



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Mémoire de fin d'étude

Titre :

**Communication sur le passage à l'échelle de la PTME au Sénégal :
Un exemple dans le district sanitaire de Nioro du RIP**

Présenté par : **Sidy Mokhtar NDIAYE**

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

Sous la direction de : **Mariam Bâ**, responsable de la cellule de communication à la DLSI

Codirecteur : **Dr Abdoulaye Sidibé WADE**, chef de la DLSI

Département : **SANTE**

Spécialité : **Santé Internationale**

Le 25 Mars 2013

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESANGE Président

Directeur du département santé université Senghor

Dr Brigitte QUENUM Examineur

ONUSIDA siège, Genève (SUISSE)

Dr Sany KOZMAN Examineur

consultant international
président de l'ONG friends of life(Egypte)

Remerciements

- *Je tiens à remercier dans un premier temps, toute l'équipe de la Division de Lutte contre le Sida et les IST, particulièrement Docteur Abdoulaye Sidibé Wade et Mariam Bâ, pour m'avoir permis à faire mon stage à la DLSI, et de m'avoir encadré pour ce mémoire. De même à Dr Ndèye Fatou NGOM, Batou Souaré, Madame Ba Diakhou, Madame Kébé.*
- *Je remercie également toutes et tous qui m'ont aidé de part leurs conseils, à réaliser ce travail aussi pénible notamment :*
- *Au Docteur MESENGE Christian, Directeur du département santé, et à madame Alice MOUNIR, secrétaire du département santé, je vous remercie également ;*
- *A mes collègues promotionnaires du département santé (2011-2013) en particuliers mes amis Robleh, Innocent, Abdelhalim ;*
- *A toutes et tous les professeurs venus d'Europe, du Canada et d'Afrique qui nous ont donné de bons et justes savoirs.*
- *A tous mes compatriotes sénégalais à Alexandrie (Fall, IG, Kanté, SORY, Ndiaye J, Coumba, Thierno B, Thierno D, Mané, OUZ, Fary, AWA, Anne, Fatima, Khoudia, Binta, Téning, Dior, Fatou, Fama, Petit Khadim, Thiam.*

Dédicace

- *Je dédie ce mémoire spécialement à mon épouse Madame Amy TRAORE NDIAYE, pour le courage et la patience pendant toutes ces deux longues années.*
- *Sans oublier mon Papa, Mame Démba NDIAYE et ma chère mère, Khady TALL. Vous m'avez montré le droit chemin qui mène vers la réussite et le succès.*
- *Mais aussi à mon grand père Sidy Mokhtar Diop, mes oncles Makha Keita et Mamadou Diop, à mes frères sœurs, cousins cousines, amis et collègues dont les noms suivent ici (Bouh Keita, Amy NDIAYE, Mamadou NDIAYE, Maïmouna NDIAYE, Rabiadou Diop, Mamy Diop, Codou Diba, Yandé NDIAYE, Emile et Fanta SONKO, moussa NDIAYE, Djidiack, Sophie, Péne, Diarra KEITA, maay DIOP, Baye SIDY, Père Abdou KEITA, Bass Keita, Lamine Diop, Waly, Maman Fatou KEITA, Rokhaya TRAORE, mame TRAORE, Yanco Dhiédiou, Bamba GUEYE, mon grand frère et ami Mamadou MAARA, baye ségne toubá.*

Résumé

La lutte contre le sida demeure une priorité mondiale, surtout dans les pays à revenus faibles ou à revenus intermédiaire. Après trois décennies, cette maladie pandémique touche de plus en plus les hommes, les femmes et les enfants qui sont les plus vulnérables.

Aujourd'hui, l'une des préoccupations majeures des acteurs de la lutte est l'élimination de la transmission mère-enfant du virus, à travers le programme PTME.

Au Sénégal, pays subsaharienne où le taux de prévalence du VIH reste encore faible par rapport au reste de l'Afrique (0,7%), le programme PTME est actuellement à l'échelle nationale jusqu'aux postes de santé dans les villages, après une phase pilote durant le début des années 2000.

Malgré cela, des difficultés de plusieurs natures se présentent lors de la mise en œuvre du programme. Ainsi, la faiblesse du programme PTME serait en partie liée à un problème de communication. Par exemple, la communication sur l'importance de la PTME envers les populations qui sont les principales bénéficiaires, et la communication sur les réalités du terrain, pour que de bonnes décisions soient prises par les autorités. « la communication sur le Sida doit constituer un axe majeur de la politique de santé de l'Etat » (France Lert).

Dans cette étude, il est question de faire une communication sur le passage à l'échelle de la PTME au Sénégal en prenant l'exemple du district sanitaire de Nioro du RIP.

Pour y arriver, nous avons fait d'abord une revue de la littérature sur la politique, les engagements et les stratégies mis en place par les organisations internationales en charge du problème dans le monde en général et au Sénégal en particulier. Ensuite, nous avons mené une enquête par interview auprès des responsables du programme, des prestataires et des bénéficiaires.

A l'issue de l'enquête, nous avons identifié plusieurs bonnes pratiques sur la PTME, mais aussi des difficultés rencontrées par les prestataires et les bénéficiaires sur le terrain. Par exemple l'implication des associations communautaires et la collaboration entre les prestataires, les ONG locales et les personnes vivants avec le virus. Mais aussi le non décentralisation de certaines tâches et le manque de formation continue pour les prestataires, de même que les difficultés d'accès aux services de soins, liés aux problèmes financières et géographiques, pour les populations, ont été soulevées.

Pour apporter des solutions, nous avons fait une proposition de plan de campagne basé sur les techniques de marketing social, en vue de faire la promotion de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP.

Mot-clefs: communication, sida, passage à l'échelle, VIH, DLSI, PTME

Abstract

The fight against AIDS remains a global priority, especially in countries with low or middle income. After three decades of this pandemic disease affects more men, women and children who are most vulnerable.

Today, one of the major concerns of stakeholders in the fight is the elimination of mother to child transmission of the virus through the PMTCT program.

In Senegal, where the sub-Saharan HIV prevalence is still low compared to the rest of Africa (0.7%), the PMTCT is now operational at national level and in the health post in the villages, after a pilot phase during the early 2000s.

Despite this, several kinds of difficulties arise in the implementation of the program. Thus, the weakness of the PMTCT program is partly due to a communication problem. For example, the communication on the importance of PMTCT to the people who are the main beneficiaries, and communication on the realities on the ground, so that the right decisions are taken by the authorities. "... Communication on AIDS should be a major focus of health policy of the State "(France Lert)

In this study, it is an issue of communication on the scaling up of PMTCT in Senegal by following the example of the health district Nioro RIP.

To achieve this, we first made a review of the literature on political commitments and strategies implemented by international organizations in charge of the problem worldwide and in particular in Senegal. Then we conducted an interview survey with program managers' service providers and beneficiaries.

At the end of the survey, we identified several good practices on PMTCT, but also the challenges faced by service providers and beneficiaries on the ground. For example, the involvement of community groups and collaboration between service providers, local NGOs, people living with the virus. But not the decentralization of tasks and the lack of training for service providers, as well as lack of access to health care, problems related to financial and geographical, for the people, were raised.

For solutions, we proposed a communication plan to promote PMTCT in the health district of Nioro RIP.

Key-words: HIV; DLSI; PMTCT; communication; AIDS; scaling

Liste des acronymes et abréviations utilisés

APP	Approche Participative de Prévention
APDC	Acteurs Porteurs de Dynamique Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CPN	Consultation Périnatale
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
DLSI	Division de Lutte contre le sida et les IST (Infection Sexuellement Transmissible)
ELISA	Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay
ETME	Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FAR	Femme en Age de Procréer
IATT	Interagency Task Team
IEC	Information-Education-Communication
ISAARV	Initiative sénégalaise d'accès aux ARV
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSM	Men Having Sex with Men
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCR	Polymérase Chain Réaction
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement sanitaire du Sénégal
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PS	Professionnelle du Sexe
TME	Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RH	Ressources Humaines
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise.
VAD	Visite à Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

<i>Remerciements</i>	i
<i>Dédicace</i>	ii
Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Table des matières.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE GENERALE.....	3
1.1 Contexte mondiale	3
1.2 Contexte sénégalais	6
1.3 Justification de l'étude	7
1.4 Objectifs de recherche	8
1.4.1 Objectif général	8
1.4.2 Objectifs spécifiques :	8
1.5 Hypothèses	8
1.6 Résultats attendus	9
2 CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE.....	10
2.1 Stratégies mondiales contre le sida et plan mondial de lutte contre la transmission mère enfant du VIH.	10
2.1.1 Stratégies mondiales contre le sida.	10
2.1.2 Plan mondiale pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	12
2.1.3 Évolution des directives mondiales sur la PTME	15
2.2 Lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Sénégal	16
2.2.1 Politique de la PTME du Sénégal	16
2.2.2 Stratégies d'intervention dans le programme PTME au Sénégal	17
3 CHAPITRE 3 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	20
3.1 Cadre de l'étude	20
3.1.1 Présentation du Sénégal	20
3.1.2 Politique de santé Sénégalaise	21
3.2 Méthodologie	23
3.2.1 Lieux d'études	23
3.2.2 Stratégies de recherche	24
3.2.3 Population d'étude	24
3.2.4 Critères d'inclusion des enquêtés	25
3.2.5 Outils de collecte des données	25

3.2.6	Exploitation et analyse des résultats	25
3.2.7	Apports spécifiques du stage	26
3.2.8	Limites de la méthodologie	27
4	CHAPITRE 4 : RESULTATS ET DISCUSSION	28
4.1	Résultats	28
4.1.1	Résultats issus de la recherche documentaire et relatifs aux réalisations dans le cadre de la PTME au Sénégal	28
4.1.2	Résultats de l'enquête à Kaolack (région médicale)	31
4.1.3	PTME dans le cas spécifique du district sanitaire de Nioro du RIP	32
4.2	Discussion	38
4.2.1	Succès et limites de la PTME au Sénégal	38
4.2.2	Facteurs de succès et limites de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP 41	
5	CONCLUSION	49
6	BIBLIOGRAPHIE	I
7	ANNEXES	VI

INTRODUCTION

La transmission du virus du sida de la mère à l'enfant est de loin le mode de transmission le plus important chez les nouveau-nés et les nourrissons. Elle représente jusqu'à 95% des infections infantiles en Afrique subsaharienne (rapport ONUSIDA 2010). Cette transmission peut se faire pendant la grossesse, à l'accouchement ou durant l'allaitement. Ainsi, cette situation préoccupe de plus en plus les organisations internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé et l'onusida, ainsi que tous les pays membres. Une préoccupation qui se traduit par des actions à travers la vulgarisation d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, qui est en application de manière spécifique dans tous les pays, mais à des niveaux très différents selon que l'on se trouve au Nord ou bien au Sud. Ce programme a permis déjà dans les pays du nord de réduire à zéro la transmission mère-enfant du VIH. Cependant, les pays du sud eux, peinent encore à le mettre en œuvre.

Au Sénégal, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) occupe une place prépondérante dans la lutte contre le sida durant ces dernières années. Ainsi, à travers le Plan Stratégique Nationale (PSN) de lutte contre le sida de 2011-2015, le pays s'est fixé comme objectif d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015. Le PSN de 2011-2015 intègre en bonne partie le programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH.

Instauré depuis 2000, le programme PTME constitue le levier stratégique sur lequel se basent les autorités en charge de la question pour atteindre les objectifs fixés. Il a débuté avec une phase pilote dans la région de Dakar sur une période de cinq ans. Au terme de cette phase, il est ressorti la faisabilité d'une bonne prise en charge des femmes enceintes séropositives avec une réduction du taux de transmission de plus de 30% à moins de 5%. Par la suite, une évaluation de cette expérience a été suivie d'une recommandation de l'extension du programme dans toutes autres les régions du pays. Il est actuellement décentralisé jusqu'aux postes de santé, aussi bien en milieu urbain que rural. Cependant, alors qu'il ne reste que deux années avant 2015, des difficultés qui pourraient entraver l'atteinte de cet objectif sont encore notés, malgré la mise en place du programme.

En effet, après cinq années de mise en œuvre du passage à l'échelle de la PTME, la Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI) a eu à diligenter une enquête nationale sur la Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH en 2010. Cette institution, logée au niveau du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est chargée de l'exécution et de la coordination des aspects santé du programme multisectoriels de luttés contre le sida, dont celui de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH. Cette enquête a montré que la transmission mère-enfant est estimée à 1,1% lorsque les prophylaxies ont été correctement menées chez la mère et chez le nouveau-né. C'est ainsi que la DLSI, a décidé de faire une documentation sur le passage à l'échelle de la PTME afin de pouvoir, en partie, communiquer sur

les forces et les faiblesses du programme. La cellule de communication du même service a été chargée de coordonner et de mener les activités de cette documentation qui cible les bonnes pratiques de la PTME, intégrant les aspects de dépistage des femmes enceintes et de prise en charge effective du couple mère-enfant jusqu'aux postes de santé où se localisent au moins 80% de la cible. Les activités de cette documentation ont démarré d'abord dans les régions de Thiès et de Dakar en 2011, ensuite dans les régions de St Louis et de Kaolack en 2012.

C'est cette documentation sur le passage à l'échelle de la PTME au Sénégal qui fait l'objet de ce mémoire de fin d'étude en Master 2 de Santé Internationale, traitant le cas spécifique du District Sanitaire de Nioro du RIP dans la région de Kaolack. C'est durant la période de stage effectué à la cellule de communication de la DLSI de Mai à Septembre 2012, que l'enquête de documentation dans la Région de Kaolack a été menée.

Ce mémoire a pour vocation de communiquer sur le passage à l'échelle de la PTME, et non pas de faire une recherche scientifique sur ce sujet. Ainsi, la communication serait l'un des aspects importants et non négligeables dans le processus de mise en œuvre du passage à l'échelle de la PTME. Elle permet non seulement de relater les faits et les vécus dans un processus d'exécution, mais aussi de partager les informations à l'interne et à l'externe d'une organisation. Cela pourrait aider à renforcer et élargir les actions positives ou bonnes pratiques, mais aussi de connaître les limites des actions menées.

Ainsi, le document que nous présentons est composé de quatre chapitres. Dans le premier chapitre, la problématique générale est évoquée sous deux angles, d'abord sur le plan mondial et ensuite au niveau du Sénégal particulièrement. Ensuite le cadre théorique est abordé avec les stratégies proposées pour la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH, d'abord par les institutions internationales en charge de la question, et ensuite par le Sénégal. Le troisième chapitre traite du cadre de l'étude et de la méthodologie. Enfin les résultats et la discussion constituent le quatrième chapitre.

Les résultats issus de la recherche suggèrent des moyens d'actions qui pourront contribuer à l'amélioration des performances du programme PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE GENERALE

1.1 Contexte mondiale

La pandémie du sida continue d'être un véritable problème de santé publique mondial, et dans les pays en développement particulièrement. Depuis plus de trois décennies, le nombre de décès liés à cette infection à VIH se compte encore par million. En 2011, environ 1,7 million de personnes [1,6 million–1,9 million] sont décédées de causes liées au sida dans le monde (ONUSIDA 2012). Et ce n'est pas fini, car durant la même année, environ 2,5 millions [2,2 millions–2,8 millions] de personnes sont nouvellement infectées dans le monde, (ONUSIDA 2012). Pendant ce temps, l'Afrique subsaharienne reste encore la région largement la plus touchée. En effet, environ 23,5 millions [22.2 millions–24.7 millions] vivant avec le sida, dont 1.7 millions [1.6 millions –1.9 millions] de nouvelles infectées en 2011 se trouvent dans cette partie du monde (ONUSIDA 2012). En plus, 91 % des 3,4 millions [3,1 millions–3,9 millions] d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde en 2011 s'y trouvent également (ONUSIDA 2012).

Cette situation alarmante fait augmenter les doutes quant à l'avenir de ce continent qui peine toujours à se développer. Les jeunes et les femmes qui sont à la base de tout processus de développement sont les plus touchés. Parmi les nouvelles infectées par le VIH, qui ont 15 ans et plus en Afrique subsaharienne (2011), les 40% sont âgés entre 15 et 24 ans, et les 2/3 sont des femmes (ONUSIDA 2012). Selon l'ONUSIDA, ceci est dû au fait qu'à l'échelle mondiale les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont les plus vulnérables à l'infection à VIH, avec des taux d'infection deux fois plus élevés que chez les hommes de la même classe d'âge. Elles sont en plus la principale cause de transmission du virus aux enfants, pendant la grossesse, à l'accouchement ou durant l'allaitement lorsqu'elles sont séropositives. Ainsi, malgré les importants efforts consacrés par les organisations internationales et les pays membres dans la lutte, le taux de l'infection à VIH chez les enfants reste élevé dans les pays en voies de développement.

Ces efforts consentis ont donné des résultats ces dernières années. Des progrès certes, car en 2011, 57% [51 %-64 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 1,5 million [1,3 million–1,6 million] de personnes, recevaient des médicaments antirétroviraux efficaces pour éviter la transmission du virus à leur enfant (ONUSIDA 2012). Cela représente une augmentation de près de 10 % en un an seulement.

Pourtant, ces efforts ont longtemps été consentis dans les pays développés pour réduire à zéro le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. A cet effet, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, est devenu une possibilité qui n'est plus à démontrer mais à appliquer avec des moyens très simples. En Novembre 2011, lors de la conférence internationale sur l'élimination de la

TME du VIH, organisée par l'UNICEF-France à Paris, madame Barré SINOUSSE¹ évoquait la frustration des chercheurs, quand il y a des outils sur la PTME issus de la recherche, qui ont fait leurs preuves et qui ne sont pas en application à l'échelle mondiale. Selon madame SINOUSSE (2011), les pays développés ont réussi à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant grâce à cette découverte sur les médicaments antirétroviraux (ARV). Mais la pauvreté serait peut être une entrave pour la réalisation de cette pratique dans les pays en développement.

Même si la pauvreté et les fortes inégalités sociales entre pays développés et pays en développement ont toujours été à l'origine de la défaveur de ces pays pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il faut noter aussi aujourd'hui le manque de volonté politique dans ces Etats où ils existent toujours des problèmes organisationnels au niveau des services de soins, des problèmes de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant. Mais avec l'appui du fonds mondial aux pays en développement, pour le financement de la lutte contre le sida, on peut espérer une élimination presque totale de la transmission mère enfant en Afrique à l'horizon 2015. A cela, s'ajoutent les différentes initiatives lancées par des organisations internationales pour l'élimination de la TME du VIH.

En 2007, l'OMS, l'UNICEF et le groupe inter-agence pour la lutte contre le sida, à travers des recommandations, souhaitaient qu'à l'horizon 2010 au moins 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH, qui ont besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé en bénéficient. Ce qui n'a pas été réalisé. Le défi de réduire à zéro la mortalité maternelle et infantile liée au VIH dans les pays en développement est donc loin d'être relevé, mais pas impossible.

Les causes de la mortalité maternelle et infantile sont nombreuses, mais l'infection à VIH chez les mères et les enfants en est l'une des plus importantes ; alors que des solutions existent. Selon NJOM NLEND (2007), avec le traitement péri-partum et postpartum disponible, la contamination du VIH de la mère à l'enfant peut être largement maîtrisée, alors que sans traitement, la moitié des enfants infectés meurent avant l'âge de deux ans. Ainsi, dans les pays en développement, des mesures très élémentaires pour éviter la transmission du virus aux enfants nés de mères séropositives sont parfois très négligées. En plus, dans de nombreux pays les mères ne reçoivent pas de conseils et de soutiens à l'alimentation des nourrissons dans le cadre des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (rapport UNICEF 2009).

