vingt huit. Dollar américain.

Tableau 13 : Budget prévisionnel du projet

Désignation	coût unitaire en XAF	Quantité	Coût total
kits test VIH	500	53615	26807500
Antirétroviraux pour la mère	75000	6000	450000000
Antirétroviraux pour la le nouveau né	50000	5700	285000000
Antirétroviraux Pec pédiatrique	50000	600	30000000
Cotrimoxazole cp	15	6000	90000
Cotrimoxazole sirop	500	5700	2850000
Formations	3000000	6	18000000
Forfait Réalisation IEC/sensibilisation	1000000	30	30000000
soutien planification supervision et suivi	1500000	22	33000000
Forfait Fourniture de bureau	3000000	1	3000000
Recherche opérationnel	5000000	2	10000000
salaire personnel	25200000	3	75600000
stimulations financières relais communautaires	1000000	36	36000000
Achat motos	2000000	5	10000000
Achat ordinateur et accessoires	1000000	1	1000000
Meubles pour bureau	700000	1	700000
Forfait Carburant	850	20000	17000000
Forfait communication	80000	36	2880000
imprévu	103192750	1	103192750
Totaux en XAF			1.135.120.250

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Barron P, Pillay Y, Doherty T, Sherman G, Jackson D, Bhardwaj S, et al. Eliminating mother-to-child transmission in South Africa. *Bull World Health Organ.* 2013;91:70–74.
2. Becquet R, Leroy V. Les défis soulevés par la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique. *La presse Médicale.* déc 2007;36(12):1947–1957.
3. Bouchau O, Cheikh Tidiane Ndourd. Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées Guide de formation à l'usage des paramédicaux. Doin 2011. Paris: ESTHER-IMEA; 2011.
4. Comité National de Lutte contre le Sida. Suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA de 2011. République Centrafricaine: Présidence de la République; 2012 p. 41.
5. Comité National de Lutte contre le Sida de la République Centrafricaine. Cadre stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2006-2010. CNLS; 2006.
6. Debra J, Jackson, Chopra M, Doherty TM, Colvin MSE, Levin JB. Operational effectiveness and 36 week HIV-free survival in the South African programme to prevent mother-to-child transmission of HIV-1. *AIDS.* 2007;21:509–516.
7. Desclau A, Alfieri C. Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso: les déterminants sociaux ont-ils changé ? *Science et Technique.* 2008;1:117–126.
8. Desclau A, Sow K, Mbaye N, Signaté Sy H. Passer de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à son élimination avant 2015: un objectif irréaliste? *Enjeux sociaux au Sénégal. Med Sante trop.* 2012;22:238–245.
9. Desgrées du Loû A, Brou H, Djohan G, Tijou-Traoré A. Le refus du dépistage VIH prénatal: étude de cas à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Cahier Santé.* sept 2007;17(3):133–141.
10. Geddes R, Giddy J, Butler LM, Van Wyk E, Crankshaw T, Esterhuizen TM, et al. Dual and triple therapy to prevent mother-to-child transmission of HIV in a resource-limited setting-lessons from a South African programme. *SAMJ.* sept 2011;101(9):651–654.
11. Grimwood A, Fatti G, Mothibi E, Jackson D. Progress of preventing mother-to-child transmission HIV at primary healthcare facilities and district hospitals in three South African provinces. *SAMJ.* 2012,102(2):81–83.
12. Hannah JG, Parr J. Disclosure among HIV-positive women: the role of HIV/AIDS support groups in rural Kenya. *African Journal of AIDS Research.* 2010; 9(4):337–344.
13. Hensen B, Baggaley R, J. V, Grabbe KL, Shaffer N, Ying-RU JL, et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing counseling. *Tropical Medicine and International Health.* janv 2012;17(1):59–70.
14. Hoffmann R, Et al. Effects of Highly Active Antiretroviral Therapy Duration and Regimen on Risk for Mother-to-Child Transmission of HIV in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1 may 2010; 54(1):35–41.

