



UNIVERSITE SENGHOR

Université Internationale de Langue Française au Service du Développement
Africain à Alexandrie -Egypte

Département Gestion des Systèmes de Santé et Politiques Alimentaires

Mémoire de Fin d'Etudes Professionnelles Approfondies

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)

En vue de l'obtention du : **Diplôme d'Etudes Professionnelles Approfondies (DEPA)**

Directeur de Mémoire :

Présenté et soutenu par **GOMAN P. Jean Michel**

Président du jury :

Membres du jury :

Promotion 2003-2005

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	i
ABREVIATIONS	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES	iv
DEDICACE	v
RESUME	2
INTRODUCTION GENERALE	3
I- Objet de la recherche	3
II- Problématique	3
III- Méthodologie	5
3- 1 Recherche bibliographique	6
3- 1- 1 Recherche en ligne	6
3- 1- 2 Recherche à la bibliothèque	6
3- 1- 3 Participation aux activités du service et entrevues	6
3- 1- 4 Participation aux conférences	6
3- 1- 5 Rencontre des responsables des groupes communautaires	7
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	8
I- LE POINT SUR L'EPIDEMIE	8
II- PROGRAMMES DE RECHERCHE PTME EN AFRIQUE	13
2-1 Description	13
2- 2 Résultats des programmes de recherche PTME en Afrique	15
2- 3 Initiative PTME-Plus	16
DEUXIEME PARTIE : ETUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUES LA PTME AU CANADA ET EN COTE D'IVOIRE	20
CHAPITRE 1 : PTME AU CANADA	20
I- CONTEXTE	20
II- ETUDE ANALYTIQUE	21
2-1 Structure d'accueil	21
2- 2 Programme PTME au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA de l'hôpital Sainte Justine	21
2- 2- 1 Dépistage du VIH/SIDA à l'hôpital Sainte Justine	21
2- 2- 2 Prise en charge au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA	22
2- 2- 3 Organismes communautaires intervenant dans dans le soutien	24
a- GAP- VIES	24
b- CRISS	25
c- Les Enfants de Béthanie	25
III- ETUDE CRITIQUE	26
CHAPITRE 2 : PTME EN COTE D'IVOIRE (CI)	27
I- CONTEXTE	27
1- 1 Situation épidémiologique du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	27
1- 2 Evolution de la riposte gouvernementale	29

II- ETUDE ANALYTIQUE	30
2- 1 Dépistage du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	30
2- 1- 1 Conditions préalables au dépistage	30
2- 1- 2 Counselling	31
2- 1- 3 Dépistage du VIH	33
2- 2 Prise en charge des femmes enceintes infectées	35
2- 2- 1 Prophylaxie antirétrovirale	35
2 – 2- 2 Procédure obstétricale	36
a- Pendant la grossesse	36
b- Pendant l'accouchement	36
c- Pendant le post partum	37
2- 3 Prise en charge d'enfants nés de mères infectées	37
2- 4 Soutien Psychosocial	38
III- ETUDE CRITIQUE	39
TROISIEME PARTIE : RESULTATS, DISCUSSION ET PROJET PTME	40
CHAPITRE 1 : RESULTATS	40
CHAPITRE 2 : DISCUSSION	40
I- Interventions pertinentes ou non pour la Côte d'Ivoire	40
1- 1 Intégration de la PTME aux activités de soins/ Incorporation dépistage dans le bilan prénatal	40
1- 2 Prophylaxie antirétrovirale	41
1- 3 Césarienne programmée	41
1- 4 Allaitement artificiel	41
1- 5 Interventions nutritionnelles	41
1- 6 Organisation de la participation communautaire	42
II- Comment ces interventions peuvent améliorer la PTME en CI	42
CHAPITRE 3 : FORMULATION D'UN PROJET DE PTME EN CI, COMMUNE D'ABOBO	45
I- CONTEXTE	45
II- PRINCIPES FONDAMENTAUX SU PROJET	45
III- DESCRIPTION GENERALE DU PROJET	45
3- 1 Objectif général	46
3- 2 Objectifs spécifiques	46
3- 3 Axes d'intervention	47
3- 4 Obstacles au projet	47
3- 4- 1 Obstacles socioculturels	47
3- 4- 2 Accessibilité financière	47
3- 4- 3 Motivation du personnel	48
3- 4- 4 Problème d'équité	48
3- 5 Stratégies de mise en œuvre	48
3- 5- 1 Formation du personnel médical et paramédical	49
3- 5- 2 Equipement	50
3- 5- 3 Dépistage	50
a- Considérations éthiques	50
b- Counselling	51
c- Algorithme diagnostique	52
3- 5- 3- 4 Prise en charge des femmes enceintes infectées	52