Néanmoins, la bataille continue sans relâche, et certains leaders politiques Africains y croient. « Je crois sincèrement qu'un nouveau dynamisme est possibles pour empêcher le décès des mères et sauver leurs bébés d'une infection au VIH », disait Me Abdoulaye WADE, ex président de la République du Sénégal, (Kampala le 27 juillet 2010). Il est nécessaire et urgent aujourd'hui que toutes les femmes enceintes qui en ont besoin bénéficient des avantages de la PTME. Cependant, le programme PTME

¹ Françoise Barré-Sinoussi est une chercheuse française en virologie. En 1983, elle a participé à la découverte du virus de l'immunodéficience humaine à l'origine du sida lorsqu'elle faisait partie, à l'Institut Pasteur, de l'équipe de Luc Montagnier. Elle est prix Nobel de médecine en 2008.

ne cible pas seulement les femmes enceintes selon l'OMS, mais toutes celles en âge de procréer, avec ces différentes composantes à savoir :

- ✓ la prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âges de procréer ;
- ✓ la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ;
- ✓ la prévention de la transmission du VIH par les mères infectées à leurs nourrissons ;
- ✓ le conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant ;
- ✓ le traitement approprié, soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants, leurs conjoints et leurs familles.

Les débats sur la problématique de la lutte contre le sida continue. Si certains pensaient que cette problématique ne pourrait être résolue que par la mise en place de substances curatives, il est pertinent de savoir aujourd'hui selon l'ONU, que la maîtrise et l'éradication de la maladie est réalisable si on accorde une vigilance constante aux modes de transmission. Le programme pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) en est une parfaite illustration dans sa politique de santé. Aujourd'hui, la mise en œuvre de ce programme PTME est à l'échelle mondiale et se cherche à connaître une couverture totale, universelle. Selon l'OMS, dans son guide pour la mise à l'échelle mondiale de la PTME en 2007 : « le programme PTME vise à prévenir l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la transmission mère-enfant chez les femmes vivant avec le VIH ; en plus, d'identifier et de traiter les femmes enceintes devant recevoir un traitement antirétroviral pour leur propre santé ; en fin, de fournir une prise en charge, un soutien et un traitement aux enfants et aux familles ». Ce programme a pour objectif d'éviter à des centaines de milliers d'enfants d'être à leur tour infecté. Il est donc nécessaire de l'appliquer dans tous les pays surtout en Afrique. Cependant, il n'en demeure pas nuls des difficultés qui peuvent entraver cette vision.

Des études ont montré qu'ils existent des obstacles liés à l'adhérence des femmes enceintes au programme PTME. Ce qui peut diminuer fortement son efficacité. Les résultats issus d'un programme français en côte d'Ivoire ont montré que : « *sur environ 25000 femmes à qui le dépistage a été proposé en CPN, le programme n'a permis d'éviter que 108 infections d'enfants sur 549 prévues, soit une efficacité de 20% seulement, alors que le traitement en lui-même est efficace à 70%, donc que 384 cas d'infections auraient dû être évités et non seulement 108 : cela s'explique par les nombreuses déperditions d'effectif en amont de la mise sous traitement : 30% des femmes soit refusent le test de dépistage soit l'acceptent mais ne reviennent pas chercher leur résultat de dépistage (par peur du résultat, peur de la réaction du conjoint...), et 60% des femmes VIH+ informées de leur infection ne sont pas mises sous traitement, parce qu'elles ne remplissent pas les critères d'éligibilités, mais pour la majorité parce qu'elles refusent le programme (crainte d'être « repérées » comme malades si elles intègrent un tel programme, désaccord du conjoint...)* » (Dabis F. Présentation du programme

DITRAME PLUS, 2003, cité par Desgrée du Lou A. 2003). Ce passage fait réfléchir sur l'importance de la mise en œuvre du programme PTME jusqu'aux niveaux des postes de santé en milieu rural.

1.2 Contexte sénégalais

Le Sénégal a très tôt compris les enjeux de la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et l'a intégré dans son programme national de lutte contre le sida instauré depuis 1986, après la découverte des premiers cas de personnes infectées dans le pays. En effet, il est le premier pays en Afrique subsaharienne à avoir mis en place, en 1998 la première initiative gouvernementale d'accès aux traitements antirétroviraux (CNLS). Dans ce pays, le programme PTME a démarré en 2000, par une phase pilote au niveau de quatre districts sanitaires dans la région de Dakar. Après une évaluation à la fin de cette phase pilote, les autorités compétentes ont décidé de passer à son application dans les autres régions du pays en 2005. Pendant ce temps, la décentralisation du programme PTME a suscité beaucoup de questions quant à la possibilité de sa mise en œuvre surtout en milieu rural où vivent plus de la moitié de la population dans des situations économiques et sociales très précaires (EDS V). En plus, l'analphabétisme accentuée en milieu rural, avec six femmes sur dix qui n'ont reçu aucune éducation formelle (EDS V), ainsi que le manque d'informations, ou bien même des informations erronées vis-à-vis du sida, font émerger des doutes sur l'implication et l'adhésion de cette frange de la population cible du programme PTME, particulièrement les femmes enceintes.

Les résultats de l'expérimentation du programme avaient montré que la prise en charge préventive appropriée de la mère et du nouveau-né peut réduire jusqu'à 2 à 5 % le risque de contamination du VIH de la mère à l'enfant, au lieu de 20 à 40% lorsque la mère n'est pas traitée en cas d'infection. Pendant cette période, le taux global de transmission du VIH de la mère à l'enfant était estimé à 5,1% alors qu'il peut atteindre 1,1% chez celles qui bénéficient d'une prophylaxie complète avec les protocoles en vigueur recommandés par l'OMS (rapport DLSI sur l'évaluation de la phase pilote du programme PTME 2004). Il fallait alors procéder à la décentralisation du programme.

En 2011, la décentralisation de la PTME est effective à 100% des centres de santé du Sénégal (DLSI 2011). Suffit-il dans ce cas pour atteindre les objectifs de réduire à zéro la TME du VIH ? Car cette décentralisation n'a pas encore atteint tous les postes de santé. Alors que « la décentralisation de la PTME jusqu'aux postes de santé pourrait contribuer à de meilleurs résultats si le suivi prénatal, l'accouchement et le suivi post-natal se font dans la même structure avec une même équipe » (M. Coulibaly et Al, 2002). Mais le défi est toujours permis, car suivant les recommandations de l'OMS, le gouvernement du Sénégal s'est fixé les mêmes objectifs que cette dernière pour l'année 2015 à savoir l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Il s'est en plus fixé le défi de maintenir à moins de 1% la prévalence du VIH dans la population générale et de mise sous traitement plus de 80% des personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin (CNLS-PSN 2011-2015).

La situation épidémiologique du sida au Sénégal est assez stable avec une prévalence de 0,7% (EDS V, 2010-2011) dans la population générale. La prévalence chez les femmes de 15-49 ans (0,8%) est supérieure à celui des hommes de la même tranche d'âges (0,5%) (EDS V). En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui était restée au-dessus de 1% jusqu'en 2006 (1,4% en 2006) est actuellement en baisse. Les résultats annuels du dépistage des femmes enceintes dans le cadre de la PTME ont confirmé des taux de séropositivité de 0,71% en 2008, 0,73% en 2009 et 0,70% en 2010 (CNLS-PSN 2011).

1.3 Justification de l'étude

Après une évaluation de la phase pilote du programme PTME en 2004, qui était suivi d'une décentralisation dans les centres de santé du pays, et une deuxième évaluation en 2007 qui a mené au passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé, la DLSI avait diligenté une enquête nationale en 2010, pour évaluer le niveau de transmission du VIH de la mère à l'enfant afin de déterminer l'impact du programme. Il s'agissait d'une enquête exhaustive sur les enfants nés de mère séropositive, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2010 dans 99 structures de santé répertoriées comme sites PTME. L'analyse des résultats qui a été faite chez les enfants de plus de 18 mois, montre un taux de transmission de 5,1% (DLSI, rapport d'enquête PTME 2010), ce qui est en phase avec les objectifs du programme (<5%). Pour les enfants ayant reçu une prophylaxie complète le taux de transmission est de 1,1% (DLSI : rapport d'enquête 2010). Il ressort également de ces résultats que les femmes enceintes séropositives se retrouvent surtout dans la tranche d'âge des 25 ans et plus (médiane de 0,9% contre 0,0% pour les 15-24 ans).

Cependant, cette étude avait permis de faire ressortir les difficultés, les limites et les contraintes du programme PTME surtout sur le plan de la communication. C'est ainsi qu'il a été constaté que : Entre 2007 et 2010, 21,7% des prestataires interrogés dans le cadre de cette enquête reconnaissent ne pas avoir mené des activités de sensibilisation sur la PTME bien qu'étant impliqués dans le processus de mise en œuvre de la PTME (DLSI, rapport d'enquête PTME 2010). Et ceux qui ont mené des activités de sensibilisation en ont assuré les 61%. Le reste revient aux ASC (35,4%) et les ONG (30%). Donc une faible participation communautaire (DLSI, rapport d'enquête PTME 2010). En plus, seulement 28,9% des prestataires affirment que les autorités locales s'impliquent dans les activités PTME menées au sein de leurs localités. Donc une faible adhésion des autorités locales. Et parmi ceux qui s'impliquent (39,8%) sont des autorités administratives, (31,2%) religieuses et seulement dans (28,9%) des cas pour les collectivités locales à qui cette compétence santé au niveau local a été transféré (DLSI, rapport d'enquête PTME 2010). D'autres difficultés constatées sont liées à l'absence de support de communication adéquat pour les causeries, ainsi que l'opposition du mari à la participation des femmes à ces activités.

La recommandation faite par les responsables de cette étude concernant le volet de la communication était de mettre en place un plan de communication avec mise à contribution des medias qui vont assurer une diffusion large mais aussi prolongée afin de rendre les bénéfices de la PTME visibles pour la population générale.

C'est donc l'une des raisons pour nous de faire une communication sur le passage à l'échelle de la PTME, pour pouvoir contribuer à faire de la promotion des bénéfices de ce programme.

Ainsi, nous nous sommes intéressés à la communication en santé, une des raisons aussi qui justifie notre choix à faire un stage à la cellule de communication de la Division de Lutte contre le Sida et les IST à Dakar. Un des domaines de la communication en santé est de documenter les programmes ou projets exécutés dans un lieux ou contexte déterminé.

Cette étude pourra donc contribuer à l'amélioration de la performance de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP dans un premier temps. Elle pourra ensuite servir de référence pour relancer la lutte contre la transmission mère enfant du VIH dans les autres districts du pays. Elle nous permettra en plus de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises dans le cadre de nos études en santé publique, afin de mieux contribuer au développement socio-sanitaire de notre pays.

1.4 Objectifs de recherche

1.4.1 Objectif général

Communiquer sur le passage à l'échelle de la PTME au Sénégal, particulièrement dans le district sanitaire de Nioro du RIP (région de Kaolack).

1.4.2 Objectifs spécifiques :

OS1 : démontrer le processus de décentralisation de la PTME jusqu'aux postes de santé dans le district sanitaire de Nioro du RIP ;

OS2 : exposer les faits marquant le passage à l'échelle de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP ;

OS3 : identifier les bonnes pratiques et les facteurs de limites de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP ;

OS4 : élaborer un plan de campagne basé sur les techniques de marketing social pour mieux vulgariser la PTME.

1.5 Hypothèses

Nous partons des hypothèses selon lesquelles :

Le Sénégal a connu des succès dans la mise en œuvre de son programme PTME, mais ils existent des limites qui entravent l'atteinte des objectifs d'élimination de la TME à l'horizon 2015.

Le passage à l'échelle de la PTME est une réalité dans le district sanitaire de Nioro du RIP, malgré les contraintes qui pèsent sur sa mise en œuvre effective dans toutes ces caractéristiques.

Le défaut de communication envers les populations sur le sida en général et la PTME en particulier à fait que beaucoup de couples n'adhèrent pas au programme PTME en acceptant le dépistage.

Le passage à l'échelle jusqu'aux postes de santé dans les districts est pertinent et cohérent vis-à-vis du plan national de lutte contre le sida au Sénégal et des recommandations de l'OMS dans ce domaine.

La durabilité du passage à l'échelle de la PTME dépend d'une part de la responsabilisation des prestataires (infirmiers et sages-femmes) dans les postes de santé et d'autre part de l'implication et de l'adhérence de la communauté en particulier les couples.

1.6 Résultats attendus

Sur la base de l'analyse bibliographique et de l'enquête menée sur le terrain, nous nous proposons de faire :

Une synthèse du processus de mise à l'échelle de la PTME : au niveau international, national (Sénégal), régional (Kaolack) et départemental (district de Nioro du RIP) ;

Une synthèse des résultats de la PTME en tenant compte des indicateurs de performance du programme, au niveau national et régional ;

Une présentation du processus de mise en œuvre et des résultats de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP ;

Une synthèse des bonnes pratiques et des contraintes identifiés dans le cadre de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP ;

Un plan de campagne de sensibilisation en utilisant des stratégies de marketing social pour vulgariser la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP.

2 CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

Dans cette partie, nous faisons une revue de la littérature commentée, sur les stratégies mises en place pour la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant, dans le monde en général et au Sénégal en particulier.

2.1 Stratégies mondiales contre le sida et plan mondial de lutte contre la transmission mère enfant du VIH.

2.1.1 Stratégies mondiales contre le sida.

La lutte contre le sida est une priorité pour les organisations mondiales du secteur de la santé. En effet, depuis le début de la pandémie en 1981, des stratégies ont été élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA. La dernière stratégie mondiale du secteur de la santé contre le sida pour 2011-2015 de l'OMS est étroitement alignée avec la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015, qui a été développé en parallèle avec une attention particulière à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Selon Meda Nicolas (2010) « la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est aujourd'hui un programme qui fait l'objet d'une attention toute particulière, surtout, à l'échelle internationale.... »

Les stratégies mondiales contre le sida sont en partie basées sur la recherche et le financement. Ainsi, à travers la recherche, des stratégies de réduction de la TME du VIH sont identifiées, et des politiques de mise en œuvre basées en grande partie sur le financement sont formulées. La possibilité de prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant a été confirmée depuis 1994, mais la pratique pour y aboutir demeure encore un casse-tête pour les pays en voie de développement.

Orientations stratégiques mondiales de lutte contre le sida selon l'OMS

Pour l'OMS, jusqu'en 2015, la riposte du secteur de la santé au VIH doit suivre quatre (4) orientations stratégiques complémentaires appelant chacune des mesures spécifiques pour garantir une riposte durable. Il s'agit de :

1 Optimiser la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH et les résultats des soins.

L'orientation stratégique 1 garantit que l'ensemble des interventions liées au VIH sont renforcées et élargies. Ces programmes fondamentaux de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins visent à renforcer la qualité, l'efficacité et la couverture des interventions et approches concernant le VIH et de définir de nouvelles interventions.

2. Obtenir des résultats sanitaires plus larges grâce aux ripostes au VIH.

L'orientation stratégique 2 vise à promouvoir la création de corrélations et de synergies étroites entre les programmes VIH et les autres programmes de santé connexes, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la tuberculose, la pharmacodépendance et la réduction des effets nocifs. La contribution potentielle des ripostes au VIH à un éventail de résultats sanitaires est de plus en plus reconnue. Ces corrélations doivent être réciproques, les investissements en faveur de la lutte contre le VIH renforçant d'autres programmes de santé et les investissements d'autres programmes renforçant la riposte au VIH.

3. Mettre en place des systèmes solides et durables.

L'orientation stratégique 3 permet d'assurer que la riposte élargie au VIH puisse conduire à un système de santé complet, effectif et efficace offrant, à un prix abordable, des services VIH et d'autres services essentiels accessibles. Le système de santé apportera le financement, un personnel compétent et suffisant, une infrastructure, une technologie, des médicaments et d'autres produits, ainsi que des informations fiables sur lesquelles on pourra se fonder pour les activités et la planification des programmes. Il faudra tirer le maximum de ces contributions pour dégager de larges synergies et obtenir de meilleurs résultats sanitaires ; au contraire leur utilisation inappropriée risque d'affaiblir les systèmes de santé.

4. Réduire la vulnérabilité et supprimer les obstacles structurels à l'accès aux services.

L'orientation stratégique 4 met l'accent sur le rôle du secteur de la santé pour réduire la vulnérabilité face au VIH et l'exposition au risque d'infection, surmonter les obstacles structurels à l'accès à des services VIH de qualité, réduire les inégalités entre les sexes en matière de santé, et protéger les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. Dans le cadre d'une riposte multisectorielle, non seulement faudra-t-il mener des interventions spécifiques dans le cadre du secteur de la santé, mais aussi consentir des efforts pour introduire des politiques et des programmes favorables à la santé dans d'autres secteurs.

Ces quatre orientations stratégiques guident les ripostes mondiales, nationales et les alignent sur la réalisation des buts susmentionnés. Elles seront progressivement moins axées sur le VIH mais contribueront davantage à l'instauration d'une riposte durable et de l'équité en matière de santé.

Plan stratégique contre le sida de l'ONUSIDA (2011-2015)

La Stratégie pour 2011-2015 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) qui s'inspire du Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011 fournit un cadre multisectoriel pour la riposte collective des organismes coparrainants et du secrétariat de l'ONUSIDA à la pandémie du VIH. La Stratégie de l'ONUSIDA suit les stratégies sectorielles axées sur les problèmes des organismes coparrainants. Le projet de stratégie de l'OMS et la Stratégie de l'ONUSIDA sont établis en parallèle sur la base de consultations étroites de manière à être pleinement alignés l'un sur l'autre.

A travers ce plan stratégique, l'ONUSIDA se fixe des résultats à l'horizon 2015 à savoir : Zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida et zéro discrimination.

Accompagnés dans leurs stratégies par les bailleurs de fonds pour le financement, les organisations en charge de la lutte contre le sida en particulier l'ONUSIDA, lancent une campagne pour aboutir à zéro nouvelles infections à VIH liées à la transmission mère enfant, en 2015. Et pour cela, un plan mondial d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est adopté.

2.1.2 Plan mondiale pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Une vision :

L'ONUSIDA, à travers le programme commun des nations unies sur le VIH, a déclenché depuis 2011 le compte à rebours dont l'objectif est de voir à l'horizon 2015, tous les enfants du monde naître sans le VIH et que leurs mères pourront survivre. Ce Plan couvre tous les pays à revenu faible et intermédiaire mais se concentre sur les 22 pays (prioritaires) dont l'estimation des femmes enceintes séropositives est la plus élevée². Le Sénégal, pays où le taux de prévalence du VIH au sein de la population générale est stable et faible (moins de 1%), est exclu de ce groupe. Néanmoins, il dispose d'un programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH. Cette volonté manifeste de l'organisation des nations unies découle des résultats enregistrés durant les dix dernières années, sur la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le rapport mondial sur le sida (2010), avait montré que, 370 000 [230 000 – 510 000] enfants avaient été infectés par le VIH par une transmission de la mère à l'enfant (au lieu de 500 000 [320 000–680 000] en 2001), en Afrique subsaharienne³. Cependant, plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire étaient parvenus à couvrir au moins 80 % des services pour prévenir la transmission du VIH aux enfants, avec une couverture mondiale atteignant les 53 %

² Onusida ; plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie(2011)

³ Rapport mondial sur le VIH/sida, 2010

(ONUSIDA 2010). Parmi ces pays on retrouve ceux où la prévalence du VIH est élevée comme l'Afrique du Sud, le Botswana, la Namibie et le Swaziland.

Nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2000-2015

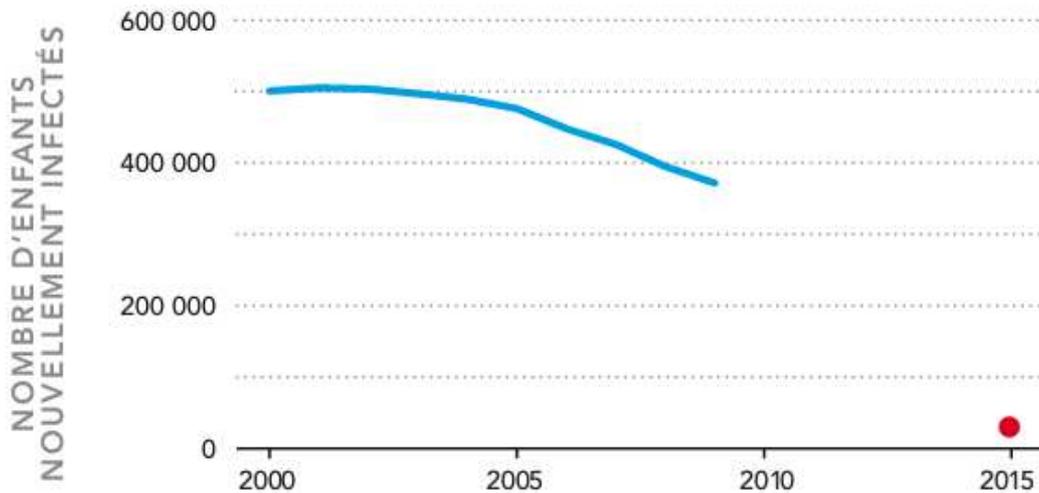


Figure 1 :

Source : ONUSIDA 2011

Afin de pouvoir réussir ce pari, l'organisation des nations unies pour le sida, s'engage à ce que, toutes les femmes en âge de procréer accèdent à des services de prévention et de soins relatifs à la santé reproductive.