15. Horwood C, Vermaak K, Butler L, Haskins L, Phakathi S, Rollins N. Elimination of paediatric HIV in Kwazulu-Natal, South Africa: large-scale assessment of interventions for the prevention of mother-to-child transmission. *Bull World Health Organ.* 2012; 90: 168-175.
16. Keikelame MJ, Murphy CK, Ringheim KE, Woldehanna sara. Perceptions of HIV/AIDS leaders about faith-based organisations' influence on HIV/AIDS stigma in South Africa. *African Journal of AIDS Research.* 2010;9(1):63-70.
17. Kerouedan D. SANTE INTERNATIONALE. Les enjeux de santé au sud. Presse de Science po. Paris; 2011.
18. La Ruche G, Et al. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: état des lieux au Bénin. *Santé Publique.* juin 2008;20:575-587.
19. Maiga R, Dézé C. La délégation des tâches pour améliorer la prise en charge pédiatrique du VIH. *Transcriptase VIH et virus des Hépatites.* 2012;(148):43-46.
20. Meda N. Prévention de la transmission mère enfant du VIH: état des lieux et nouvelles stratégies. *Transcriptase VIH et virus des Hépatites.* Aout 2010;(143):1-6.
21. Mejia Villatoro C, Duarte ME, Villatoro Natareno G, Werner Juarez J, Rodriguez CM, Gonzalez AB et al. Highly Active Antiretroviral Treatment (HAART) for the prevention of HIV Mother to child Transmission (PMTCT) at Roosevelt Hospital's Infectious Diseases Clinic in Guatemala: The Role of (LPV/r) Standard Dose. *World Journal of AIDS.* 2012;2:259-264.
22. Milogo-Traore F, Lankoande J, Becquet R. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le district Sanitaire de Kossodo (Burkina Faso). *Rev Med Brux.* 2008;29:153-158.
23. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Programme National de Développement Sanitaire 2006-2015. MSPP; 2006.
24. Moulin A-M. Bilan de l'initiative de Bamako en Afrique. La fin d'un modèle de santé publique? *médecine/sciences févr.* 2013;29(2) : 000-0 DOI : 10.1051/medsci/2013292000
25. OMS, Bureau régional Afrique. Le VIH dans la région africaine de l'OMS. Mise à jour 2011. OMS. Congo: WHO Press; 2011.
26. ONUSIDA. Intensification de la prévention du VIH Document d'orientation politique, Genève. WHO Press; 2005.
27. ONUSIDA. 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.
28. ONUSIDA. ONUSIDA | 2011–2015 stratégie Objectif : zéro. OMS. Genève: ONUSIDA; 2011.
29. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie Mondiale du Sida 2012. Genève: Onusida; 2012 p. 105.
30. Organisation Mondiale de la Santé. Guide Pour La Mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. OMS. Genève: WHO Press; 2007.
31. Organisation Mondiale de la Santé. La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015. OMS. Genève: WHO Press; 2011.

32. Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2012 p. 176.
33. Organisation Mondiale de la Santé, CDC. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: Matériel générique de formation. Manuel du participant. OMS. Genève: WHO Press; 2006.
34. Orne-Gliemann J, Mukotekwa T, Perez F, Miller A, Sakarovitch C, Glenshaw M, et al. Improved knowledge and practices among end-users of mother-to-child transmission of HIV prevention services in rural Zimbabwe. *Tropical Medicine and International Health*. mars 2006;11(3):341-349.
35. Orne-Gliemann J. Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ? *Revue de la littérature et étude de cas dans les Pays en Développement*. Autrepart. 2009;4(52):113-129.
36. Orne-Gliemann J, Tchendjou PT, Miric M, Gadgil M, Butsashvili M, Eboko F, et al. Couple oriented prenatal HIV counseling for HIV primary prevention: an acceptability study. *BMC Public Health*. 2010;10:197.
37. Ouedraogo S, Koissy-Kpein S. Les financements de la prise en charge du VIH/SIDA dans les pays en développement: le cas de l'Afrique subsaharienne. *Organisations et territoires*. 2012;21(2):77-78.
38. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N, Ladzani R. Implimentation of the national programme for prevention of mother-to-child transmission of HIV: a rapid assessment in Cacadu district, South Africa. *African Journal of AIDS Research*. 2010;9(1):95-106.
39. Ridde V. Entre efficacité et équité: qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences Ouest-Africaine. [Internet]. 2008 [cité 29 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.cerdi.org/uploads/sfCmsContent/html/194/ridde.pdf>
40. Sanou Zézouma P. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Quelles nouvelles stratégies pourrait-on appliquer pour le centre médicale avec antenne chirurgicale de Pissy ? [Alexandrie (Egypte)]: Senghor d'Alexandrie; 2007.
41. Sarah J, Saunders, Laura E, Weintgarden, Maan E, Chaworth-Musters T, et al. Evaluation of an Emergency Prevention Program for Mother to Child Transmission of HIV in British Colombia. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011; 33(4):338-343.
42. Sprague C, Chersich MF, Black V. Health system weaknesses constrain access to PMTCT and maternal HIV services in South Africa: a qualitative enquiry. *AIDS Research and Therapy*. 2011; 8:10.
43. Tonwe-Gold B, Ekouevi DK, Bosse CA, Toure S, Koné M, Becquet R, et al. Implementing family-focused HIV care and traitement: the first 2 years' experience of the mother-to-child transmission -plus program in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Tropical Medicine and International Health*. févr 2009;14(2):204-212.
44. Traore Y, Dicko Traore F, Teguede I, Mounkoro N, Thera A, Sissoko A, et al. Prévention de la transmission mère enfant du VIH en milieu hospitalier africain, Bamako-Mali. *Mali Médical*. 2011;26(1):18-22.
45. Tsingaing KJ, Egbe OT, Halle Ekane G, Tchente Nguetack C, Nana Njamen T, Imandi G, et al. Prévalence du VIH chez la Femme Enceinte et Transmission Mère-Enfant du VIH à la Maternité de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun. *Clinics in Mother and Child Health*. 2011;8:1-3.