3- 5- 3- 5 Prise en charge d'enfants nés de mères infectées	52
3- 5- 3- 6 Organisation de la participation communautaire	52
3- 6 Organisation	54
3- 7 Budget	57
3- 8 Financement du projet	57
3- 9 Conditions critiques et risques	59
3- 9- 1 Le conflit en cours	59
3- 9- 2 Les déplacements de populations	59
3- 10 Monitoring, supervision et évaluation du projet	60
3- 10- 1 Monitoring	60
a- Informations monitorées	60
b- Outils de collecte de données	61
c- Rapport mensuel d'activités	61
3- 10- 2 Supervision	61
3- 10- 3 Evaluation	62
a- Définition	62
b- Objectifs	62
c- Indicateurs	62
3- 10- 4 Conditions de pérennité du projet	64
RECOMMANDATIONS	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	83

ABREVIATIONS

AME : Allaitement maternel exclusif
ARN : Acide ribonucléique
ARV : Antirétroviraux
AZT : Zidovudine
CCC : Communication pour un changement de comportement
CI : Côte d'Ivoire
CMIS : Centre maternel et infantile sur le SIDA
COCQ-SIDA : Coalition des organismes communautaires québécois sur le SIDA
CPN : Consultation prénatale
CRISS : Centre de ressources et d'intervention en santé et sexualité
DITRAMME : Diminution de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique
FSTI : Fonds de solidarité thérapeutique international
FSU : Formation sanitaire à base communautaire
GAP-VIES : Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du SIDA
HIVNET 012 : HIV network prevention study
IST : Infection sexuellement transmissible
NVP : Névirapine
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisme non gouvernemental
ONUSIDA : Programme commun des nations unies pour le SIDA
PETRA : Perinatal transmission study
PF : Planification familiale
PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA
PNPTME : Politique nationale de prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA
PTME : Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA
PTME-PLUS : Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA
PTPTME : Procédures techniques de prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA
RETRO-CI (CDC) : Projet de prévention de la transmission du VIH/SIDA initié par « centers for disease control and prevention of Atlanta »
SAINT : South Africa intrapartum nevirapine trial
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère
3TC : Lamivudine
TME : Transmission mère enfant
UNAIDS : Programme commun des nations unies pour le SIDA
UNICEF : Organisation des nations unies pour l'enfance
VIH (VIH1, VIH2) : Virus d'immunodéficience humaine de type 1 ou 2

RESUME

Au cours de ces vingt dernières années, le VIH/SIDA a fait plus de 20 millions de décès à travers le monde. La situation en Côte d'Ivoire, à l'image de toute l'Afrique est très alarmante puisque ce continent compte à lui seul plus de 70% des adultes infectés dans le monde. Malgré l'existence de moyens de lutte efficaces, cette pandémie ne cesse de progresser. La transmission mère-enfant du VIH (TME) est devenue la principale voie de contamination des moins de 15 ans. La prévention de cette voie de transmission est à juste titre un des piliers essentiels de la lutte contre ce fléau. La Côte d'Ivoire avec une prévalence globale de 9,75% voit chaque année 54.000 femmes enceintes donner naissance à environ 19.000 enfants infectés. Jusqu'à présent, les interventions de PTME sont timides et se limitent à quelques régions.

Dans la présente recherche, nous émettons l'hypothèse que des interventions combinant prise en charge clinique et mobilisation communautaire seraient pertinentes pour notre pays. Pour ce travail, nous avons eu recours à une revue de la littérature, à un stage au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA de l'hôpital Sainte Justine de Montréal et des entrevues.

Par l'entremise de l'étude du programme PTME de l'hôpital Sainte Justine, nous montrons qu'il est bien possible de réduire le risque de TME du VIH, car la TME y est nulle depuis 4 ans. Nous constatons au terme des analyses entre les situations au Canada et en Côte d'Ivoire que les différences essentielles se situent au niveau de la volonté politique, de l'organisation et la mobilisation communautaire. Certes, les interventions dans la prise en charge clinique diffèrent à cause des possibilités économiques, mais une action vigoureuse de prévention mérite d'être menée en Côte d'Ivoire. Au terme de cette étude, nous soulignons les limites du système de prévention en place en Côte d'Ivoire et surtout les avantages du système Canadien. Ces constats nous amènent à faire nos propositions à travers la formulation d'un projet de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA à Abobo, en nous inspirant des interventions pertinentes de l'expérience Canadienne. Ce projet doit être le point de départ d'un programme national.