Avec l'appui des structures communautaires, ces femmes et particulièrement celles vivant avec le VIH doivent bénéficier des conseils, de soutien et des contraceptifs pour satisfaire les besoins de planning familial. En plus, les services de dépistage du VIH et l'accès aux antirétroviraux doivent être garantis aux femmes enceintes séropositives afin de prévenir la transmission du virus pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Enfin, les femmes et leurs enfants vivant avec le VIH doivent bénéficier de soins, de traitement et un accompagnement avec leurs familles (ONUSIDA 2011).

Selon l'ONUSIDA (2011), on estime à environ \$1 milliard (US) par an entre 2011 et 2015 le coût des interventions pour éliminer les nouvelles infections à VIH parmi les enfants et maintenir leurs mères en vie dans seulement les 22 pays⁴ prioritaires, qui accueillent près de 90 % des femmes enceintes qui vivent avec le VIH qui ont besoin de services⁽⁵⁾.

⁴ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, République démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Swaziland, République unie de Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

⁵ ONUSIDA : Plan mondiale pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie ; 2011

Besoins d'investissement dans les 22 pays prioritaires

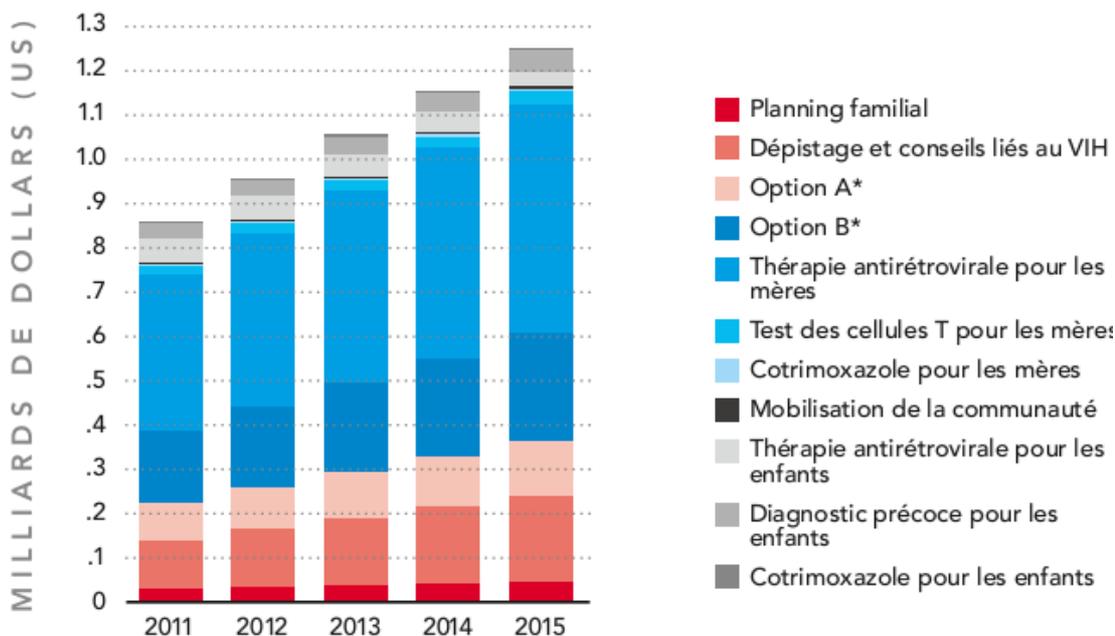


Figure 2 :

Source : ONUSIDA 2011

Mise à l'échelle du plan mondiale de la PTME

Le plan mondial de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une démarche intégrée dans la politique mondiale de lutte contre le sida. Depuis 2007, l'organisation Mondiale de la Santé en collaboration avec les autres agences des nations unies qui s'impliquent dans la lutte contre le sida, regroupés sous le vocable de l'IATT (Interagency Task Team)⁶, a prôné le passage à l'échelle de cette initiative pour un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants, en vue d'éliminer la transmission du virus du sida. En effet, un guide a été élaboré en vue d'offrir non seulement un cadre propice pour le partenariat concerté entre les partenaires mondiaux, mais aussi pour les pays de se référer sur une série d'actions pour une accélération du passage à l'échelle de la PTME.

Selon l'OMS, la mise à l'échelle du plan mondial de la PTME se base sur des approches stratégiques de la part des pays, et un engagement des partenaires. En effet, les approches stratégiques reposent sur les démarches et décisions politiques sanitaires des gouvernements de par leur leadership. Ces démarches accordent une place importante aux femmes enceintes autant sur le plan sanitaire, juridique, institutionnel et social. Par ailleurs, les partenaires s'engagent non seulement à mieux

⁶ Groupe de Travail Interagences des Nations Unies (en anglais, Interagency Task Team – IATT) sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) a été institué en 1998, suite à la communication des résultats préliminaires portant sur l'efficacité de schémas thérapeutiques courts d'antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants

harmoniser les contributions des parties prenantes, mais aussi à soutenir les pays et les régions en termes de stratégies, de compétences, de normes et d'outils.

L'engagement mondial pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a connu un tournant décisif en ces débuts du 21^e siècle. Il est marqué d'abord par les OMD 4, 5, et 6⁷, acceptés par tous les Etats membres des Nations Unies en 2000. Ensuite, en 2001 par la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH⁸. De même, l'engagement a été pris d'ici à 2015 d'avoir une génération sans sida, lors du forum d'Abuja, par les partenaires mondiaux de la PTME⁹.

2.1.3 Évolution des directives mondiales sur la PTME

La communauté internationale à travers l'OMS et les autres organismes partenaires, s'est toujours impliquée dans la lutte contre le VIH dans le monde. Cette implication se traduit par des recommandations, des directives, un appui technique, financier etc, envers les Etats membres. Ainsi, depuis l'émergence de l'idée d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il a été mis à la disposition des nations plusieurs documents de références. Par exemple :

En 1998, la communauté internationale a reconnu l'importance de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et cherche à renforcer les efforts des pays pour une mise à l'échelle de la PTME.

En 2002, l'OMS met en place des approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant.

En 2007, l'OMS et l'ONUSIDA ont mis en place un guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé ; et un guide pour la mise à l'échelle au plan mondiale de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

En 2009 l'OMS met à la disposition mondiale des recommandations rapides d'utilisation des ARV pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant.

En 2010, l'OMS, propose des lignes directrices sur l'utilisation des ARV pour le PTME.

En 2012, l'OMS révisé les lignes directrices pour l'utilisation des ARV, avec l'adoption de l'option B+, qui propose non seulement de fournir en consultation prénatale la même association de trois ARV à toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, mais aussi de continuer ce traitement à vie chez toutes ces femmes.

⁷ Réduire d'ici à 2015 la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre l'impact du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies chez les femmes et les enfants.

⁸ Réduire de 20 % et 50 % – respectivement d'ici à 2005 et 2010 – la proportion de nourrissons infectés par le VIH dans les pays où l'épidémie est généralisée en fournissant des interventions adéquates à 80 % des personnes les nécessitant.

⁹ Le Forum de haut niveau des partenaires mondiaux de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) réuni en décembre 2005 à Abuja (Nigeria) s'est conclu par un Appel à l'Action, par lequel les gouvernements sont invités à s'engager à travailler de concert pour amener d'ici à 2015 à une génération sans VIH et sans SIDA

2.2 Lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Sénégal

2.2.1 Politique de la PTME du Sénégal

L'engagement du Sénégal dans la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant, se traduit par une mobilisation des leaders politiques, religieux et communautaires. Le pays a opté pour une approche multidisciplinaire, en impliquant tous les secteurs sociaux et administratifs, dans une logique de décentralisation. En effet, les activités de la PTME sont intégrées dans le paquet d'activités menées, aux niveaux des structures sanitaires du pays.

Cette volonté politique est accompagnée par de bonnes décisions qui se traduisent par une disponibilité et une gratuité des intrants (ARV et réactifs) aux niveaux des structures d'accueils. Dans cette dynamique, le Sénégal attend de voir la réduction du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant. C'est pourquoi, il prône la promotion, d'une part, du dépistage volontaire chez les femmes en âge de procréer, en particulier les femmes enceintes, et d'autre part, la planification familiale (PF) chez les femmes séropositives.

Pour mettre en œuvre cette volonté politique, le Sénégal a instauré un comité national de pilotage de la PTME au niveau de la DLSI. Ce comité est chargé de la coordination, de la supervision et du suivi de la mise en œuvre des activités de la PTME. Ce comité est composé de délégués issus des différents services suivants :

- ✓ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ;
- ✓ Ministères de la Jeunesse, du Travail ;
- ✓ Ministère de la Famille ;
- ✓ Ministère de l'Education Nationale ;
- ✓ Autres secteurs : Patronat, Forces sécurité, Collectivités locales ;
- ✓ Organisations des Personnes Vivant avec le VIH ;
- ✓ ONG/OCB ;
- ✓ Représentants de partenaires au développement.

Au niveau régional, il existe un comité restreint qui se charge de la préparation et la finalisation des activités techniques d'appui à la mise en œuvre des activités PTME.

Dans son troisième (3e) Plan Stratégique multisectoriel de lutte contre le sida 2011-2015, le Sénégal accorde une place importante au programme PTME. Ce plan s'inscrit dans une perspective de renforcement des acquis de prévention et de prise en charge des PVVIH en général et des femmes enceintes séropositives en particulier.

Par ailleurs, ils n'en demeurent pas moins des difficultés ou des contraintes pour atteindre les objectifs à l'horizon 2015 (zéro nouvelles infection liées à la transmission mère enfant). En effet, le financement

est un maillon important voir indispensable dans ce processus de réalisation des programmes d'envergure internationale.

Dés lors, des stratégies sont mises en place sur le plan national afin de concrétiser la vision politique pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH.

2.2.2 Stratégies d'intervention dans le programme PTME au Sénégal

Plusieurs axes stratégiques ont été optés par les autorités sanitaires du Sénégal, en vue de réussir la volonté politique de réduction de la transmission mère enfant du VIH. Il s'agit par exemple de:

Programme de surveillance sentinelle

Depuis 1989, le Sénégal a mis en place un programme de surveillance sentinelle constituant la source d'information sur la situation épidémiologique de l'infection à VIH, sous l'initiative de l'OMS. Au début il couvrait quelques régions, pour ensuite s'étendre depuis l'année 2003 dans tout le pays. Cet outil de suivi et d'évaluation de l'ampleur de l'infection à VIH est un véritable système de surveillance sentinelle du VIH, dont l'une des composantes est la surveillance des tendances du VIH chez les femmes en consultation prénatale. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes étant un bon indicateur pour mesurer la propagation de l'épidémie dans la population générale.

En 2012, il est ressorti que la prévalence médiane du VIH dans les sites sentinelles est à 0,7%. On note cependant des prévalences supérieures à 2% dans les régions du sud : 2,8% à Kolda et 3,0% Ziguinchor (rapport GARP 2012). Dans ces deux régions, deux sites sentinelles ont enregistré des prévalences de 5,3% (zone de Kolda) et 5,1% (zone de Ziguinchor).

Conseil de dépistage volontaire (CDV)

Le CDV est une bonne stratégie de la lutte contre le sida. Il joue un rôle important et nécessaire dans la mise en œuvre du programme PTME. Ainsi, le CDV présente un intérêt aussi bien pour les femmes séropositives que celles séronégatives. Il permet de promouvoir un changement de comportement qui peut conduire à une meilleure adhésion au programme PTME, soit pour la prévention primaire, ou pour la prise en charge des cas séropositifs éventuels.

Le Sénégal a très tôt compris l'importance du CDV dans la mise en œuvre du programme PTME, qui est à un niveau décentralisé aujourd'hui, en implantant des centres de conseil de dépistage volontaire jusque dans les zones les plus reculées du pays. Ces CDV sont intégrés dans les structures sanitaires et sociales notamment les centres de santé, les postes de santé, les Centres Conseils pour Adolescent, les centres médicaux scolaires, les Cases ou foyers communautaires etc. Au-delà de ces structures fixes le CDV est rendu disponible par des prestataires en déplacement vers les populations le plus

souvent lors des mobilisations sociales. Cette initiative appelée stratégie avancée permet de toucher toutes les composantes de la population et d'amener le maximum de personnes à se faire dépister. Elle peut être initiée par les prestataires des différentes structures assurant le CDV ou la communauté au niveau local en respectant toutes les considérations éthiques et juridiques. Les autorités sanitaires de la localité doivent être informées au préalable et être impliquées dans la mise en œuvre de l'activité.¹⁰

Vue que la prévalence du VIH chez les femmes au Sénégal est d'environ 0,8% (rapport GARP 2012), parmi les plus faible en Afrique, il serait nécessaire d'accorder une importance particulière à la prévention primaire, c'est-à-dire éviter la contamination et la prolifération du virus surtout chez les jeunes. Le CDV qui implique le test sérologique et les conseils de sensibilisation sur le comportement à adopter, quel que soit le résultat du test, est donc au centre de la PTME.

Selon les résultats de l'EDS V 2010-2011, 12,61% de la population enquêtée avaient effectué le test de dépistage du VIH et avaient reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (9% pour les hommes contre 13,6% pour les femmes) (rapport GARP 2012).

Prise en charge des femmes enceinte dans le cadre de la PTME

La prise en charge des femmes enceintes dans le cadre du programme PTME concerne aussi bien les femmes séropositives que celles séronégatives.

Une fois que le test de dépistage réalisé s'avère négatif, la femme enceinte est incluse dans un processus de suivi qui se limite aux conseils sur les moyens de prévention, et sur la reprise du test dans les trois mois qui suivent le premier. Cependant, au même moment qu'elle doit adhérer volontairement au programme PTME, pour sa propre prévention, elle peut aussi agir en relais auprès de la communauté pour une sensibilisation sur la PTME (DLSI).

Par ailleurs, la femme séropositive enceinte, après confirmation du test doit suivre une autre procédure, tout en restant dans les mêmes dispositions que celle séronégative, quant au suivi gynécologique et obstétricale lors des CPN. Un examen biologique détermine le protocole thérapeutique que la femme doit suivre dans ce cas, selon les normes de l'OMS en vigueur. Les deux options A et B de ces normes étant appliquées au Sénégal, depuis leur mise en place par l'OMS, le pays s'achemine vers l'adoption de l'option B+ en vigueur depuis 2012.

Le volet prise en charge dans le cadre de la PTME réserve un paquet de services essentiel pour le nouveau-né de mère séropositive. Cependant, après un consentement éclairé de la femme, un choix est fait sur l'option à prendre pour le suivi nutritionnel et médical de l'enfant selon la DLSI.

¹⁰ Ministère de la santé du Sénégal : Politique, Normes et Protocoles du Conseil Dépistage Volontaire du VIH

Stratégies de communication dans le cadre de la mise en œuvre de la PTME

La mise en place du programme PTME au Sénégal a été accompagnée d'une bonne stratégie de communication promotionnelle. Ceci à travers un plaidoyer effectué vers les décideurs politiques, des leaders communautaires et des médias. Cette stratégie de communication permet de sensibiliser aussi la population sur l'intérêt du dépistage du VIH pendant la grossesse. En effet, une Approche Participative de Prévention (APP), la Communication pour un Changement de Comportement (CCC) et l'Intervention pour un Changement de Comportement (ICC) ont été promus et intégrés dans les programmes de sensibilisation.

Après quelques années de mise en œuvre, un constat été fait sur le faible niveau de formation des acteurs dans les domaines de l'IEC/CCC, ce qui a considérablement pesé sur la qualité des interventions et dans le contenu des messages diffusés. C'est ce qui avait motivé la création d'un plan de renforcement de capacités, qui a concerné des membres de la société civile, du secteur privé, et dont leur rôle était de sensibiliser les populations sur l'importance de la PTME. Ainsi, ce renforcement de capacité en termes d'information et de communication aussi bien pour les acteurs que pour leur cible pourrait se faire en collaboration effective avec les journalistes et avec le secteur de l'éducation. Des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportements en faveur de la PTME, permettra de couvrir une large partie de la population en particulier les femmes en âge de procréer.

3 CHAPITRE 3 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

Ce chapitre précise d'abord la délimitation de l'étude, et ensuite les méthodes utilisées pour aboutir aux résultats.

3.1 Cadre de l'étude

3.1.1 Présentation du Sénégal

La République du Sénégal est située à l'extrême ouest du continent Africain dans la zone soudano-sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Elle couvre une superficie de 196.722 km², et est limitée au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, elle s'ouvre sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes. La Gambie constitue une enclave de terre à l'intérieur du pays entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda au Sud.

La population du Sénégal est estimée à 12.526.488 habitants en 2010. La densité moyenne est de 64 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. La population du Sénégal en 2010 reste caractérisée par son extrême jeunesse. La moitié de la population à 17 ans et l'âge moyen se situe à 22 ans. La population ayant moins de 15 ans représente 43,3% de la population totale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64,0% (ANSD 2010).

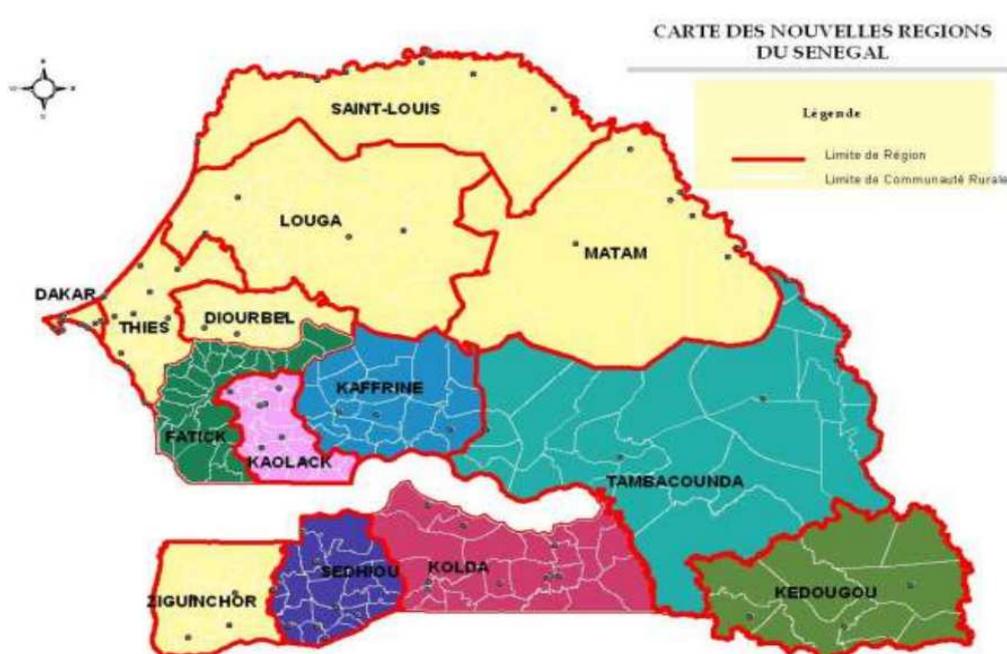


Figure 3 : Carte administrative du Sénégal



Figure 4 : Carte de la Région de Kaolack

3.1.2 Politique de santé Sénégalaise

L'Etat du Sénégal a défini une Politique Nationale de Santé qui est mise en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. A la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le PNDS II qui est en cours d'exécution couvre la période 2009 - 2018.