46. Unicef. Enfants et SIDA Cinquième bilan de la situation, 2010. Unicef. Paris: Unicef; 2010.
47. Von Linstow M, Von Rosenfeldt, Lebech M, Storgaard M, Hornstrup T, Katzenstein T, et al. Preventing of mother-to-child transmission of HIV in Denmark 1994-2008. *HIV Medicine*. 2010; 11: 448-456.
48. World Health Organization. Antiretroviral Drugs for treatment pregnant women and preventing HIV infection in infants. WHO Press. Genève: WHO; 2010.
49. Zongo S, Ouattara F. Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes »: une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou. *Sciences Techniques Spécial hors série*. nov 2008;(1):107-115.

9. LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

Tableau 1	Statistique et caractéristiques régionales-VIH et Sida.....	7
Tableau 2	Principaux facteurs de risque de la transmission du virus de mère à l'enfant.....	12
Tableau 3	Options pour la PTME	15
Tableau 4	Estimations des indicateurs liés au VIH chez le couple mère- enfant.....	27
Tableau 5	Estimations des indicateurs liés au VIH chez le couple mère- enfant.....	27
Tableau 6	Estimations de quelques indicateurs de santé maternelle et infantile.....	28
Tableau 7	Evolution proportion femmes enceintes dépistées ayant retiré leur résultat.....	30
Tableau 8	Couverture en ARV thérapeutique et prophylactique chez le couple mère-enfant.....	31
Tableau 9	Evolution du financement du VIH y compris PTME de 2009 à 2011.....	33
Tableau 10	Difficultés et forces des différentes interventions	34
Tableau 11	Analyse Force Faible Opportunité et Menace	41
Tableau 12	Cadre de performance du projet.....	49
Tableau 13	Budget prévisionnel du projet.....	50
Figure 1	Evolution naturelle de l'infection à VIH.....	9
Figure 2	Moment de la transmission du VIH de mère à l'enfant.....	13
Figure 3	Repère Cadre institutionnel, réglementation et législation autour du VIH.....	16
Figure 4	Carte de la République centrafricaine.....	18
Figure 5	Carte de découpage en Région sanitaire de la RCA.....	20
Figure 6	Organisation de l'équipe multidisciplinaire du CMI.....	22
Figure 7	Prévalence du VIH au niveau national.....	25
Figure 8	Répartition de la prévalence du VIH par préfecture de la RCA.....	26
Figure 9	Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe en 2010	26
Figure 10	Proportion des FOSA offrant le Conseil Dépistage du VIH.....	29
Figure 11	Evolution des sites offrant le CDV de 2003 à 2011.....	29
Figure 12	Proportion des femmes enceintes dépistées en 2010.....	30
Figure 13	Evolution du nombre des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV dans le cadre de la PTME de 2006 à 2010.....	31
Figure 14	Répartition du nombre des femmes enceintes ayant accès à la thérapie antirétrovirale prophylactique par région sanitaire en 2010.....	32
Figure 15	Arbre à problèmes	42

ANNEXE 1 : Cadre logique du projet.