Mots clés : SIDA, dépistage, Grossesse, prévention transmission mère-enfant, projet

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I- OBJET ET INTERET DE LA RECHERCHE

Notre expérience en gynécologie obstétrique et en santé communautaire, fait que nous nous intéressons particulièrement à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans les pays développés, notamment au Canada car ce pays à l'instar des autres, est arrivé à réduire considérablement la transmission mère-enfant du VIH (TME), voire l'annuler depuis des années (CMIS, 2003).

L'objet de notre étude est d'une part de faire le point de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME) en Côte d'Ivoire en mettant en exergue ses limites, et d'autre part de nous inspirer de l'expérience canadienne en matière de PTME pour faire des propositions pertinentes. Signalons que la Côte d'Ivoire est le pays de l'Afrique occidentale le plus infecté (UNAIDS, 2004). La TME du VIH, fait payer un lourd tribut à la société africaine en général et ivoirienne en particulier car la femme, pilier de la société africaine est devenue la cible première et l'enfant, l'avenir de toute société, n'est pas épargné.

II- PROBLEMATIQUE

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du SIDA, a provoqué une épidémie mondiale beaucoup plus importante que ce que l'on avait imaginé il y a encore une décennie. L'infection à VIH se répand à une telle vitesse à travers le monde que la proportion de femmes infectées augmente considérablement. L'épidémie frappe les femmes et les filles en nombres croissants. A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin. Cette situation est encore plus marquée en Afrique sub saharienne (ONUSIDA, 2004). Cela a pour corollaire, un nombre de plus en plus important d'enfants orphelins et d'enfants qui s'infectent par le biais de leur mère.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est à l'origine de la majorité des infections par le VIH chez les moins de 15 ans. Depuis le début de la pandémie, on estime à 5,1 millions le nombre d'enfants qui ont contracté l'infection dans l'ensemble du monde, principalement par transmission mère enfant. En 2001, environ 700.000

enfants ont contracté l'infection, dont 90% en Afrique alors qu'elle ne compte que 10% de la population mondiale (UNAIDS, 2003).

Cela est dû à la combinaison de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer la haute prévalence de l'infection à VIH et le fort taux de natalité.

Au niveau des pays africains, de plus en plus de leaders nationaux et gouvernementaux reconnaissent la gravité de la situation et sont en train, non seulement, de créer un environnement politique adéquat pour soutenir les actions, mais également d'engager des ressources humaines et financières pour répondre à l'épidémie du VIH/SIDA.

En Afrique, dans le cadre du partenariat international contre le VIH/SIDA, certains partenaires ont déjà démontré leur engagement à soutenir les interventions ciblées sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH.

Concernant la Côte d'Ivoire, la majorité des actions actuelles est limitée à la région des lagunes (Abidjan et région) avec quelques tentatives d'extension à Bouaké, et Abengourou. Toutes ces actions se localisent principalement en milieu public urbain. La prévalence du VIH/SIDA étant élevée dans toutes les régions de Côte d'Ivoire, il y a un besoin urgent de mettre en œuvre des interventions sur le plan national afin d'avoir un impact important sur la réduction de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA. De plus, le processus participatif dans la planification et la mise en œuvre des interventions PTME, devrait être accru et élargi aux communautés, afin de réduire la stigmatisation, renforcer non seulement la prévention du SIDA mais également le soutien aux femmes séropositives et à leurs familles.

Les problèmes posés par le VIH varient considérablement d'une région à l'autre, selon le type de virus et la rapidité de progression de la maladie. Les solutions doivent donc être locales, harmonisées et adaptées aux réalités du pays à travers des politiques nationales de mise en œuvre bien définies. C'est une nécessité urgente pour la Côte d'Ivoire dans la mesure où des réponses beaucoup plus importantes à la transmission mère enfant du VIH sont envisagées dans la perspective d'interventions à l'échelle nationale.

Face à la situation préoccupante du VIH/SIDA et de la TME en Côte d'Ivoire, quelles interventions médico-chirurgicales et de soutien communautaire faut-il mettre en place pour résoudre les problèmes auxquels le pays est confronté?