En 2010, selon le Rapport de performances du CDSMT (ministère des finances), 2010, cité dans le rapport GARP 2012), le système de santé sénégalais est composé des structures publiques suivantes : Quatorze (14) régions médicales ;

- ✓ Vingt-cinq (25) hôpitaux, dont vingt-trois (23) fonctionnels ;
- ✓ Soixante-seize (76) districts sanitaires;
- ✓ Quatre-vingt-neuf (89) centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé et 11 érigés en EPS1.
- ✓ Mille deux cent quarante (1.240) postes de santé dont 1214 fonctionnels;
- ✓ Cent vingt-neuf (129) maternités ;
- ✓ Deux mille quatre-vingt-dix-huit (2.098) cases de santé
- ✓ Six (06) établissements publics de santé non hospitaliers.

Outre ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets paramédicaux privés, 23 structures d'entreprise et 77 postes de santé privés. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS (rapport GARP 2012).

Le PNDS-II accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux IST/sida et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme. Le niveau de prévalence du VIH, relativement faible au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans restent stables (EDS V). Cependant, les résultats des enquêtes sur les groupes à risque montrent des prévalences beaucoup plus élevées.

Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et des prévalences de 18,5% chez les Professionnelles du Sexe (PS), de 21,8% chez les

Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) et de 9,2% chez les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) (rapport GARP 2012).

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique, l'échelon régional et l'échelon central.

L'échelon périphérique : il correspond au district sanitaire. Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers. Ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 69 districts sanitaires polarisant 64 Centres de Santé, 971 postes de santé, 2000 cases de santé et 476 maternités rurales. Les maternités rurales sont en générale logées dans les postes de santé (rapport GARP 2012).

L'échelon régional : correspond à la région médicale est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2.

L'échelon central ou national : il comprend en outre le cabinet du ministre, les directions et services rattachés, 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. En dehors du Programme Elargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend la Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI), le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigée en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose : d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales (rapport GARP 2012).

3.2 Méthodologie

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude est essentiellement qualitative. Elle est composée d'une exploitation de documents bibliographiques et d'une enquête de terrain.

3.2.1 Lieux d'études

L'étude est menée à la DLSI basée à Dakar et dans le district sanitaire de Nioro du RIP (Région de Kaolack).

Division de lutte contre le Sida et les IST (DLSI)

La DLSI est chargée de coordonner et d'exécuter les programmes de lutte contre le Sida et les IST au Sénégal. Elle abrite le point focal national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Région de Kaolack

L'une des premières régions à avoir décentralisé la PTME a été choisie. Il s'agit ici de la région de Kaolack. Ce choix a été fait en commun accord avec la DLSI qui est chargé de la mise en œuvre des activités de santé du programme au niveau national.

District sanitaire de Nioro du RIP

Le choix du district sanitaire de Nioro du RIP a été fait sur la proposition du médecin-chef de la région de Kaolack. Ce district a mis en place un système performant avec ses postes de santé à travers l'intégration des services de référence et de contre référence afin de permettre à au moins 80% des femmes enceintes séropositives attendues d'être prises en charge. Le centre de santé de Nioro du RIP et cinq postes de santé ont été choisis pour le déroulement des enquêtes.

Les postes de santé

Le choix des postes de santé est basé sur un certains nombres de critères. Ils doivent être :

- ✓ Des postes de santé où existent les tests de dépistage rapide du VIH ;
- ✓ Des postes de santé qui disposent d'une maternité gérée par une sage-femme. Les sages-femmes sont les prestataires les plus impliqués dans la PTME au niveau des postes de santé ;
- ✓ Des postes qui connaissent une forte affluence des femmes pour les CPN ;
- ✓ Des postes où on a déjà dépisté des femmes enceintes séropositives et qui ont bénéficié du programme PTME.

Les postes de santé sélectionnés sont :

- ✓ Poste de santé de Diamaguène dans la commune de Nioro du RIP ;
- ✓ Poste de santé de Médina Sabakh ;
- ✓ Poste de santé de Taïba Niassène ;
- ✓ Poste de santé de Ndrané Escale ;
- ✓ Poste de santé de Wack Ngouna ;

3.2.2 Stratégies de recherche

Il s'agit d'une part de faire une analyse de l'organisation et de la mise en œuvre du processus de décentralisation de la PTME jusqu'aux postes de santé, et d'autre part d'interroger les acteurs et les bénéficiaires du programme PTME. Cela se fait d'abord par une exploitation des données de documents de références bibliographique, ensuite d'une exploitation et analyse des interviews réalisées au près des acteurs (responsables et prestataires) et des bénéficiaires sur le terrain.

3.2.3 Population d'étude

La population d'étude est constituée par des personnes qui sont impliquées ou ciblées par le programme PTME. Il n'est pas prévu de fixer un échantillon dans cette étude. En effet, l'enquête concerne directement les personnes suivantes :

- ✓ Le responsable national du programme PTME, basé à la DLSI ;
- ✓ le médecin-chef de la région médicale de Kaolack, qui est le responsable du programme PTME au niveau de la Région ;
- ✓ le point focal PTME de la région médicale de Kaolack ;
- ✓ le médecin chargé du suivi des PVVIH au centre hospitalier régional de Kaolack ;
- ✓ le médecin-pédiatre chargé du suivi des enfants nés de mère séropositives au centre hospitalier régional de Kaolack ;
- ✓ le médecin-chef du district sanitaire de Nioro du RIP ;
- ✓ le médecin en charge du suivi des PVVIH au centre de santé de Nioro du RIP ;
- ✓ le point focal PTME au district sanitaire de Nioro du RIP ;
- ✓ l'assistante sociale au centre de santé de Nioro du RIP ;
- ✓ le président de l'association des PVVIH dans le district sanitaire de Nioro du RIP ;
- ✓ des femmes bénéficiaires du programme PTME au centre de santé de Nioro du RIP. Trois femmes sont choisies par tirage au sort parmi celles qui sont venues en CPN ou CPON le jour de l'enquête.

Au niveau des postes de santé visités l'enquête concerne :

- ✓ La sage-femme ;
- ✓ L'infirmier chef de poste ;
- ✓ trois (3) femmes sont choisies par tirage au sort parmi celles qui sont venues en CPN ou CPON le jour de l'enquête ;
- ✓ deux (2) femmes séropositives enceintes ou déjà accouchées qui bénéficient du programme PTME.

3.2.4 Critères d'inclusion des enquêtés

Femmes séropositives bénéficiaires du programme : il s'agit des femmes qui sont suivies au moment de l'enquête par le programme PTME. Elles doivent être disponibles et acceptent d'être interviewées à la suite de consentement éclairé.

Femmes venues en CPN ou CPON: il s'agit des femmes qui se présentent au moment de l'enquête dans le site pour les besoins de CPN. Elles doivent être présentes dans le lieu de l'enquête. Après le tirage au sort elles doivent accepter d'être interviewées à la suite d'un consentement éclairé sur l'objectif de l'enquête.

Acteurs : il s'agit des personnes impliquées dans la PTME dans les services de santé visités (médecin, sage femme, infirmiers assistant social, président des PVVIH). Ils doivent être présents au moment de l'enquête, et doivent accepter l'interview.

3.2.5 Outils de collecte des données

Guides d'entretien (interview) : des guides sont élaborés pour faciliter les interviews des acteurs et des bénéficiaires.

Matériel audiovisuel : les interviews ont été enregistrées et filmés avec l'aide d'un dictaphone et d'une caméra.

Equipe d'enquêteurs : Nous avons mené cette enquête en compagnie d'une équipe de la division de lutte contre le sida et les IST. Cette équipe est composée de professionnels de la santé (2 spécialistes de santé publique et 2 sages-femmes), d'un professionnel de la communication et d'un caméraman.

3.2.6 Exploitation et analyse des résultats

Nous avons dans un premier temps procédé à une exploitation et analyse des données issues des documents (rapports, guides, articles et livres), portant sur le programme de la PTME. En second lieu nous avons procédé à l'exploitation et au traitement des informations issues de l'enquête de terrain (interviews). Nous avons fait une transcription intégrale de toutes les interviews que nous avons réalisées avec les individus rencontrés. Les informations sorties de ces entretiens et les données obtenus constituent les résultats.

3.2.7 Apports spécifiques du stage

Un stage de mise en situation professionnelle qui rentre dans le cadre de notre formation a été mené pour nous permettre non seulement de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises, mais aussi faire une recherche sur un thème choisi, pour enfin rédiger un mémoire de fin d'étude.

Présentation de la structure d'accueil

Nous avons effectué notre stage au ministère de la santé du Sénégal, précisément à la Division de Lutte contre le, Sida et les IST, du 2 MAI au 10 Septembre 2012.

La Division de lutte contre le Sida et les IST (DLSI) fut créée suivant le décret N°2004-1404 du 14 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé, elle comprend quatre (4) bureaux :

- ✓ Le Bureau de la Prévention Médicale ;
- ✓ le Bureau de la Surveillance Epidémiologique ;
- ✓ le Bureau de la Prise en Charge des personnes vivant avec le VIH ;
- ✓ le Bureau de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).
- ✓ La cellule de communication

La DLSI coordonne deux programmes :

- ✓ Une composante sida maladie: coordination de l'exécution des stratégies et activités médicales du Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida, point focal du secteur santé au niveau du Conseil National de Lutte contre le Sida.
- ✓ Une composante Renforcement du Système de Santé du Sénégal (RSS) : Coordination de la mise en œuvre des activités du Renforcement du Système de Santé (RSS) pour la série 9 du Fonds Mondial de lutte contre le sida, le Paludisme et la tuberculose.

Activités menées au quotidien

Tout au long du stage, nous avons eu à mener des activités de terrain, notamment des enquêtes. L'objectif de ces enquêtes était de documenter les programmes de la DLSI, plus précisément le programme de la PTME. Cette enquête qualitative était basée sur des entretiens et des observations.

Le travail au bureau consistait en général à faire la transcription des interviews audio enregistrées sur le terrain. Il fallait ensuite faire une synthèse des informations transcrites et enfin faire une analyse comparative de toutes les données des différents sites visités. Nous étions aussi chargés de rédiger les rapports de mission après le retour au bureau.

Apports et acquis socioprofessionnels

Au-delà du travail quotidien abattu pour la structure d'accueil, un document scientifique (mémoire) est élaboré en guise de contribution à la réussite du programme PTME. Ce mémoire permet d'avoir une idée claire sur le passage à l'échelle de la PTME au Sénégal.

Ce stage a été une occasion pour nous avant tout d'être en contact direct avec l'environnement professionnel dans lequel nous évoluerons. Nous avons pu profiter de ce stage pour collecter toutes les données nécessaires à l'élaboration du mémoire de fin d'étude. Ce passage à la DLSI, nous a permis de disposer d'une bonne documentation relative à la PTME, et de mener des enquêtes de terrain. Cette mise en situation pratique nous a permis de mettre en valeur nos connaissances théoriques acquises durant la formation. Cela a aussi facilité notre compréhension de l'organisation interne et externe et des relations entre les organisations chargées de la lutte contre le sida au Sénégal.

Le stage nous a permis de consolider nos acquis sur le plan professionnel, pour réussir notre engagement dans la lutte contre le sida et particulièrement au Sénégal. Connaissant aujourd'hui les différents programmes de lutte contre le sida aussi bien ceux déjà exécutés, que ceux qui sont en cours d'exécution au Sénégal, nous sommes en mesure d'apporter pleinement notre pierre à l'édifice, c'est-à-dire l'atteinte des objectifs fixés par le pays à moyen et à long terme.

Sur le plan humain et psychologique, il est certain que le stage a permis de nouer des relations directes avec le personnel de la structure. Au-delà des relations que nous avons développées avec les personnes internes, nous avons aussi eu l'occasion d'en découvrir d'autres à l'externe de la DLSI, qui sont des consultants ou bien des responsables dans d'autres structures qui luttent contre le sida au Sénégal.

En bref, nous avons découvert un réseau de professionnels, que ce soit dans le domaine de la santé ou bien de la communication.

3.2.8 Limites de la méthodologie

Il faut souligner d'abord un problème de représentativité de la population d'étude. Nous avons choisi une seule région parmi les quatorze que compte le pays. La région choisie compte quatre districts sanitaires, alors que l'étude a porté sur un seul district sanitaire. Le district sanitaire de Nioro du RIP qui est choisi couvre 23 postes de santé, alors que nous en avons visité seulement cinq.

La technique d'enquête utilisée (interview devant un dictaphone et une caméra, même si pour les personnes séropositives, le visage était complètement couvert, et la prise par le dos), pourrait favoriser une certaine réticence des interviewés à fournir toutes les informations dont elles disposent.

Le recoupement et le croisement des informations fournies par les interviewés n'est pas facile, pour faire ressortir des résultats.

4 CHAPITRE 4 : RESULTATS ET DISCUSSION

Dans ce chapitre nous faisons d'abord une présentation des résultats avant de les discuter.

4.1 Résultats

Les résultats présentés ici sont issus de la recherche documentaire sur la PTME et de l'enquête menée sur le terrain dans le district sanitaire de Nioro du RIP (région de Kaolack).

4.1.1 Résultats issus de la recherche documentaire et relatifs aux réalisations dans le cadre de la PTME au Sénégal

Depuis la phase pilote en 2000 dans la région de Dakar jusqu'aux étapes de passage à l'échelle dans les postes de santé en milieu rural, le programme PTME a connu une évolution fulgurante en terme de nombre de sites. Ainsi le nombre de site est passé de 404 en 2009 à 648 en 2010 et 976 en 2011. En effet, il y a 109 sites parmi les 976, soit 11,1%, qui offrent un paquet complet de PTME (conseil, dépistage, sensibilisation et ARV) (rapport GARP 2012).

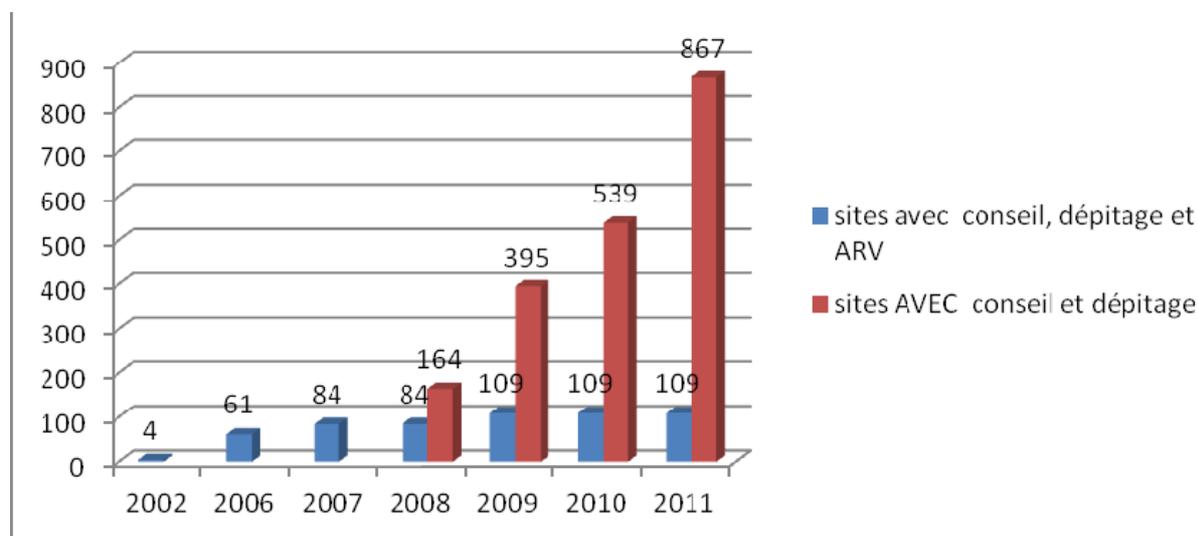


Figure 5 : évolution du nombre de sites primaires et secondaires (source : rapport GARP 2012)

Proposition et réalisation de test lors des CPN

Selon le Conseil National de Lutte contre le Sida, l'introduction du conseil dépistage à l'initiative du prestataire, a fait évoluer le taux de proposition qui est passé de 73% en 2007 à 92% en 2009/2010. La proportion de femmes enceintes bénéficiant du dépistage lors des CPN est passée de 9% en 2007 à

25% en 2008, 41% en 2009. En 2010/2011 ce taux a baissé jusqu'à 26%, mais on tient compte de la non complétude des données du fait de la rétention des données).

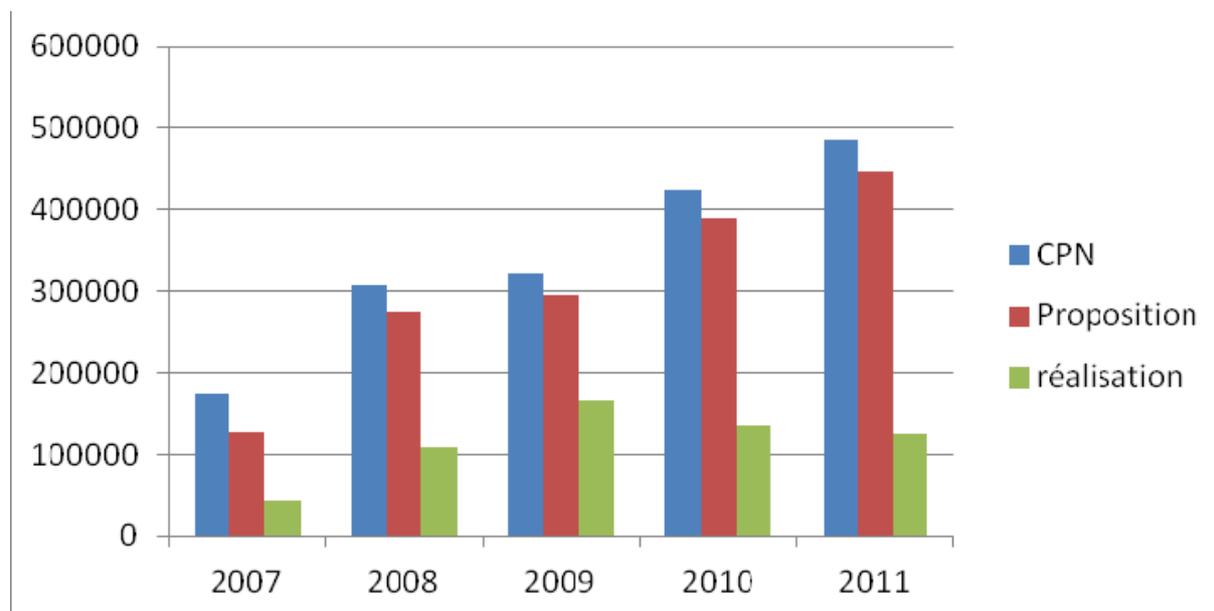


Figure 6 : Progression de proposition et réalisation du test VIH en CPN (source : rapport GARP 2012)

Dépistage et mise sous prophylaxie ARV du couple mère-enfant

Dans le rapport GARP 2012, il est indiqué que la proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant de prophylaxie ARV est passée de moins de 10% en 2007-2008 à 36% en 2009 et 23% en 2011. Cette régression peut être imputable au non décentralisation des ARV au niveau de tous les PS, où est réalisée la majorité des CPN mais aussi au non acceptation du statut positif par certaines femmes enceintes séropositives du fait de la stigmatisation ainsi que le non complétude des données.

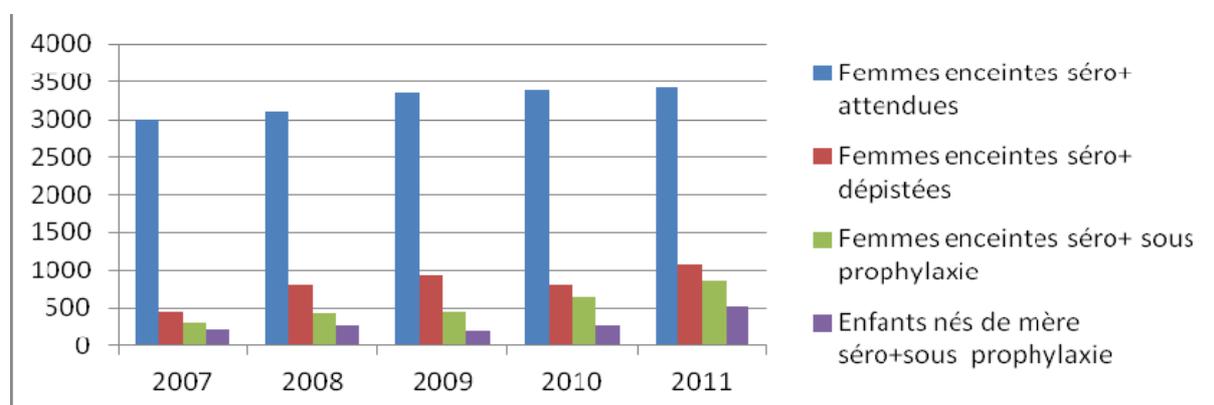


Figure 7 : Evolution du dépistage et de la mise sous prophylaxie ARV du couple mère-enfant (Source : rapport GARP 2012)

Selon l'EDSV, (une femme sur deux et 2 hommes sur 5) savent que la transmission mère-enfant du VIH peut être réduite par la prise de médicaments spéciaux. En effet, le nombre d'enfant nés de mère séropositive sous prophylaxie connaît une augmentation durant les années 2009/2010, ce qui contribue à la baisse du taux d'enfants infectés par le VIH.