	Objectifs	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Impact	<p>Contribuer à réduire de 50% c'est à dire de 12% à 6% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2016 dans la préfecture de l'Ouham.</p> <p>Contribuer à réduire de 50% le nombre de décès maternel lié au Sida</p>	<p>Nombre de nouvelles infections estimées chez les enfants à 18 mois</p> <p>Taux transmission VIH mère enfant</p>	<p>Système d'information sanitaire mis en place.</p> <p>Surveillance sentinelle</p>	<p>La stabilité politique favorise un climat de paix pour la mise en œuvre du projet.</p>
Effets	<p>Effets 1 : Accroître l'utilisation de service de dépistage de 37,4% à 80% par les femmes enceintes</p> <p>Effet 1.1 : 80% des femmes de 15 à 49 ans, des associations communautaires œuvrant dans le cadre de PTME, des familles et des jeunes de 10 à 19 ans sont informées, éduqués sur la PTME.</p> <p>Effet 1.2 : Au moins 60% des femmes de 15 à 49 ans expriment de la bienveillance à l'égard des sujets infectés</p> <p>Effet 1.3 : Au moins 50% des hommes sont impliqués dans le suivi de leur femme enceinte infectée</p> <p>Effet 2 : 90% des femmes enceintes/mères allaitantes testées infectées ainsi que leur enfant exposé au VIH ont accès à la thérapie antirétrovirale ou thérapie prophylactique PTME.</p>	<p>Taux d'utilisation de service de dépistage Pourcentage de partenaires impliqués dans la PTME</p> <p>Proportion des femmes de 15 à 49 ans qui expriment de la bienveillance à l'égard des sujets infectés</p> <p>Proportion des femmes ayant une connaissance sur la PTME</p> <p>Nombre de femmes enceintes ayant ARV pour PTME et Traitement</p> <p>% d'enfant ayant accès à la prophylaxie ARV</p> <p>% d'enfant ayant accès au traitement ARV</p>	<p>Système d'information sanitaire mis en place.</p> <p>Enquête population</p> <p>Système d'information sanitaire mis en place.</p>	<p>Les fonds mobilisés dans le cadre du projet sont décaissés à temps pour la réalisation des activités prévues</p> <p>La collaboration est bonne entre les différents acteurs de mise en œuvre.</p>
Produits	<p>Produits 1. : Les services de conseils dépistage VIH intégrés à 80% des structures de SMI sont disponibles et opérationnels.</p> <p>Produit 1.1: le dépistage du VIH dans le cadre de PTME est assuré aux femmes enceintes est assuré à 80% des femmes</p> <p>Produit 1.2 : Produit 1.2 : Le personnel qualifié multidisciplinaire est disponible et opérationnel</p> <p>Produit 1.3 : Les intrants de laboratoire pour le test VIH et les fournitures de bureau pour le fonctionnement sont disponibles.</p> <p>Produit1.4 : Les supports audiovisuels didactiques pour l'IEC sont disponibles.</p> <p>Produit 1.5 Les associations communautaires œuvrant pour la PTME sont répertoriées et renforcées</p> <p>Produit 1.6 Un partenariat est développé avec le secteur privé pour promouvoir la PTME</p> <p>Un système de référence et de contre référence est développé</p> <p>Produit 2 : Les médicaments pour la prophylaxie du nouveau né et de la thérapie pour la mère sont disponibles en continu et dispensés à au moins 80%.</p> <p>Produit 2.1 : La prophylaxie antirétrovirale et le traitement de la mère est assurée par un personnel qualifié.</p> <p>Produit 2.2 : les documents référentiels de prises en charges sont disponibles.</p> <p>Produit 2.3 : La coordination et le suivi des activités sont assurés. (Réunion thérapeutique supervision, monitoring...)</p> <p>Produit 2.4 : Un mécanisme d'approvisionnement continu est développé.</p>	<p>Proportion des services de SMI offrant le test du VIH</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>% de structure ayant une disponibilité personnel</p> <p>% structure disposant de matériel et équipement complet pour PTME</p> <p>% de supervisions réalisées.</p> <p>Nombre de séance d'IEC réalisées</p> <p>% de structure qui assure une disponibilité continue en ARV</p> <p>% de structure ayant offrant la prophylaxie et traitement ARV</p>	<p>Système d'information sanitaire mis en place.</p> <p>Rapport d'activité</p> <p>Système d'information sanitaire mis en place.</p>	<p>La commande et la livraison des médicaments antirétroviraux sont faites dans les prévus de même pour les réactifs et autres intrants pour le dépistage</p> <p>Le personnel formé est stable à leur poste</p>