Principales activités communautaires mises en œuvre en faveur de la PTME au Sénégal

Les interventions de la PTME au niveau communautaire sont déroulées par les acteurs de la société civile à travers 3 ONG (SWAA, ASBEF et ACDEV) et les « bajenu Gox » du Ministère de la santé et les Acteurs Porteurs de Dynamique Communautaire (APDC) au niveau du Ministère de la famille.

En effet, la sensibilisation sur la PTME et sur l'intérêt du dépistage VIH des FAR : en 2010/2011, 588.430 FAR touchées dont 173.812 ont été dépistées à travers les mobilisations sociales, les causeries et les cercles de solidarité des femmes enceintes (rapport GARP 2012)

De même, la mobilisation sociale et les plaidoyers dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ont permis de sensibiliser 3.070 religieux et chefs de quartier.

Les visites à domicile envers les couples ont été d'un grand apport. Les bénéficiaires des VAD qui, au-delà des promesses et des engagements tentent de s'approprier la PTME et d'en faire leur « propre affaire ». En plus de favoriser et d'installer un climat de confiance entre les couples et les relais, les VAD participent au respect des CPN, à la promotion du conseil dépistage volontaire du couple, à l'implication dans la PTME des hommes qui se sentent dorénavant plus concernés par cette question. Au total les 96 VAD pour l'an 2011 réalisées ont permis d'atteindre 97 couples, soit un total dont 194 personnes sensibilisées (SWAA). Par ailleurs, durant la même année, 78 VAD ont permis de rendre visite aux 74 femmes séropositives.

Les niches pour toucher les hommes à travers des sketches servant de support communicationnel, par des troupes théâtrales locales et des acteurs expérimentés ont permis de touchés 7.461 hommes (SWAA)

Le programme PTME a intégré le diagnostic précoce des enfants nés de mère séropositive depuis 2007, avec une progression des sites de prélèvements sur papier buvard couvrant en 2011 l'ensemble des centres de santé et des hôpitaux. Le nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié du prélèvement sur papier buvard pour la PCR 1 est passé de 339 en 2008 à 409 en 2009 et 577 en 2010 (rapport GARP 2012).

4.1.2 Résultats de l'enquête à Kaolack (région médicale)

PTME dans la région de Kaolack

Couverture sanitaire de la région de Kaolack

Selon l'annuaire statistique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, la région sanitaire de Kaolack couvre en 2009, une superficie de **5.127 Km²** pour une population de 804186 habitants. Elle dispose d'un hôpital, de quatre (4) centres de santé et de quatre vingt et un (81) postes de santé (publiques et privés). En effet, le ratio hôpital, c'est-à-dire le nombre d'hôpitaux par rapport à la population de la région est de 804186. De même, le ratio centre de santé est de 201047 et le ratio poste de santé est égale à 9928. Une comparaison de ces ratios par rapport à ceux au niveau national d'une part et des normes de l'OMS d'autre part, permet de constater que :

- ✓ Le ratio hôpital de la région sanitaire est largement supérieur à celui du Sénégal (495598) et celui de l'OMS (150000) ;
- ✓ Le ratio centre de santé est supérieur à celui du Sénégal (152 492), et celui de l'OMS (50000) ;
- ✓ Le ratio poste de santé est sensiblement inférieur à celui du Sénégal (9953), mais aussi à la norme de l'OMS (10000).
- ✓ Donc on peut considérer que la couverture en poste de santé dans la région répond aux normes de l'OMS. Par ailleurs, la région ne compte que 29 sages-femmes d'état et 117 infirmiers d'état.

Organisation pour de mise en œuvre du programme PTME dans la région de Kaolack

Le programme PTME a démarré dans la région sanitaire de Kaolack en 2005, mais seulement dans les centres de santé et à l'hôpital régional. En effet, la décentralisation dans les postes de santé a commencé en 2007, mais n'est toujours pas effective dans tous les postes de santé de la région (seulement à 80%). Cette décentralisation concerne le test de dépistage rapide et les conseils de dépistage volontaire. Par contre la prise en charge et tous les suivis nécessaires se font au niveau des centres de santés et à l'hôpital régional.

La région médicale est l'unité de coordination du programme PTME au niveau de la région de Kaolack. Sur le plan organisationnel, les sites PTME sont subdivisés en site principale et en site secondaire, avec des paquets de services appropriés. Elle couvre quatre district sanitaires dont (Kaolack, Guinguénéo, Ndoffane et Nioro du RIP), qui disposent chacun au moins d'un centre de santé. Au niveau du district sanitaire, une équipe constituée de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, de travailleurs sociaux s'impliquent dans la mise en œuvre du programme PTME à des degrés divers. Il

existe souvent une délégation de tâches, du médecin vers l'infirmier ou la sage-femme qui a suivi une formation dans le cadre de la PTME. Mais, au Sénégal, il n'y a pas encore une politique nationale pour cette délégation des tâches bien formalisée dans un document officiel, mais cela se fait tout de même dans le cadre du passage à l'échelle de la PTME. Cette délégation de tâches est très limitée, et concerne le counseling, le TDR, la dispensation des ARV, et l'accouchement si la femme ne présente aucun problème grave, selon Dr Ndéye Fatou NGOM, coordinatrice nationale du programme PTME.

Situation de la PTME dans la région de Kaolack

Les dernières données disponibles au niveau de la région, en 2009 montrent que 29902 femmes enceintes ont été consultées dans les sites PTME. Et parmi celles-ci, toutes les 28048, soit 93,7% ont reçu la proposition du test de dépistage du VIH. Parmi ces dernières, seulement 4718 femmes ont accepté de se faire dépister soit 16,8 %, dont 81 séropositives soit 1,7%. Parmi ces 81 femmes enceintes séropositives les 39 étaient sous traitement ARV, et les 25 sous prophylaxie (Données région médicale de Kaolack 2009). Quant à la prise en charge des enfants nés de mères séropositives, elle se fait au niveau du service pédiatrique de l'hôpital régional. Au moment de l'étude, une cohorte de 150 enfants est suivie au niveau du service. Le suivi des ces enfants se fait régulièrement tous les 2 mois.

4.1.3 PTME dans le cas spécifique du district sanitaire de Nioro du RIP

La décentralisation de la PTME a débuté en 2007 dans le district sanitaire de Nioro du RIP. Entre 2007 et 2010, 5241 femmes enceintes y ont été consultées dans le cadre de la PTME.

En 2012, la décentralisation des TDR est effective dans tous les postes de santé dans la zone de couverture. Le district sanitaire de Nioro dispose d'un centre de santé de référence et de 23 postes de santé.

Ressources Humaines mobilisées dans le cadre de la PTME

Selon Dr Amadou DOUCOURE, Médecin-Chef du District sanitaire de Nioro du RIP, dix(10) agents sont impliqués dans le programme PTME au niveau du Centre de santé de Nioro du RIP, mais à des degrés différents. Ces prestataires sont des médecins, des infirmiers des sage-femmes, des assistants sociaux, d'un laborantin et des relais communautaires. Au niveau des postes de santé, tous les 23 ICP et les 5 sages-femmes sont impliqués. Parmi toutes ces personnes impliquées aussi bien au niveau du centre de santé, qu'aux postes de santé, seulement quatorze (14) ont pu bénéficier d'une formation sur les nouvelles directives¹¹ de la PTME.

¹¹ Document stratégique de mise en œuvre du programme PTME, élaboré par le ministère de la santé du Sénégal en 2010

Paquet de service offert dans le cadre de la PTME

Au niveau du centre de santé (site principale PTME), il existe des services de :

- ✓ CPN/CPoN
- ✓ Conseils pré et post test
- ✓ Dépistage (labo ou tests rapides)
- ✓ Accouchement
- ✓ Prise en charge des PVVIH
- ✓ Suivi de l'enfant et de la femme post- Partum
- ✓ Dispensation ARV

Au niveau des postes de santé (sites secondaires), il y'a des services de:

- ✓ CPN/CPoN
- ✓ Conseils pré et post test
- ✓ Dépistage (TDR)
- ✓ Accouchement

Situation de la PTME dans le centre de santé de Nioro du RIP.

Au moment de l'étude, une cohorte de 33 femmes séropositives est suivie au centre de santé, dont 11 en cours de grossesses, donc sous prophylaxie et 22 ont déjà accouché et sont sous traitement. Ces femmes qui sont suivies dans le cadre de la PTME représentent 12% du nombre total de personnes vivant avec le VIH suivies au centre de santé. De manière générale, 255 PVVIH sur les 275 soit 92,7% qui sont suivies, bénéficient d'un traitement ARV. Les femmes enceintes séropositives commencent le traitement ARV à partir de la 14^e semaine de grossesse.

Faits marquant la situation de la PTME dans les postes de santé ruraux

Quatre postes de santé ruraux et un poste dans la ville de Nioro du RIP ont été visités dans le district sanitaire pour les besoins de l'enquête. En effet, tous ces postes de santé visités sont doublés d'une maternité rurale, ce qui cause une forte affluence des femmes enceintes, venant même parfois des autres zones qui ne sont pas couvertes par ces postes, ainsi que la Gambie, pays frontalier avec le Sénégal.

Cas du Poste de Santé de Médina Sabakh

Depuis le début du programme PTME, le poste de santé de Médina Sabakh (très proche de la Gambie), a enregistré 17 femmes enceintes séropositives. Ces femmes qui sont des sénégalaises et des Gambiennes ont évoqué des difficultés comme le manque de moyens financier pour se déplacer vers le poste de santé ou même au centre de santé. C'est cela qui fait augmenter le nombre de perdues de vues surtout chez les gambiennes. « Comment voulez-vous qu'on respecte les rendez-vous à la maternité, ou bien qu'on parte jusqu'à Nioro pour se soigner, alors qu'on ne peut même pas parfois payer le ticket de consultation à 100 f CFA ? » déclare une femme interrogée. « Il faut donc impliquer les hommes dans cette démarche car on voit rarement les femmes accompagnées de leurs maris pour venir en CPN ou bien même s'intéresser ou s'enquérir de la situation médicale pendant leur grossesse » selon M. SONKO ICP de Médina Sabakh. Poursuivant le même ordre d'idée, la sage-femme de Médina Sabakh déclare que « la décentralisation des ARV jusqu'aux postes de santé permettrait au moins de faciliter le suivi de ces femmes, comme on l'a fait avec le dépistage. Les femmes qui viennent de la Gambie posent d'énormes problèmes quant à leur suivi car les deux pays n'ont pas la même approche de lutte contre le sida. «En Gambie, les femmes séropositives subissent une très grande discrimination, ce qui les poussent à venir au Sénégal», M. SONKO l'ICP de Médina Sabakh.

Cas du Poste de Santé de Wack Ngouna

Le poste de santé de Wack Ngouna, un des postes aussi proche de la Gambie comme celui de Médina Sabakh est particulier dans le district sanitaire de Nioro du RIP, vue le nombre assez important de femmes PTME dans sa zone de couverture par rapport aux autres postes. En effet, 18 femmes séropositives enceintes ont été dépistés dans ce poste depuis le début du programme. La prise en charge thérapeutique de ces cas PTME se fait intégralement au niveau du centre de santé de Nioro du RIP. « Nous ne sommes pas impliquées dans la prise en charge de ces cas PTME de même que celle de leurs enfants après la naissance » déclare la sage-femme. La collaboration entre le poste de santé et le centre de santé dans le cadre de la prise en charge de ces cas PTME se limite à l'accouchement qui se fait généralement au niveau du poste de santé. Tout le suivi post natal de la femme et de l'enfant se fait à Nioro du RIP, alors qu'ils ont beaucoup de difficultés pour faire le déplacement vers le centre de santé qui est très éloigné de Wack Ngouna. Selon la sage-femme, beaucoup de femmes ne continuent pas le suivi après l'accouchement sous prétexte du manque de moyens. «Il m'arrive souvent de manquer à mes rendez-vous à Nioro du RIP, à cause du manque de moyen, il serait mieux que les médicaments soient décentralisé au niveau du poste» déclare une femme vivant avec le VIH. Le développement fulgurant du sida dans cette zone est lié en partie aux problèmes socioculturels. Les femmes préfèrent garder la stabilité de leur ménage et la cohésion de la famille que de préserver leur

santé et celles d'autrui. « J'ai une coépouse avec qui je partage beaucoup de choses, mais je n'ose pas lui parler de ma situation de même que mon mari, en plus J'ai quatre enfants et je ne connais pas leurs statuts sérologiques » déclare une femme séropositive.

Cas des Postes de Santé de Ndrané Escalé et Taïba Niassène

Les Postes de Santé Ndrané Escalé et de Taïba Niassène sont non seulement plus éloignés de la Gambie par rapport aux deux autres, mais on y enregistre aussi le moins de cas PTME¹². Par exemple, Taïba Niassène n'a enregistré que trois cas de femmes enceintes séropositives depuis le début du programme dans le poste de santé. Les activités de la sage-femme au niveau du poste de santé par rapport à la PTME se limitent au counseling, à la réalisation du test de dépistage rapide du VIH. Le problème de la religion est souvent évoqué par les prestataires de santé comme facteur limitant le programme PTME. Dans la localité de Taïba Niassène qui est une cité religieuse Islamique, les femmes n'osent même pas parler du sida, au risque d'être taxé d'infidélité. Cela a fait que les quelques rares femmes séropositives ne partagent pas de leur statut sérologique. « Dans ces zones, il n'y a ni d'éducation sexuelle pour les jeunes femmes, ni d'activités de sensibilisation sur le sida », déclare la sage-femme du poste de santé de Taïba.

NB : il n'y a pas eu une présentation spécifique de la situation dans le poste de santé qui se trouve dans la ville de Niore du RIP. Les données de ce poste sont incorporées dans ceux du centre de santé.

Partenaires locaux impliqués dans la PTME

« Le travail mené par l'équipe du district dans le cadre de la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant est facilité par l'aide des partenaires locaux ou communautaires avec qui nous collaborons » relate le médecin-chef du district sanitaire de Niore du RIP. Ces partenaires sont :

- ✓ L'association des PVVIH, qui s'active dans l'accompagnement des membres pour le respect des rendez-vous, et de l'observance ;
- ✓ l'association des femmes, et des jeunes, qui participent et organisent des journées de sensibilisation sur le sida ;
- ✓ les ONG locales, qui appuient ces différentes associations dans leurs activités.

Fréquentation des services PTME par les bénéficiaires

En général, les services PTME sont affiliés aux maternités dans les postes de santé. En effet, l'observation menée au moment de l'enquête au niveau du centre de santé et des postes de santé, a permis de constater une affluence des femmes qui sont venues en CPN. Si cette affluence est

¹² Femme enceinte séropositive prise en charge dans le programme PTME

quotidienne au niveau du centre de santé, selon la maitresse sage femme, elle est plutôt irrégulière aux niveaux des postes de santé. Elle l'est plutôt durant les jours réservés aux CPN dans la semaine (1 à 2 fois par semaine).

Les activités réservées à la PTME durant les CPN se résument ainsi :

- ✓ Les causeries sur le sida (causes, conséquences, mode de contamination, moyens de prévention, l'importance et la disponibilité du programme PTME dans le service). Cette activité est menée par les relais communautaires ;
- ✓ l'accueil et le counseling du pré-test par le professionnel de santé (ICP ou sage-femme) ;
- ✓ la réalisation du test en cas d'acceptation par la femme (par l'ICP ou la sage-femme) ;
- ✓ le counseling post test (par l'ICP ou la sage femme) quand c'est négatif ;
- ✓ le counseling post test et proposition du test de confirmation quand c'est positif.

Connaissance des femmes sur le sida et la PTME

Toutes les femmes interrogées dans le district sanitaires, déclarent avoir entendu parler du sida avant même leur première CPN. Cependant, seulement 20% connaissent le programme PTME avant la première CPN. Mais, elles sont toutes informées de la disponibilité et des avantages de la PTME après leur première visite prénatale, au centre de santé ou au poste de santé.

Implication des agents communautaires dans la PTME

Les agents de santé communautaires (ASC, relais communautaire) jouent aussi leur partition dans la mise en œuvre du programme PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP. Ils ont pour rôle d'aider les professionnels de santé (Infirmiers et sage-femme) pour la mobilisation et la sensibilisation des populations cibles. On retrouve dans chaque poste de santé au moins quatre relais communautaire et au moins un ASC. Ces agents communautaires sont issus de la population locale, ce qui fait qu'ils sont utiles pour la sensibilisation et la mobilisation. Par contre ils constituent une entrave en provoquant une méfiance des femmes séropositives qui ne souhaitent pas les approcher, bien qu'ils ne doivent pas avoir des informations sur les cas de femmes séropositives.

Bonnes pratiques identifiées dans le cadre de la mise en œuvre du programme PTME

Les informations issues de l'enquête réalisée auprès des prestataires et des bénéficiaires ont permis d'identifier certaines bonnes pratiques de la PTME notamment :

- ✓ La bonne Collaboration entre sage-femme et les Infirmiers dans le cadre de la PTME ;
- ✓ le rappel des rendez-vous aux femmes en suivi, fait par les ICP ou sage-femme au niveau des Postes de Santé, ou bien parfois par le président de l'association des PVVIH ;

- ✓ la recherche de perdus de vue effectuée par les travailleurs sociaux qui sont aidés par professionnels de santé. La Collaboration entre le centre de santé, et les postes de santé (système de référence et de contre référence) ;
- ✓ l'organisation des causeries, des stratégies avancées de conseil dépistage volontaire, les VAD, la mobilisation sociale et le suivi. Ces stratégies ont permis de dépister un nombre important de femmes enceintes séropositives ;
- ✓ l'implication de l'association des PVVIH et des relais communautaires dans le processus de mise en œuvre de la PTME à permis de sensibiliser un nombre important de femmes enceintes, sur l'intérêt du dépistage ;
- ✓ le respect des rendez-vous pour les CPN et CPoN ;
- ✓ l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans les structures de santé.

Contraintes du passage à l'échelle de la PTME

Un certain nombre de contraintes constatés durant l'enquête, pourraient constituer des limites pour le bon déroulement du programme PTME au niveau des postes de santé dans le district sanitaire de Nioro du RIP. Il s'agit de :

- ✓ L'analphabétisme des femmes pose beaucoup de difficultés quand il faut les sensibiliser ou bien les convaincre à accepter de faire le dépistage du VIH « Il m'arrive de faire deux à trois séances de causeries avec elles pour avoir un impact sur leur décision », selon un relais communautaire au centre de santé de Nioro du RIP ;
- ✓ les problèmes liés à la gestion des stocks de médicaments au niveau de la pharmacie sont à l'origine des ruptures de stocks des ARV constatée souvent au centre de santé de Nioro du RP, surtout les ARV sirop pour les enfants. « Je viens souvent au centre de santé pour chercher des médicaments pour mon enfant qui est séropositif, mais les ruptures sont très fréquents », relate une femme séropositive à Nioro du RIP ;
- ✓ le coût élevé des déplacements vers le centre de santé pour les patientes qui peut compromettre leur suivi et traitement. « Pour aller jusqu'à Nioro du RIP et revenir, il me faut au moins cinq mille francs (5000f) CFA, et répéter cela tous les 1 ou 2 mois me paraît impossible » évoque une femme séropositive à Wack Ngouna ;
- ✓ le non délocalisation des ARV dans les postes de santé ;
- ✓ la défaillance dans la collecte et la remontée des données (depuis un certain temps à cause des grèves des syndicats de la santé);
- ✓ la fréquence élevée des perdus de vue surtout en milieu rural. Ceci peut être dû à la mobilité des populations, dans les zones frontalières avec la Gambie ;

- ✓ la décentralisation partielle des activités de PTME jusqu' aux postes de santé. La décentralisation de la PTME dans les postes de santé ne concerne que les conseils (pré-test et post-test), et les tests de dépistage rapide (TDR) du VIH. Cependant, certains postes de santé disposent des ARV pour le suivi des cas.

4.2 Discussion

Dans cette partie, nous faisons une analyse sur les raisons de succès et les limites de la PTME. D'abord de manière générale au Sénégal et ensuite particulièrement dans le district sanitaire de Nioro du RIP.

4.2.1 Succès et limites de la PTME au Sénégal

Conditions de succès de la PTME

«Pour que la PTME soit un succès, les femmes doivent avoir un accès élargi à des soins prénatals, à des accouchements et des soins post-partum de qualité. Elles doivent également utiliser plus fréquemment les services déjà existants, et ce, de façon plus précoce qu'elles ne le font actuellement quand elles sont enceintes » (OMS 2007). C'est dans cette dynamique, tout en suivant les recommandations de l'OMS que le Sénégal s'est lancé depuis 2001 avec la phase pilote du programme PTME. Depuis lors, le nombre de sites PTME a augmenté de manière fulgurante sur le territoire national. Et tout cela dans le souci d'offrir à toutes les femmes qui ont besoins des services de la PTME. En 2011, le taux de couverture était à 100% des centres de santé et à environ 80% des postes de santé. Cependant seulement 6% des PS assurent la prise en charge du couple mère-enfant par les ARV dans le cadre de la PTME. En outre, la proportion de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administrée des ARV pour prévenir la TME du VIH au cours de la grossesse, pendant le travail à l'accouchement ou pendant la période de l'allaitement n'est que de 23% (rapport GARP 2012). Cependant, il reste encore un chemin à faire pour couvrir tous les postes de santé, qui constituent le premier palier du système de santé du pays, donc plus proche des populations. Tous ces sites PTME offrent au moins un paquet de service relatif aux conseils, au dépistage et à la prise en charge des femmes enceintes séropositives. La prise en charge médicale et psychologique se fait généralement aux niveaux des centres de santé par des médecins. Les données issues du rapport GARP 2012 montrent aussi que le taux de couverture pour la prise en charge aux ARV dans le cadre de la PTME (pour les mères et les enfants) a évolué. Il est passé de 69% en 2007 à 59% en 2008 et 78% en 2009. Le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV est passé de 70% en 2007, 65% en 2008 et 49 % en 2009.

Où en est le Sénégal par rapport à l'Afrique occidentale dans le processus d'élimination de la TME ?

Si l'on considère que pour éliminer la transmission du VIH de la mère-enfant il faut :

- « Réduire de 50% l'incidence du VIH chez les femmes de 15 – 49 ans ;
- réduire à zéro les besoins non satisfaits de planification familiale chez toutes les femmes ;
- réduire à moins de 5% le taux de transmission du virus de la mère infectée à son enfant ;
- fournir le traitement aux ARV à 90% des femmes enceintes qui en ont besoin pour leur propre santé ;
- fournir le traitement ARV à vie à 100% d'enfants infectés ayant besoin de traitement » (Claudes Kamenga¹³ et Karusa Kiragu¹⁴ 2011) ; le Sénégal de même que les autres pays de l'Afrique de l'Ouest sont encore loin d'éliminer la TME du VIH.

Pour rappel, 26% en 2009 et 35% en 2010, des femmes enceintes dans les pays à revenus faibles dans le monde avaient accès à un conseil et dépistage du VIH (extrait rapport ONUSIDA 2011). Pendant ce temps, 41% des femmes enceintes au Sénégal avaient bénéficié du dépistage du VIH en 2009. En Afrique subsaharienne, le taux de couverture pour le dépistage des femmes enceintes avait atteint 61% en 2010 (extrait rapport ONUSIDA 2011). Le Sénégal a donc un retard par rapport à l'Afrique de l'ouest dans son ensemble en matière de dépistage des femmes enceintes. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'il ne fait pas partie des pays considérés comme prioritaires en matière de PTME, à cause de son taux moins élevé que les autres pays de la région.

Quant à la couverture en ARV chez les femmes enceintes en Afrique subsaharienne (schéma prophylactique le plus efficace à l'exclusion de la névirapine en dose unique), pour prévenir la TME, elle était estimée à 48% (extrait rapport ONUSIDA 2011) ; tandis qu'au Sénégal, seulement 36% en 2009 et 23% en 2010 des femmes enceintes séropositives avaient bénéficié des ARV (rapport GARP 2012). A ce rythme, les pays à revenu faible, particulièrement le Sénégal, auront encore des difficultés à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Ainsi, l'élimination virtuelle du VIH pédiatrique ne peut se faire que sur la base solide des services de santé maternelle et infantile avec une couverture à 100% de toutes les formations sanitaires et une formation et supervision des prestataires sur la mise en place des services PTME (Dr. Appolinaire TIAM¹⁵.) Mais cela ne saurait avoir un succès sans une intégration des activités communautaires et politiques. L'élimination de la TME ne doit donc pas être seulement une affaire médicale. Au Burkina Faso, la surmédicalisation de l'ETME, la focalisation sur la femme enceinte au détriment d'un travail en amont sur les jeunes, et sur la santé de la reproduction, et la faible implication des organisations

¹³ Conseiller Régional UNICEF-AOC ; lors de la (Conférence internationale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH Paris, 16-17 novembre 2011)

¹⁴ Conseillère Principale Prévention, ONUSIDA, lors de la (Conférence internationale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH Paris, 16-17 novembre 2011)

¹⁵ Directeur Technique: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

communautaires et de la société civile sont considérés comme des raisons limites de succès de la PTME (Diack 2011).

Initiatives nationales pour accompagner le programme PTME au Sénégal

Au-delà des aspects médicaux relatifs aux recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA, que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est entrain de mettre en œuvre, plusieurs faits marquant ont accompagné les activités sanitaires mises en œuvre par les services compétents de santé au Sénégal, pour aboutir à un succès sur la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Par exemple :

- ✓ L'implication des femmes juristes du Sénégal qui ont démontré un engagement fort pour un plaidoyer en faveur de la PTME. En 2010, ces femmes juristes dans le cadre de leur association nationale, avaient organisé un atelier réservé exclusivement à une réflexion sur les stratégies d'élimination de la TME.
- ✓ L'engagement des religieux (musulman et chrétien), avec une mise en place de l'alliance des religieux et experts médicaux contre le sida au Sénégal, est aussi une raison de succès. Cette alliance est entrée en croisade contre la TME. Les religieux ont pris l'engagement de sensibiliser les populations, en l'occurrence les hommes, lors des sermons dans les mosquées et les églises, pour une meilleure implication dans la PTME.

Le Sénégal est l'un des premiers pays africains à avoir adopté les recommandations de l'OMS de 2009, relative à l'allaitement maternel protégé par les ARV, en vue de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Auparavant, en 2005, le programme national de lutte contre le sida avait adopté une stratégie, fournissant lait et ustensiles aux femmes séropositives pour l'alimentation de leurs enfants. Cette initiative a duré jusqu'en 2009 (Desclaux, A 2012).

Limites du Sénégal pour une élimination de la TME à l'horizon 2015

« Les principales difficultés pour élargir les services de PTME au niveau d'un pays et pour mettre en œuvre les nouvelles recommandations sont les infrastructures sanitaires peu développées, les ressources humaines et les capacités de gestion limitées, la faiblesse des financements et du soutien à la PTME » (OMS 2009¹⁶). En effet, au Sénégal certains problèmes ou manquement concourent à anéantir la réussite du programme à l'horizon 2015. Le passage à l'échelle n'a pas encore atteint beaucoup de postes de santé surtout en milieu rural. Et même pour les postes de santé atteints, le paquet de service PTME qui y est offert généralement est limité aux conseils et dépistages du VIH des femmes enceintes. A cet effet, malgré les efforts réalisés dans le domaine de la santé en général, le déficit en ressources humaines reste toujours important et concerne toutes les catégories

¹⁶ OMS, Département du VIH/SIDA : Nouvelles recommandations pour Prévenir la transmission mère enfant 2009

professionnelles. Les ressources humaines de qualité étant indispensable pour l'atteinte des objectifs d'élimination de la transmission mère enfant du VIH, le Sénégal fait face aujourd'hui à un déficit criard en ressources humaines de santé. Selon les dernières données de la carte sanitaire, le pays dispose de 624 médecins, 677 sages-femmes, 2.777 infirmiers. Le déficit en médecins, infirmiers et sages-femmes est respectivement de 171, 987 et 487. Ainsi, les ratios personnel/population sont : un médecin pour 18.615 habitants pour le secteur public (norme OMS : 1 pour 10.000 habitants). Pour les sages-femmes le ratio est de 3946 femmes en âge de reproduction (FAR) dans le secteur public (norme OMS: 1 pour 300 FAR), alors que pour les infirmiers il est d'un infirmier pour 4.183 habitants (Norme OMS: 1 pour 300 habitants). Il n'est pas rare de voir un certain nombre de postes de santé fermés pendant deux ans ou plus du simple fait de l'absence de personnel de santé (CNLS PSN-contre le sida, 2011-2015).

Le constat aussi a été fait par le CNLS (2011) sur la déperdition constaté dans la cascade des indicateurs proposition / acceptation / réalisation du test VIH chez les femmes enceintes. Si la proposition est automatique dans les services de santé lors des CPN, l'acceptation par les femmes enceintes est loin de l'être pour plusieurs raison notamment d'ordre sociale. En plus, la prophylaxie ARV est parfois non disponible au niveau poste de santé ou centre de santé.

4.2.2 Facteurs de succès et limites de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP

Facteurs de succès

Renforcement de capacités des prestataires dans le cadre de la PTME

Assurer le dépistage, le conseil sur le VIH, la prise en charge et le traitement antirétroviral des femmes et des enfants dans le cadre de la PTME nécessite un renforcement de capacité et une mise à niveau spécifique pour les prestataires surtout dans les postes de santé (infirmiers et sages-femmes). Alors que cela n'est pas souvent pris en compte durant la formation initiale de ces derniers. Au niveau du district sanitaire de Nioro du RIP tous les prestataires n'ont pas encore bénéficié de cette formation (seulement 14 sur 28 : infirmiers et sages-femmes inclus) ; et même ceux qui ont été déjà formé souhaitent un recyclage selon le médecin chef de district. La formation continue s'annonce comme un besoin pour les professionnels de santé dans une perpétuelle évolution des systèmes de santé face à l'apparition de nouvelles maladies. Ainsi, une enquête réalisée en 2002 en France auprès des 600 participants d'un panel de médecins généralistes libéraux en Provence-Alpes-Côte d'Azur a montré que les médecins ont fréquemment déclaré rencontrer des obstacles dans la prise en charge des personnes souffrant d'un handicap notamment par manque d'information (62,8 %), de coordination avec divers intervenants (37,7 %), de formation(37,7 %), problèmes de communication avec les patients (20,7 %) et

besoin d'aide pour les examens(16,2 %) ¹⁷. Ceci explique la nécessité d'instaurer une gestion prévisionnelle des compétences des professionnels de santé.

Depuis le début de la décentralisation de la PTME en 2005 au Sénégal, la prise en charge médicale des femmes séropositives se faisait par les médecins au niveau des centres de santé, mais le constat a été qu'ils éprouvent souvent des difficultés à suivre correctement les patients dans les postes de santé qui sont le plus souvent très éloignés dans les villages. Avec le passage à l'échelle jusqu'aux postes de santé, certaines tâches comme le dépistage, le conseil et dans les rares cas le suivi thérapeutique des ARV, ont été délégués aux infirmiers ou sages-femmes par les médecins. Cette délégalion des tâches est accompagnée par une formation basée sur des directives nationales de prise en charge des cas PTME. En 2010, sous l'égide de l'OMS le Sénégal a procédé à la révision et à l'adoption de nouvelles lignes directrices en matière de PTME. S'en est suivi ensuite le recyclage des prestataires au niveau des centres principaux et secondaires de PTME. L'idée était donc que tous les prestataires au niveau des centres et postes de santé puissent conseiller, dépister et prendre en charge toutes les femmes enceintes séropositives sur le plan thérapeutique ARV et nutritionnel, mais aussi qu'elles puissent accoucher sans danger au niveau des postes ou centre de santé. L'intégralité de ces tâches ont été toujours dévolues exclusivement aux médecins.

Au Sénégal, il n'y a pas encore une politique nationale de délégation des tâches des médecins vers les infirmiers bien formalisée dans un document officiel (selon la responsable du programme national PTME), mais cela se fait tout de même surtout dans le cadre du passage à l'échelle de la PTME. Mais la délégation de tâches est très limitée, et concerne le counseling, le test de dépistage rapide du VIH, la dispensation des ARV (seulement dans certains rares postes de santé), et l'accouchement si la femme séropositive ne présente aucun problème grave.

La problématique de la formation continue des professionnels de santé dans le cadre de la lutte contre le sida est complexe dans la mesure où tous les professionnels de santé concernés n'ont pas le même niveau de responsabilité, ni la même formation de base et non plus les même compétences en pratiques vis-à-vis de la prise en charge des malades. Néanmoins, des solutions existent et peuvent relever d'une bonne organisation d'un système intégré de formation continue spécifique à la PTME pour les prestataires de santé impliqués. L'idée de la création d'un référentiel de compétences pour un prestataire de service PTME qui va concerner de manière transversale tous les professionnels de santé, pourrait être une des solutions faisables. Des outils de bilan de compétences pour identifier les besoins de formation continue spécifique à chaque catégorie professionnelle pourraient accompagner le référentiel de compétence. Une fois les besoins de formations spécifiques identifiés, des plans de formation seront élaborés et mis en œuvre de manière généralisée pour tous les prestataires impliqués.

¹⁷Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 (France)

Collaboration entre les prestataires et de la communauté

La collaboration entre prestataires et communautés dans le cadre de la PTME se fait par une délégation de tâches. On entend ici par prestataires, les professionnels de santé impliqués dans la PTME (médecins, sages-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux). La communauté peut être représentée ici par les associations des femmes ou des jeunes, la société civile, les ONG ou par l'association des PVVIH. Les associations des femmes et des jeunes, la société civile sont souvent chargés de la mobilisation des femmes pour la fréquentation des services PTME. Quant à l'association des PVVIH et les ONG, elles participent à l'accompagnement psychosocial, à la sensibilisation des familles ayant en charge les orphelins et à la recherche des couples mère-enfant perdus de vue. Tout ce travail important pourrait aider à l'atteinte des objectifs d'élimination de la TME. Dans le district sanitaire de Nioro du RIP, l'association des PVVIH occupe une place importante dans la sensibilisation sur la PTME et l'accompagnement psychosocial des membres.

Rôle important de l'association des PVVIH dans la réussite du programme PTME

« Je trouve que notre association est très intéressante pour tous les membres, surtout pour les femmes, à qui grâce à l'association sont parvenues à connaître le programme PTME qui leur permet aujourd'hui d'avoir des enfants séronégatifs », avait relaté le président de l'association des PVVIH de Nioro du RIP lors de son interview. Cette association se tâche de convaincre les femmes en état de grossesse, d'abord pour faire leur test de dépistage du VIH mais ensuite en cas de test positif de partager leur statut sérologique avec leur mari. Ceci est l'ultime combat de l'association dans la vision de ne plus voir un enfant infecté par le VIH, né de mère séropositive. La création des associations de personnes vivant avec le sida est une notion intégrée dans les stratégies de lutte contre le sida au Sénégal. Il existe un réseau national dirigé par un président qui coiffe tous les autres associations au niveau régional d'abord et ensuite au niveau du district. A travers ces associations, les PVVIH commencent à avoir de plus en plus de courage à dévoiler publiquement leur statut sérologique. En 2008, lors de la conférence internationale sur le VIH organisée à Dakar, pour la première fois le président du réseau national des PVVIH de l'époque s'est prêté volontairement à une campagne d'affichage, sa photo fièrement placardée sur toutes les grandes artères de Dakar avec cette phrase : «Je vis avec le virus du sida : Votre soutien me réconforte et me donne espoir» (CNLS, magazine 2011).

Cependant, il n'est toujours pas facile pour les membres de l'association des PVVIH de se dévoiler publiquement sous risque d'être stigmatisé et isolé par la société. Il est temps donc que des mesures soient prises par les autorités compétentes, pour la promotion de la liberté sociale des PVVIH. Ces mesures peuvent être une protection juridique, économique et sociale.

La réussite du programme de la PTME passe en partie nécessairement et avant tout par le dépistage systématique de toutes les femmes enceintes. Le dépistage passe par une bonne sensibilisation de la

population cible sur les risques, les conséquences et les moyens de préventions disponibles et gratuites aux niveaux des services de santé. L'association des PVVIH en situation d'auto-support ou de père-éducateur pourrait être un bon levier stratégique pour arriver à ces fins.

Décentralisation des responsabilités et des activités de PTME.

L'initiative mondiale du passage à l'échelle de la PTME prônée par l'OMS pour un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants, en vue d'éliminer la transmission du VIH concerne en partie la décentralisation des responsabilités sur les activités de lutte, allant du niveau central jusqu'à la communauté en passant par les prestataires intermédiaires dans les centres et postes de santé.

En effet, la formation des prestataires de santé sur la PTME ainsi que la collaboration qu'ils mènent avec la communauté doivent être accompagnées par une décentralisation des responsabilités et des stratégies de lutte contre la transmission mère enfant du VIH. Parlant de responsabilités ici nous faisons allusion à la délégation de tâches dans le cadre de la prise en charge des femmes séropositives et de leurs enfants. Certaines tâches comme la prescription d'ARV et la prise en charge des PVVIH ne sont pas encore dévolues aux infirmiers et sages-femmes dans les postes de santé. Alors que l'un des ingrédients du succès du Rwanda qui est souvent cité en très bon élève dans le cadre de la PTME et de la lutte contre le sida en général durant ces dernières années, est la dévolution et le partage des tâches, ce qui permet aux infirmiers de prescrire les ARV aux nécessiteux, en plus décentralisation des tests CD4 (Ekpini. R, 2011)¹⁸.

Quant aux stratégies, nous voulons parler des activités qui doivent être mises en œuvre sur le terrain pour éviter la TME. Ces activités concernent les causeries, les stratégies avancées de conseil dépistage volontaire, les activités de mobilisation sociale, le conseil de dépistage volontaire et suivi, la dispensation des ARV. Dans le centre de santé de Nioro du RIP, les activités de causeries sur la PTME se font tous les jours en présence des femmes venues en visite pré ou postnatale. Ces activités, déroulées par les relais communautaires facilitent au préalable le counseling pré-test et motivent les femmes à l'acceptation de se faire dépister selon la maîtresse sage-femme du centre de santé de Nioro du RIP. La même équipe de causerie mène des activités décentralisées dans les postes de santé. Les activités de PTME à base communautaire, c'est-à-dire les activités de sensibilisation menées par la communauté et pour la communauté, par l'intermédiaire des relais communautaires qui sont des volontaires issus de la communauté, constituent un levier stratégique pour une meilleure implication des populations dans le processus d'élimination de la TME du VIH.

¹⁸ Dr Rene Ekpini ; Etat des Lieux en Matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH dans les Pays à Revenu Limité ; Paris, France 16-17 Novembre 2011

Limites de succès de la PTME dans le district sanitaire de Nioro du RIP

La pauvreté, une contrainte à l'accès des services PTME

La pauvreté constitue une entrave à la réalisation de l'objectif d'élimination de la TME. En effet, si les femmes ne se présentent pas aux services de santé pour leur visite prénatale, condition préalable pour se faire dépister du VIH, c'est parce qu'ils existent plusieurs raisons dont la pauvreté. Dans un document publié par l'ONUSIDA en 2011, « les femmes déclarent qu'elles ne se présentent pas à toutes les visites anténatales recommandées et n'accouchent pas dans un établissement médical parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer leur transport jusqu'aux centres de prise en charge. L'incapacité à accéder à un éventail complet de soins anténataux entraîne l'incapacité à accéder aux services de prévention de la transmission verticale du VIH » (ONUSIDA 2011¹⁹). Les mêmes problèmes sont vécus par les femmes dans le district sanitaire de Nioro du RIP. Nombreuses sont celles qui ne parviennent pas à payer le déplacement vers les services de santé parfois très éloignés surtout dans les villages. Et au-delà même du problème de déplacement, il leur est difficile de payer les tickets de consultation. L'analphabétisme, un des corollaires de la pauvreté amène certaines femmes surtout en milieu rural à ne pas accorder une importance aux visites pré ou postnatales.