ANNEXE 2 : Calendrier des activités du projet

Activités	2013-2014				2014-2015				2015-2016			
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4
Activité 1.1 : Etendre le service de dépistage dans 8 centres de santé privés et publique												
Activité 1.2 : Recruter le personnel qualifié additionnel d'appui au projet.												
Activité 1.3 : Doter le personnel en intrants de laboratoire pour le test du VIH (réactifs et												
Activité 1.4 : Doter le personnel en outils didactiques pour la réalisation des séances d'IEC												
Activité 1.5 : Organiser 30 séances d'IEC												
Activité 1.7 : Identifier et former les membres des associations communautaires et les leaders communautaires sur les techniques d'IEC et la référence contre-référence.												
Activité 1.8 : co-organiser des 06 réunions de coordinations inter et multisectorielles dans la préfecture												
Activité 1.9 : Fournir 5 motocyclettes pour la réalisation des activités.												
Activité 1.10 Assurer le paiement du salaire du personnel additionnel en appui.												
Activité 2.1 : offrir une prophylaxie antirétrovirale et un travail traitement antirétroviral à au moins 1827 femmes enceintes infectées et à 1786 enfants exposés par année.												
Activité 2.2 : Assurer la formation/recyclage du personnel (200) sur la PTME y compris le système de référence contre référence, la gestion du stock des médicaments et la tenue des outils de collecte des données.												
Activité 2.4 : Assurer la reproduction et la distribution des documents et référentiels de prise en charge.												
Activité 2.5 : Réaliser des supervisions formatives mensuelles au niveau des centres de santé (54) et trimestrielles au niveau dans hôpitaux de district (4)												
Activité 2.6 : organiser une fois par semaine une réunion de comité thérapeutique												
Activité 2.7 : Assurer la fourniture des matériels bureautiques et informatiques (1 ordinateur et accessoires) pour le fonctionnement												

ANNEXE 3: Schéma thérapeutique de l'antirétroviral chez la femme enceinte infectée par le VIH pour sa propre santé :

Commentaires	Protocoles
Quelqu'en soit le CD4	AZT + 3TC + NVP10
	AZT + 3TC + NVP
	ZDV + 3TC + LPV/r
En cas d'anémie sévère et CD4 < 250	TDF + FTC + NVP
Co-infection VIH/Tuberculose	ZDV + 3TC + ABC
Co-infection VIH/HBV	TDF + FTC + LPV/r

Annexe 4 : Schémas thérapeutique de première ligne pour la prise en charge thérapeutique de l'enfant et du nourrisson infecté par le VIH

Commentaires	Protocoles
En-dessous de deux (2) ans connus exposés aux INNRT	AZT + 3TC+ LPV/r
En-dessous de deux (2) ans sans exposition connue aux INNRT	AZT + 3TC + NVP
Plus de deux (2) ans mais en-dessous de trois (3) ans	
Au-dessus de trois (3) ans, exposé ou non exposé aux INNRT	
En cas de réaction avec la NVP	AZT + 3TC + EFV
En cas d'anémie	ABC + 3TC + NVP
CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE	
N'importe quel enfant avec une TB active doit commencer les anti-TB immédiatement	
Enfant de moins de trois (3) ans	AZT + 3TC + ABC
Enfant de plus de trois (3) ans	AZT + 3TC + EFV
CO-INFECTION VIH/HEPATITE	
Enfant < 3 ans avec Hépatite B	AZT + 3TC + LPV/r
Enfant 3 à 12 ans avec Hépatite B	AZT + 3TC + EFV
Adolescent > 12 ans avec l'Hépatite B	TDF + FTC + EFV
En cas de VIH2 ou VIH1+2	Remplacer NVP et EFV par un IP de préférence le KALETRA