La mobilité des populations dans les zones frontalières et les cas de perdue de vue

En Afrique, les nouvelles frontières entre les pays, nées de la colonisation, qui séparent les mêmes peuples, ont fait que les populations sont souvent très mobiles. Dans les frontières, on retrouve en général et de part et d'autre de deux pays, les mêmes familles. Cela a fait qu'il est souvent difficile de maîtriser les flux migratoires. On peut se retrouver que ces populations aient même deux nationalités des deux pays ayant une frontière. Dans le domaine de la santé, particulièrement pour le suivi des malades du sida, les prestataires éprouvent souvent des difficultés à maîtriser les déplacements des malades. C'est ce qui explique le nombre élevé de perdus de vues chez les cas de PVVIH. Le district sanitaire de Nioro du RIP a une frontière avec la Gambie sur toute sa partie sud longue de plus de cinquante kilomètres. Selon les plateaux techniques sanitaires offerts et l'accessibilité géographique et financière des services de santé, les populations des deux pays fréquentent régulièrement les services de santé des deux pays. Dans les postes de santé de Médina Sabakh et de Wack Ngouna, plusieurs cas de VIH sont dépistés chez les femmes enceintes provenant de la Gambie. Il arrive souvent aussi que des cas dépistés positifs, résidant au Sénégal, quittent vers la Gambie, pour fuir la stigmatisation, ou bien à la recherche de meilleurs prise en charge adaptée à leurs situation socio-économique même si cela n'est pas toujours le cas. Selon l'infirmier chef de poste de Médina Sabakh, ces femmes

¹⁹ Note à l'usage du législateur sur le VIH et le sida (Libérer la prochaine génération du VIH : mettre fin à la transmission verticale du VIH)

provenant de la Gambie fuient la stigmatisation dont elles sont victimes dans leur pays d'origine, mais il est difficile de suivre car elles sont hors de leur zone d'intervention. Pour palier à ces difficultés, il est nécessaire pour les deux pays de nouer des partenariats et de travailler en synergie pour mieux éviter les cas de perdus de vue dans le domaine du sida en général. Sans quoi, il serait difficile d'arriver à l'objectif de zéro infection de la mère à l'enfant pour chacun des deux pays.

Problème de communication et insuffisance d'information sur la PTME

A travers les différents plans stratégiques de lutte contre le sida élaborés au Sénégal, une place a été toujours réservée à la communication. Mais la communication est généralement axée sur des plaidoyers effectués vers les décideurs politiques, des leaders communautaires et des médias. Un plan de communication bien formalisée de manière spécifique dans les districts sanitaires n'existait pas. Au niveau du district sanitaire de Nioro du RIP, bien que la communication dans le domaine de la lutte contre le sida en général et de la PTME en particulier existe à travers des activités de sensibilisation, elle n'est pas encore formalisée dans un plan bien défini. En plus, les principales actions développées ont porté sur l'information, la communication et l'éducation (IEC) sur la maladie.

Au début de la lutte contre le sida, les messages diffusés avaient un contenu négatif, et faisaient peur. Ces messages mettaient l'accent sur le caractère incurable et fatal de la maladie, mais aussi culpabilisait presque toujours les comportements des personnes infectées. Ce contenu négatif des messages a contribué à l'installation de la discrimination et la stigmatisation des personnes infectées. Il était devenu difficile d'obtenir l'adhésion au dépistage sérologique volontaire et le partage des résultats avec des tierces personnes²⁰. Cette considération négatif des populations sur le sida, reste et constitue un obstacle pour le programme PTME.

Aujourd'hui, la communication sur la PTME doit être conceptualisée au niveau local, de manière intégrée, en tenant compte des réalités sociales, religieuses, économiques et religieuses.

²⁰ Plan intégré de communication pour la prévention de la TME du VIH au Burkina Faso, 2003

5 CONCLUSION

Ce travail a permis d'avoir des informations intéressantes sur le passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé au Sénégal, et particulièrement dans le district sanitaire de Nioro du RIP.

Ainsi, la réflexion menée sur cette problématique a permis de constater et de structurer les faits marquant le passage à l'échelle de la PTME dans ce district sanitaire. Il en est ainsi de même sur les vécus et les remarques faites par les prestataires et les bénéficiaires du programme. A deux années du rendez-vous de 2015, à savoir l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il a été nécessaire de faire le point et d'informer de manière succincte sur les réalisations, les vécus et les suggestions des personnes impliquées dans le processus de mise en œuvre.

Un passage en revue des différentes stratégies mondiales et nationales qui sont élaborées pour la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH ont été évoquées. D'abord Au niveau mondial, avec la mise en place du plan mondial PTME, puis du plan de mise à l'échelle mondiale de la PTME par l'OMS et ses partenaires. Ensuite Au Sénégal, avec la question de politique nationale de la PTME et les stratégies de mises en œuvre de cette politique.

Une synthèse des résultats au niveau national sur la PTME a montré une très importante augmentation des sites PTME qui proposent des conseils et dépistages, entre 2002 et 2006 au Sénégal. De plus, le nombre de sites PTME qui a démarré la mise sous ARV des cas PTME a fortement évolué entre 2008 et 2011. Cependant, le nombre de test VIH réalisé durant les CPN est très petit par rapport au nombre de proposition (moins de la moitié), durant la période de 2007 à 2011. De même, le nombre de femmes enceintes séropositives mises sous prophylaxie ARV est inférieur au nombre de femmes enceintes séropositives dépistées.

En complément, les résultats de l'enquête menée sur le terrain montrent un bon nombre de bonnes pratiques sur la PTME, mais aussi beaucoup de limites qui défavoriseraient l'atteinte des objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Le constat a été aussi que le passage à l'échelle de la PTME au Sénégal, et particulièrement dans le district sanitaire de Nioro du RIP est effectif certes, car il atteint les postes de santé, mais, les résultats escomptés à l'horizon 2015 pour une élimination de la TME, sont loin d'être atteints. Des limites comme la non couverture totale des postes de santé en paquet de services PTME, l'acceptation du dépistage non encore automatique pour toutes les femmes enceintes, la non couverture en ARV pour toutes les femmes séropositives qui en ont besoin ainsi que les ruptures fréquentes d'ARV dans les sites PTME, liées à une mauvaises gestion des stocks par les prestataires, pourraient constituer une entrave à l'élimination de la TME. Au-delà de ces difficultés et ou manquements qui sont d'ordre technique et organisationnel, il y'a aussi une très faible adhérence des femmes et de leurs entourages proches dans la mise en œuvre du programme PTME. Ceci serait lié en partie à un défaut de communication sur la PTME.

Néanmoins, la décision de mise en œuvre du passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé au Sénégal est en cohérence avec le dernier Plan Stratégique National de lutte contre le sida (2011-2015), qui s'est fixé comme objectif d'élimination de la TME du VIH à l'horizon 2015.

En effet, la délégation de tâches vers les prestataires dans les postes de santé, qui doivent aussi bénéficier de renforcement de capacité sur la PTME et une implication de la communauté demeure impérative pour une pérennité du passage à l'échelle de la PTME.

Ce travail a permis de comprendre que de manière pratique la PTME dans les postes de santé ne répondent pas aux attentes du programme compte tenu des difficultés constatées. Il pourrait dans ce cas apporter une vision nouvelle sur le passage à l'échelle de la PTME. Ainsi, il attire l'attention sur l'importance de la responsabilisation des prestataires quant à leur pratique de PTME, et à l'implication de la communauté dans le processus de mise en œuvre du programme. C'est pourquoi il suggère un plan de campagne basé sur les techniques de marketing social en vue de faire la promotion de la PTME.

L'exécution d'un tel plan de marketing social dans le district sanitaire de Nioro du RIP pourrait faire l'objet d'une évaluation quant à son effet d'abord sur l'adhésion de la communauté au programme PTME et plus tard sur la prévalence de la TME. Ainsi, les mêmes procédés pourraient être appliqués aux autres districts sanitaires du pays.

6 BIBLIOGRAPHIE

Articles

Aho-Nienne C, 2011. « Enfants et sida en Afrique subsaharienne : répondre en urgence », in Dominique Kerouedan. Presses de Sciences Po« Hors collection », 2011p. 51-56. <http://www.cairn.info/Sante-internationale---page-51.htm>

Arborio S, 2008, Février. Allaitement et VIH en Inde du Sud, entre idéalisation et «vulnérabilité » de l'identité féminine. Corps, n° 5, p. 57-64/ <http://www.cairn.info/revue-corps-2008-2-page-57.htm>

COULIBALY M, et al, 2005. Evaluation d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (CÔTE D'IVOIRE/1999-2002). Med Trop2005; 66:53-58.

Desgré Du lou A, Hermann Brou, Gérard Djohan, Annick Tijou-Traoré, 2007, juil, Aout, Sept. Le refus du dépistage prénatal, étude de cas à Abidjan Côte d'Ivoire. Cahiers Santé vol. 17, n° 3.

Deniaud F, 1997. Actualités du préservatif féminin en Afrique. Cahiers Santé ; 7 ; 405-15

Guiraudon I et al, 1999, Evaluation du coût de prise en charge des enfants infectés par le VIH à Abidjan (cote d'Ivoire) en 1996 et 1997. Cahier santé 1999, 9:27-81.

Hardon A et al, 2012. Women's views on consent, counseling and confidentiality in PMTCT: a mixed-methods study in four African countries. BMC Public Health. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/26> (consulté le 25/09/2012)

K van der Merwe et al, 2011. Birth outcomes in South African women receiving highly active antiretroviral therapy: a retrospective observational study.JIAS.<http://www.jiasociety.org/content/14/1/42> (Consulté le 12/10/2012)

Kissin D et al, 2011. Five-year trends in epidemiology and prevention of mother-to-child HIV transmission, St. Petersburg, Russia: results from perinatal HIV surveillance. BMC Infectious Diseases 2011, 11:292. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/292> (consulté le 12/10/2012)

La Ruche G et al, 2008. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : état des lieux au Bénin. S.F.S.P. | Santé Publique 2008/6 - Vol. 20, pages 575 à 587.

Lallemant M, G Jourdain, S Le Cœur, N Ngo-Giang-Huong, V Thaineua, 2005, janvier. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH: un protocole simple, d'une efficacité remarquable. M/Sn° 1, vol. 21. <http://www.medecinesciences.org> (consulté le 13/08/2012)

Meda N et al, 1997. Réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement : stratégies d'intervention disponibles, obstacles à leur mise en œuvre et perspectives. Cahier santé, 1997 ; 7 :115-25.

Meda N, 2010. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : état des lieux et nouvelles stratégies. Transcriptase N° 143.

Narayanan I et al, 2004. Sauvegarder les investissements dans les programmes PTME par l'intégration des soins essentiels aux nouveau-nés. Basics II, USAID / www.usaid.gov/pop_health/ (consulté le 10/11/2012)

Ollivier F et al. « Étude sur l'observance des traitements antirétroviraux au Centre hospitalier universitaire de Yaoundé (Cameroun) », Santé Publique, 2005/4Vol. 17, p. 559-568. DOI: 10.3917/spub.054.0559/ <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-559.htm> (consulté le 22/08/2012)

Taverne B, 1999. Représentation de la transmission mère-enfant du SIDA, perception du risque et message d'information sanitaire au Burkina Faso. Cahier santé 1999 ; 9 ; 195-9.

Tsingaing K J et al, 2011. Prévalence du VIH chez la Femme Enceinte et Transmission Mère-Enfant du VIH à la Maternité de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun. CMCH, Vol. 8 (2011), Article IDC100801, 3 pages.

Van Lettowet M et al, 2011. Uptake and outcomes of a prevention-of mother-to-child transmission (PMTCT) program in Zomba district, Malawi. BMC Public Health. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/426>

Yé D et al, 2005, juillet. Enfants nés de mères séropositives : A propos de quatre cas de contamination sur une période de 14 ans de suivi au CHU de Rouen. Cahiers Santé vol. 15, n° 3.

ZONGO S, F OUATTARA, 2008. Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes » : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou. Spécial hors série n° 1. Science et technique, Sciences de la santé.

Rapports et documents politiques et stratégiques

OMS, 2012. Mise à jour programmatique : utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. Résumé analytique. <http://www.who.int/hiv/en/> (consulté le 21/11/2012)

OMS 2012. Programme VIH/sida : utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. <http://www.who.int/hiv/en/> (consulté le 21/11/2012)

OMS, 2011. Progress report, Global HIV/AIDS response. <http://www.who.int/hiv/en/> (consulté le 12/10/2012)

OMS, rapport de situation 2011. Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel. <http://www.who.int/hiv/en> (consulté le 12/10/2012)

OMS, 2009. Département du VIH/sida. Nouvelles recommandations : Prévenir la transmission mère enfant. <http://www.who.int/hiv> (consulté le 18/05/2012)

OMS, 2009. Rapport de situation : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. <http://www.who.int/hiv/en> (consulté le 18/05/2012)

OMS 2009. Recommandations rapides : l'utilisation des antirétroviraux pour le traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant, version 2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. <http://www.who.int/hiv>(consulté le 18/05/2012)

OMS, 2007. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondiale de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. <http://www.who.int/hiv/en/>(consulté le 18/05/2012)

OMS, 2004. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso : une démarche contractuelle originale : étude de cas. <http://www.who.int/hiv/en/>(consulté le 18/05/2012)

OMS, 2002. La prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants. <http://www.who.int/hiv/en/>(consulté le 18/05/2012)

OMS, 2002. Rapport de réunion sur les approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH/SIDA chez l'enfant. <http://www.who.int/hiv/en/>(consulté le 18/05/2012)

ONUSIDA, 2012. 30^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA Genève, Suisse 5-7 juin 2012. UNAIDS/PCB(30)/12.13. Page 3 of 30. <http://www.unaids.org> (consulté le 25/11/2012)

ONUSIDA, Rapport annuel 2011. <http://www.unaids.org> (consulté le 18/05/2012)

ONUSIDA, 2011. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. <http://www.unaids.org> (consulté le 18/08/2012)

ONUSIDA, 2011. Atteindre l'Objectif Zéro : une riposte plus rapide, plus intelligente et plus efficace. <http://www.unaids.org> (consulté le 18/05/2012)

ONUSIDA, 2007. Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH : pour un accès universel. <http://www.unaids.org> (consulté le 18/05/2012)

République du Sénégal, 2012. Etude démographique et de santé à indicateurs multiples, édition 5. www.ansd.sn (consulté le 12/08/2012)

République du Sénégal, 2005. Etude démographique et de santé, édition 4. www.ansd.sn (consulté le 12/08/2012)

République du Sénégal, ministère de la santé et de la prévention. Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018.

République du Sénégal, DLSI 2010. Nouvelles directives Nationale sur la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 17/08/2012)

République du Sénégal, DLSI 2008. Directives Nationale sur la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 17/08/2012)

République du Sénégal, DLSI, 2008. Directives nationales sur la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

République du Sénégal, DLSI et DANSE, 2006. Paquet intégré de services essentiels pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH, Guide du facilitateur. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 17/08/2012)

République du Sénégal, DLSI, 2009. Rapport d'activités annuel. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 17/08/2012)

République du Sénégal, DLSI, 2007. Rapport d'activités annuel. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 17/08/2012)

République du Sénégal, CNLS, 2012. Rapport GARP 2010-2011, Sénégal. www.cnls-senegal.org/ (consulté le 24/08/2012)

République du Sénégal, DLSI et CNLS, 2011. Enquête nationale sur la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

République du Sénégal, CNLS, Plan stratégique de lutte contre le SIDA, 2007/2011. www.cnls-senegal.org (consulté le 24/08/2012)

République du Sénégal, CNLS, 2010. Rapport annuel 2009 du programme national. www.cnls-senegal.org/ (consulté le 24/08/2012)

République du Sénégal, CNLS, 2011. Tous les acteurs engagés pour ZERO enfant infecté. Magazine. www.cnls-senegal.org/ (consulté le 23/11/2012)

République du Sénégal, DLSI. Politique, Normes et Protocoles du Conseil Dépistage Volontaire du VIH. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 24/08/2010)

République du Sénégal DLSI, 2005. Politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 24/08/2010)

République du Sénégal, DLSI, 2005. Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH, Guide du formateur. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 24/08/2010)

République du Sénégal DLSI, 2005. Rapport des activités. www.divisionsida-ist.sn. (Consulté le 24/08/2010)

République du Sénégal, ANDS, 2010. Situation économique et sociale de la région de Kaolack.

.....
Mémoire :

Jean Michel G P, 2005. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME) en Côte d'Ivoire à partir de l'expérience canadienne (Centre Maternel et Infantile sur le SIDA de l'hôpital Sainte Justine, Montréal).mémoire. Usenghor. Alexandrie/Egypte.

BA Mariam, 2005. Un regard africain sur les stratégies de prévention de l'infection VIH/sida en Europe : quelles perspectives pour le Sénégal ? Mémoire. Usenghor. Alexandrie. Egypte.

.....
Rapports et présentations de conférences

Ekpini R. Etat des Lieux en Matière de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH dans les Pays a Revenu Limité. Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011> (consulté le 22/09/2012)

Diack. Offre de services communautaires : Exemple du Burkina Faso Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

J DRABO, Y. Elimination de la transmission mère enfant du VIH : Quelles formations pour quels personnels? Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Mugwaneza P. La PTME comme composante intégrale des services de santé maternelle, néonatale et infantile, l'exemple du Rwanda. Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Orne-Gliemann J. quelles implications des hommes dans l'acceptabilité et l'efficacité des interventions de PTME ? Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Oulare M. Vers l'élimination de nouvelles infections VIH chez l'enfant tout en maintenant leurs mères en vie : Progrès, Défis et Opportunités pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Touré H. Le coût des programmes de PTME et les implications pour les stratégies d'élimination. Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Unicef, rapport de consultation, 2006.prévention de la transmission mère-enfant du VIH au MAROC. Duneton P. Médicaments essentiels pour l'ETME : le rôle d'UNITAID. Paris 17 novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Unicef, 2011. Conférence internationale pour l'Afrique de l'ouest et du centre sur l'élimination de la transmission mère enfant du VIH/SIDA. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

ZUNIGA I. Où en sommes-nous dans l'optimisation de l'ETME. Conférence Internationale sur l'ETME. Institut Pasteur, 16 17 novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

Zoung-Kanyi Bissek Anne C. Délégation et partage des tâches: assurer la PTME dans le contexte de ressources humaines limitées, l'exemple du Cameroun. Conférence Internationale sur l'ETME, Paris du 16 au 17 Novembre 2011. <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2011>(consulté le 22/09/2012)

7 ANNEXES

Guide d'entrevue en direction des prestataires en charge du programme PTME/MCD /ICP /SFE

Comment appréciez vous le passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé en milieu rural ?

Expliquez

Combien d'agents sont impliqués dans la PTME dans votre structure?

Quels sont les différents profils de ces agents?

Combien de personnes ont été formées sur les nouvelles directives PTME dans votre structure ?

Combien de personnes reste t-il à former ? Qui sont-ils ?

Qu'elles sont les ressources matérielles d'IEC et de PEC dont vous disposez pour la PTME ?

Quelle est la cible de grossesses attendues dans votre district ou poste de santé ?

Quels sont les objectifs PTME qui ont été assignés à votre structure en 2011 ?

Ces objectifs sont-ils atteints ?

Depuis quand mettez vous en œuvre la PTME dans votre structure ?

Quel type de tests utiliser vous ?

Où se fait la confirmation du test ?

Quel est le paquet d'activité offert pour la PTME dans votre structure ?

Quelles sont les dispositions prises pour le bon déroulement de l'accouchement? (Disponibilité des ARV, code confidentiel)

Quelles sont les dispositions prises pour le suivi de l'enfant né de mère séropositive dans votre structure?

Comment est organisé la relation entre le centre et le poste de santé dans le cadre de la PTME

Quels sont les partenaires avec qui vous travailler dans le cadre de la PTME au niveau de votre Zone ?

Quels problèmes que vous rencontrez dans la mise en œuvre de la PTME ?

Quels sont vos recommandations pour résoudre es problèmes ?

Guide d'entretien pour le médecin chef de région et points focaux PTME

Quelle place occupez-vous dans le processus de mise en œuvre de la PTME dans la région?

Quels sont les grandes réalisations à ce jour dans le cadre de la PTME au niveau de la région?

Quels sont les autres réalisations prévues pour l'avenir?

Quelles sont les contraintes identifiées dans le cadre de la PTME dans la région ?

Quelles sont les solutions que vous recommandez pour résoudre ces problèmes ?

Comment appréciez vous le passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé en milieu rural ?
expliquez

Guide d'entretien des médecins en charge Du Suivi des PVVIH

Depuis quand vous occupez-vous de la prise en charge des femmes enceintes et ou des enfants dans le cadre de la PTME ?

Comment est organisé le suivi des femmes enceintes VIH + dépistées au niveau des postes et centres de santé ? Expliquez

Comment appréciez vous le passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé en milieu rural ?
Expliquez

Qu'en est-il de vos relations de travail avec les autres prestataires de la PTME (infirmiers, sages-femmes) dans les postes de santé ? Expliquez

Quelles sont vos contraintes rencontrées dans la prise en charge des femmes et des enfants dans le cadre de la PTME? Expliquez

Quelles sont les solutions que vous préconisez pour une amélioration de la performance du programme PTME?

Guide d'entretien pour les femmes enceintes venues en CPN

Est-ce votre première CPN dans ce site pour cette grossesse?

Si non, combien de CPN avez-vous déjà réalisé dans ce site

Avez-vous déjà entendu parler du Sida ? expliquez.

Avez-vous déjà entendu parler de la PTME ?

Si oui, Quand avez-vous entendu parler du programme PTME, et par qui ?

Quelles informations avez-vous reçu sur ce que l'on vous avait dit sur la PTME ? expliquez

Quelle est la personne qui vous a accueilli aujourd'hui ?

Comment avez-vous trouvé l'accueil ?

Quelqu'un vous a-t-il déjà proposé un test de dépistage du Sida dans ce site pour cette grossesse?

Si oui, qui est ce, quand et quelle a été ta réponse ? Avez-vous accepté le test ?

Quel a été le délai entre le test et le moment où vous avez été informé de votre statut?

Si non pourquoi avez-vous refusé ?

Guide d'entretien des femmes bénéficiaires du programme PTME

Depuis combien de temps bénéficiez-vous du programme PTME ?

Connaissez-vous le programme PTME avant la découverte de votre statut sérologique ? Expliquez

Quelles appréciations faites-vous de la PTME vis-à-vis de votre statut sérologique ? Expliquez

Quels sont les difficultés que vous rencontrer pour votre traitement et votre suivi de manière général ? Expliquez

Qu'en est-il de votre entourage et de votre mari en particulier depuis que vous avez connu votre statut de femme séropositive ? Expliquez

Qu'attendez-vous des autorités sanitaires pour une amélioration de vos conditions de vie et de ton enfant en tant que femme séropositive ? Expliquez

Guide d'entretien pour le responsable national de la PTME

Quelle appréciation globale faites-vous de la PTME au Sénégal ? Expliquez

Quel est votre point de vue sur la décentralisation de la PTME jusqu'aux postes de santé ? Expliquez

Selon vous quels sont les points forts et avantages de ce programme? Expliquez

Quelles sont les contraintes que vous rencontrer pour la généralisation du passage à l'échelle dans tous les postes de santé du pays ? Expliquez

Quels sont vos suggestions et recommandations pour renforcer ce programme? Expliquez

Liste des figures

Figure 1 : graphique nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaires, entre 2000 et 2015

Figure 2 : graphique des besoins d'investissement dans les 22 pays prioritaires

Figure 3 : carte administrative du Sénégal

Figure 4 : carte administrative de la région de Kaolack

Figure 5 : évolution du nombre de sites primaires et secondaires

Figure 6 : progression de proposition et réalisation du test VIH en CPN

Figure 7 : évolution du dépistage et de la mise sous prophylaxie ARV du couple mère-enfant

PLAN DE CAMPAGNE DE MARKETING SOCIAL

Contexte et justification

Au Sénégal, le taux de prévalence du sida au sein de la population générale reste inférieur à 1%, avec tout de même une disparité selon les groupes sociaux ou les localités géographiques. Ce taux est de 0,8% chez les femmes et de 0,5 % chez les hommes (EDS V 2010-11). Ces résultats obtenus, qui restent parmi les meilleurs en Afrique sont liés à la bonne volonté politique de l'Etat avec la mise en place des organes ou services compétentes pour lutter contre cette infection (CNLS, DLSI 2010). Cette réponse à la pandémie est aussi marquée par un succès enregistré dans la politique de prévention, la thérapie des ARV et un leadership fort.

Le programme de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) est l'une des stratégies adoptées par l'Etat du Sénégal en vue de réussir la politique de lutte contre le sida. La PTME vise à s'assurer que toutes les mères séropositives ne puissent contaminer leurs enfants pendant la grossesse, à l'accouchement ou pendant l'allaitement. Malgré cela, des centaines d'enfants continuent de naître avec le virus du sida au Sénégal.

L'enquête réalisée par la DLSI en 2010 sur la PTME dans tout le pays montre des résultats qui sont encore loin des objectifs fixés. Selon les résultats de l'enquête, seulement 53% des femmes reçues en CPN ont pu bénéficier du conseil pré-test entre 2010 et 2011, alors que l'objectif est d'atteindre au moins les 80%. De plus 36% des femmes reçues en CPN ont accepté de faire le test de dépistage (DLSI 2011), ce qui montre une très faible adhérence des femmes en âge de procréer, dans le programme PTME. En 2009, le nombre de femmes vues en CPN s'élevait à 29902 dans la région sanitaire de Kaolack. Parmi elles, 28048 ont reçu la proposition du test de dépistage du VIH, dont seulement 4718, soit 16,8% seulement réalisé, c'est-à-dire ont accepté de faire le test (données région médicale Kaolack 2009).

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette faible adhérence des femmes dans le programme PTME au Sénégal. En effet, le manque d'information et le défaut de communication sur le programme avec toutes ses composantes, pourraient être une cause principale de ce non adhérence des femmes. Il est donc nécessaire de mener des stratégies qui contribueront à favoriser l'accès des femmes aux informations relatives au programme PTME.

Mission :

La mission de ce plan est d'amener les femmes en âge de procréer à adhérer massivement dans le programme PTME. Ceci à travers une campagne de sensibilisation auprès des populations cibles, en tenant compte du contexte culturel, social et économique de la localité. Comme on le disait lors de la 30ème réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA à Genève, les 5-7 juin 2012

« Les actions de prévention échoueront tant qu'elles ne tiendront pas compte du contexte social et culturel dans lequel elles tentent d'opérer un changement ».

Public cible:

Nous avons une cible principale et des cibles secondaires.

Les femmes en âge de procréer (15 à 45 ans), dans la zone de couverture du district sanitaire de Nioro du RIP constitue notre cible principale, du fait des éléments suivants :

Le district sanitaire de Nioro du RIP connaît le passage à l'échelle de la PTME jusqu'aux postes de santé.

L'étude que nous avons menée dans le cadre du passage à l'échelle de la PTME a porté sur le district sanitaire de Nioro du RIP.

Malgré la décentralisation de la PTME, le pourcentage de femmes enceintes dépistées reste encore très faible par rapport au nombre de grossesse attendu par année.

Le nombre de femmes enceinte ou déjà accouchée séropositives est considérable dans cette zone sanitaire de Nioro du RIP

Nos cibles secondaires seront les hommes mariés qui vivent en couple, les autorités locales (administratives, religieuses et politiques), et les prestataires dans les services de santé (Infirmiers, sages-femmes).

Objectifs de marketing

Dans les deux années à venir, amener au moins 90% des femmes enceintes dans le district sanitaire de Nioro du RIP, à accepter de faire le dépistage du VIH lors d'un CPN.

Stratégies de marketing

Dans la stratégie de marketing plusieurs actions seront menées; il s'agit de :

.Rendre disponible et accessible des d'informations sur le sida en général et la PTME en particulier (mode de transmission, moyen de prévention, possibilité de prise en charge etc.)

.Impliquer les populations locales dans les activités de communication (faire de telle sorte que des personnes connues au niveau locale soient intégrées dans l'équipe de sensibilisation).

Objectifs de communication

Sensibiliser les populations en général et toutes les femmes en âge de procréer en particulier, dans le district sanitaire de Nioro di RIP sur la nécessité d'adhérer au programme PTME pour une génération sans sida d'ici 2020.

Activités de communication

A1 : création d'une émission hebdomadaire sur la PTME dans une ou deux radios locales ou communautaires.

A2 : organiser des séances de projection de film sur le sida/PTME suivi de débat dans les quartiers les villages, et les collèges et lycées.

A3 : mener des visites de courtoisie et plaider au près des autorités religieuses et politiques pour les inciter à s'impliquer dans le programme.

A4 : organiser des sessions de renforcement de capacité pour les prestataires (infirmiers et sages-femmes), exclusivement sur la PTME.

A5 : confection et affichage des images sur la prévention du sida, dans tous les lieux publics (marchés, écoles, structure de santé)

A6 : organiser des sessions de renforcement de capacité pour les animateurs (ASC, membre d'association communautaire et de PVVIH) en technique de communication

A7 : Organiser des séances de discussion de groupe dans les quartiers, secteurs, villages, dans les Eglises, Mosquée, sur l'importance du dépistage en cas de grossesse et la PTME

A8 : Organiser des séances de travail avec les associations et ONG sur le programme PTME/VIH, notamment son contenu et le rôle des associations dans sa mise en œuvre

A9 : faire passer à la télévision des sketches et téléfilms sur la PTME

Indicateurs de performance

A court terme (à la fin des activités)

Nombre d'émission radio réalisées

Nombre de participant aux émissions radio par téléphones ;

Nombre de bonnes réponses données par les participants sur les questions posées lors des émissions ;

Nombre de visite réalisées au près des autorités locales (administratives, politiques et religieuses) ;

Nombre de projection de films dans les quartiers et villages ;

Nombre de séances de causeries réalisées ;

Nombre de prestataires formés ;

Nombres de communautaires formés ;

Nombre d'affiches et de sites d'affichages ;

Nombre de dépliants distribués ;

Nombres de responsables locaux (politiques, religieux et administratifs) impliqués dans la promotion de la PTME ;

A moyen terme (un an après les activités)

Pourcentage de femmes enceintes ayant fréquentées un service de santé pour la CPN sur le nombre de grossesse attendue ;

Pourcentage de femmes ayant acceptées le dépistage lors des consultations prénatales ou post-natales ; sur le nombre de grossesse attendu durant les 12mois qui suivent après la fin des activités.

Pourcentage de femmes accompagnées au moins une fois par un mari pour la CPN ;

Pourcentage de conjoint ayant accepté de se faire dépisté quand l'épouse se trouve séropositive ;

Pourcentage de conjoints des femmes enceintes qui se font dépister ;

Pourcentage de conjoints qui soutiennent leurs femmes séropositives ;

Messages

Nous ne voulons plus que des enfants viennent au monde avec le sida ; pour une génération sans sida.

Contrairement à ce que pensent beaucoup de personnes, « avoir le sida ne signifie pas fin de la vie ».

Contrairement à ce que pensent beaucoup de personnes, « le sida ne se transmet pas seulement par les rapports sexuels ».

Contrairement à ce que pensent beaucoup de personnes ; « les enfants peuvent attraper le sida »

Contrairement à ce que pensent beaucoup de personnes ; « on peut prévenir le sida aux enfants avec de simples gestes »

« Une femme enceinte séropositive peut bien transmettre le virus à son bébé au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et au cours de l'allaitement au sein; mais il existe maintenant des services pour éviter cela ; allez au centre de santé pour vous renseigner ».

« Souhait d'avoir un enfant bien portant comme tout bon parent ; « faites le test de dépistage sérologique du VIH, et vous éviterez ainsi de contaminer éventuellement votre bébé ».

« Tous les services de santé sont aptes à vous donner des conseils, à vous faire le test et éventuellement à vous fournir des médicaments et une bonne prise en charge pour éviter la contamination du bébé en cas de test positif ».

« Être responsable et aimer son enfant c'est lui éviter d'avoir le sida, et seulement le dépistage permet d'y arriver ».

Femme enceinte, « pour le bon déroulement de votre grossesse et la sécurité de votre accouchement, rendez-vous toujours dans un centre de santé où vous aurez des conseils ».

Femme enceinte, « vous qui aspirez donner naissance à un enfant et l'élever dans la joie, sachez que l'accouchement doit être entouré de toutes les mesures de sécurité. Pour cela rendez-vous toujours dans une maternité pour votre accouchement ».

Homme, « vous qui aimez votre femme et qui attendez qu'elle vous donne un bébé en bonne santé, aidez la à aller au centre de santé. Elle y recevra des conseils pour sa santé et celle de son bébé ».

Mères, tentes, cousines, « aidez vos filles et vos belles filles à se rendre au centre de santé pour le suivi de la grossesse et l'accouchement. Vous aurez ainsi des petits enfants en bonne santé ».

Prestataires de santé, « vous qui sauvez des vies et donnez espoir, réservez un accueil chaleureux à vos clients et clientes dans les formations sanitaires. Vous renforcerez ainsi votre prestige et votre crédibilité ».

Personnel de santé, « vous qui sauvez des vies et donnez espoir, réservez un accueil chaleureux à vos clients et clientes dans les services sanitaires ».

Partenaire de femme enceinte séropositive, « la voie sexuelle n'est pas l'unique moyen de transmission du VIH. Votre partenaire a pu être contaminée par une autre voie. Evitez de l'accabler ».

Leaders politiques, religieux et communautaires, « votre adhésion et soutien au programme PTME permettra d'assurer convenablement son exécution pour le bien-être de la population ».

Les personnes en charge de divulguer les messages

L'équipe de coordination constitué par (agents de la cellule de communication DLSI, des membres des équipes cadre de la région médicale et du district)

Les agents de santé communautaire ;

Les leaders communautaires, religieux et politiques ;

Les prestataires de santé, (médecins, infirmiers, sages-femmes) ;

Les membres d'associations et ONG,

Les journalistes des radios locales

Les canaux de communication

Communication interpersonnelle entretien de counseling ;

Communication de masse : théâtre, jeu de rôle ;

Communication de groupe : causerie de groupe, groupes de parole ;

Affiches, panneaux, dépliants ;

Projection de films ;

Radio locale.

Slogan (en langue locale : wolof)

« ptme péxé miy aar pérèntal yi si sida »

(PTME la solution pour sauver les enfants du sida)

Période de campagne: la campagne de communication sera étalée sur une durée de 3 mois (octobre 2013 à décembre 2013).

Equipe de campagne : Elle sera composée des éléments de la cellule de communication de la DLSI et des éléments des équipes cadres de la Région Médicale de Kaolack et du District Sanitaire de Nioro du RIP.

Plan d'action:

Activités		Octobre	Novembre	Décembre	Indicateurs d'évaluation
A1 : émission radio hebdomadaire sur la PTME	Outils	Cadeaux, prix, questionnaire (dans le cadre d'un jeu où les habitants appellent et répondent aux questions posées à la radio sur le sida et la PTME)			-Nombre d'émission radio réalisées -Nombre de participant aux émissions radio par téléphones -Nombre de bonnes réponses données par les participants sur les questions posées lors des émissions
	expéditeurs	Equipe PTME (Région et district) ; personne star de la localité, comédien			
	Messages	Faire connaissance : du sida chez la mère et l'enfant ; de la PTME pour sauver les enfants contre le sida			
	Public cible	Hommes et femmes en âge de procréer			
	fréquence	Tous les samedis de 11h à 12h durant tous les trois mois			
A2 : séances de projection de film sur le sida/PTME suivi de débat dans les quartiers les villages, et les collèges et lycées.	Outils	Voiture, vidéoprojecteur, sonorisation, CD films ; groupe électrogène			-Nombre de séances réalisées -Nombre de personnes environ présentes lors de chaque séance
	expéditeurs	Equipe PTME (district) ; personne star de la localité, comédien			
	Messages	La nécessité de se faire dépister surtout lorsqu'on a contracté une grossesse pour les femmes. Nécessité d'inciter les épouses à respecter les CPN et d'accepter qu'elles soient dépistées.			
	public cible	Habitants des quartiers et des villages , élèves			
	fréquence	Une séance par semaine durant les trois mois			

Activités		octobre	novembre	décembre	Indicateurs d'évaluation
A3 : journées de visites de courtoisie et plaidoyer au près des autorités religieuses et politiques	Outil	Document de synthèse de la situation du sida dans le district			-Nombres de responsables locaux (politiques, religieux et administratifs) impliqués dans la promotion de la PTME
	expéditeur	Equipe PTME (région, district et DLSI)			
	Message	Votre message est indispensable pour stopper la TME du sida.			
	public cible	Autorités religieuses et politiques			
	fréquence	Une tournée en quelques jours, tout au début de la campagne			
A4 : séminaires de formation avec les prestataires (infirmiers et sages-femmes), exclusivement sur la PTME.	Outil		Documents stratégiques PTME		-Nombre de prestataires formés
	expéditeur		Equipe PTME (région médicale, district, DLSI)		
	Message		Rôle place et activités des prestataires dans la PTME		
	public cible		Prestataire (infirmiers , sages-femmes)		
	fréquence		3 jours		

Activités		octobre	novembre	décembre	Indicateurs d'évaluation
A5 : confection et affichage des images	Outil	-Affiches, panneaux, dépliants			-Nombre d'affiches et de sites d'affichages -Nombre de dépliants distribués
	expéditeur	-Equipe coordination PTME -Jeunes volontaires			
	Message	L'importance de se faire dépister du VIH en cas de grossesse			
	public cible	Population générale			
	fréquence	3 jours			
A6 : séminaires de formation pour les animateurs	Outil	Plan de formation axé sur les techniques de communication			Nombre d'animateurs formés
	expéditeur	Equipe PTME (région, district et DLSI)			
	Message	Comment convaincre les populations à accepter le dépistage du VIH			
	public cible	ASC, membre associations communautaires			
	fréquence	3 jours			

Activités		Octobre	Novembre/décembre		Indicateurs d'évaluation
A7 : séances de discussion de groupe ou causeries dans les quartiers, secteurs, villages,	Outil		Dépliants, dictaphone,		Nombre de séances effectuées
	expéditeur		Animateurs (membres associations communautaires)		
	Messages		-soyons tous acteurs dans l'élimination de la TME du virus en se faisant dépister ou inciter les épouses à se faire dépister pour les hommes, en cas de grossesse		
	public cible		Les hommes, les femmes		
	fréquence		Au moins une séances par mois et par quartier (pour la ville) et par village, dans tout le district		
A8 : séances de travail (réunion) avec les associations et ONG locales sur le programme PTME	Outil	Plan d'action et calendrier de mise en œuvre			Rapport/compte rendu de la réunion
	expéditeur	Equipe coordination PTME			
	Message	La nécessité de collaborer et de travailler en synergie pour mettre en œuvre ce projet de communication			
	public cible	Dirigeants associations et ONG locales			
	fréquence	Une journée			

Suivi-évaluation

Il vise à suivre l'évolution ainsi que l'efficacité des stratégies mises en œuvre.

Une unité de suivi et évaluation sera créée par Le District sanitaire de Nioro du RIP pour assurer la mise en œuvre du plan d'action et à l'élaboration des rapports (à mi-parcours et finale)

Elle sera constituée de :

Le médecin-chef de district ;

Un représentant de la cellule de communication DLSI ;

Le superviseur du district.

Un rapport final sera élaboré et partagé avec la DLSI, après la mise en œuvre de toutes les activités