Annexe 5 : Schémas thérapeutiques de deuxième ligne pour la prise en charge thérapeutique de l'enfant et du nourrisson infecté par le VIH

	Traitement de 1ère ligne	Traitement de 2ème ligne
Enfant et nourrisson	[AZT ou D4T] + 3TC + [NVP ou EFV]	ABC + 3TC + LPV/r
[ABC ou D4T] + 3TC + [NVP ou EFV]		AZT + 3TC + LPV/r
En cas d'anémie ou de réaction avec l'ABC		DDI+ 3TC + LPV/r
CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE		
Enfant et nourrisson	AZT + 3TC + ABC	DDI + 3TC + LPV/r
AZT + 3TC + EFV		ABC + 3TC + LPV/r
CO-INFECTION VIH/HBV		
Enfant et nourrisson	AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + [ATV/r ou DRV/r]
AZT + 3TC + EFV		ABC + 3TC + LPV/r
TDF + FTC + EFV		AZT + 3TC + LPV/r

ANNEXE 6 : CANEVAS DE COLLECTE DES DONNEES SUR LA PTME EN RCA

ACTIONS POLITIQUES

Existence de politique en matière de prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive :

Oui Non

Existence de cadre juridique favorable à la PTME :

Existence de loi pour éliminer la discrimination et combattre la stigmatisation : oui Non

Existence loi permettent la réduction de la vulnérabilité des femmes : oui Non

Renforcement capacité financière, humaine et institutionnelle : oui Non

Appuyer la mobilisation des organisations à assise communautaire : oui Non

IMPLICATION DE LA COMMUNAUTÉ

Les familles sont impliquées : oui Non plus ou moins

Les conjoints : oui Non plus ou moins

La population en général : oui Non plus ou moins

Quels sont les connaissances des femmes enceintes sur la transmission du VIH prévention mère-enfant.

CAPACITÉS HUMAINES

Le personnel est formé ? : Aspect clinique, aspect thérapeutique, aspect techniques, test laboratoire, contrôle qualité, confidentialité, aspects éthiques, aspects psychosociaux, fiabilité, qualité, confidentialité...

CAPACITÉ FINANCIÈRE

Financement État oui Non

Subventions internationales oui Non

CAPACITE A ATTEINDRE LA POPULATION CIBLE

Existe-t-il un plan de communication d'information adapté : oui Non

CAPACITE FONCTIONNELLE

Accès géographique aux infrastructures impliquées

Capacité d'accueil des femmes enceintes des nouveau-nés

Pharmacie : approvisionnement en ARV oui Non

Disponibilité (rupture de stock) oui Non

Laboratoire : approvisionnement en réactifs oui Non

INDICATEURS RELATIF A LA PTME

Indicateurs	Estimations		
	Année 1	Année 2	Année 3
Prévalence du VIH chez la femme			
Ratio Homme femme de l'infection à VIH			
Taux de séropositivité du VIH chez la femme enceinte en CPN			
Taux de transmission mère-enfant à 6 semaines			
Taux de transmission mère-enfant du VIH en l'absence de toute intervention.			
Nombre d'enfants infectés par le VIH			
Proportion d'enfants parmi les personnes vivant avec le VIH.			
Taux de fécondité adolescente			
Taux prévalence contraceptive			
Connaissance sur PTME			
Couverture CPN 1			
Couverture CPN 4			
Couverture accouchement assisté par du personnel qualifié			
Proportion de femmes pratiquant un allaitement maternel exclusif, jusqu'à 6 mois			
Proportion de femmes pratiquant un allaitement			
Nombre des femmes enceintes dépistées			
Nombre des femmes enceintes dépistées ayant retiré leur résultat			
Proportion des femmes enceintes dépistées			
Couverture ARV chez la femme enceinte pour PTME			
Pourcentage des femmes enceintes recevant ARV pour PTME			
Nombre d'enfants vivant avec le VIH, qui ont besoin d'un traitement et reçoivent un traitement			
Nombre d'enfants vivant avec le VIH et qui ont besoin d'un traitement			