Ce projet se propose comme objectif général de réduire la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire en ciblant la commune d'Abobo. Il vise à mettre en évidence les interventions qui ont contribué à réduire, voire annuler la TME du VIH au Canada (Québec) et montrer que des interventions adaptées et bien conduites permettent d'aboutir à des résultats probants. Le Canada et la Côte d'Ivoire sont deux pays qui ont des disparités socio économiques et culturelles énormes. Toutefois notre réflexion sur le sujet nous amène à nous demander si les interventions médico-chirurgicales et communautaires de soutien en matière de PTME en cours au Canada (Québec) sont pertinentes pour la Côte d'Ivoire.

Pour répondre à cette question, nous nous proposons d'analyser les hypothèses suivantes :

- Depuis l'avènement du VIH/SIDA, la recherche n'a cessé de progresser pour venir à bout de ce fléau. Notre revue de littérature nous a permis de noter que les protocoles de traitement efficaces qui ont fait leur preuve, existent. Ces protocoles, ont fait que le VIH/SIDA n'est plus une urgence dans les pays du Nord mais simplement une maladie chronique comme l'hypertension artérielle, le diabète et autre. Cependant les coûts de ces protocoles sont très élevés. Les interventions médico-chirurgicales (qui vont de la prophylaxie ARV à l'allaitement artificiel en passant par la césarienne programmée) en cours au Québec en matière de PTME seront-elles pertinentes pour un pays africain comme la Côte d'Ivoire?
- La société Africaine en général et ivoirienne en particulier, fait du sexe un tabou. La sexualité est donc un sujet qui ne se discute pas au sein d'un couple. Signalons également que les couples sont marqués par un pouvoir disproportionné de l'homme qui décide de tout. Le SIDA dont la transmission dans les sociétés africaines en général et en ivoirienne en particulier est essentiellement hétérosexuelle met donc la sexualité au centre du débat. Les sujets infectés font l'objet de discrimination et de stigmatisation. Dans de telles conditions, l'organisation communautaire de soutien au Québec-Canada, dans ses stratégies de communication sera-t-elle applicable à la société ivoirienne dans le but de réduire la TME du VIH/SIDA?

III- METHODOLOGIE

Dans le souci de bien mener notre étude, un stage de mise en situation professionnelle de trois (3) mois a été fait au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA (CMIS) de l'hôpital mère-enfant Sainte Justine de Montréal. Le Canada, par le biais du CMIS a retenu notre attention car ce centre est d'une part considéré comme l'hôpital pour enfant le plus moderne de l'Amérique du nord et est le seul centre hospitalier mère-enfant du Québec et d'autre part est arrivé à annuler la transmission mère-enfant du VIH depuis 4 ans (CMIS, 2003).

Pour répondre à la problématique et atteindre les objectifs fixés, nous avons eu recours à une revue de la littérature, à des entrevues, nous avons participé aux réunions hebdomadaires du service et assisté aux consultations. En dehors du service, nous avons rencontré les responsables de groupes communautaires intervenant dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

3- 1 Recherche bibliographique

3- 1- 1 Recherche en ligne

Elle s'est effectuée soit sur les ordinateurs du bureau qui nous a été attribué au département de santé publique de l'université de Montréal, soit sur les ordinateurs de la bibliothèque paramédicale de ladite université avec accès à la majorité des bases de données scientifiques.

3- 1- 2 Recherche à la bibliothèque

Elle a permis l'accès à la documentation dans les rayons et aux bases de données scientifiques.

La synthèse des différentes lectures est à chaque fois soumise aux critiques du directeur du CMIS et des responsables de l'institut de santé internationale du département de santé publique de l'université de Montréal.

3- 1- 3 Participation aux activités du service (consultations, réunions hebdomadaires) et entrevues

Le directeur et la sous directrice du CMIS nous ont facilité la participation aux différentes activités du service. C'est ainsi que nous avons pu avoir des entrevues

avec le personnel du centre et assister aux réunions hebdomadaires et aux consultations.

3- 1- 4 Participation aux conférences

Sur instruction du directeur du CMIS, nous avons pu participer à la 13^{ème} conférence annuelle Canadienne sur le VIH/SIDA les 13, 14 et 15 mai 2004.

3- 1- 5 Rencontre des responsables des groupes communautaires

Nous avons rencontré les responsables des groupes communautaires travaillant en collaboration avec le CMIS dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au niveau de Montréal.

Signalons que cette étude ne s'est pas déroulée sans difficultés. Nous n'avons pu rencontrer les responsables d'autres services de l'hôpital Sainte Justine tel que le service de gynécologie obstétrique, car nous n'avons pu avoir le statut de médecin observateur. Ce qui ne nous a pas permis de voir le circuit de la femme enceinte dans ce service. Également, certaines données sur la Côte d'Ivoire et le Canada n'ont pu être obtenues dans le temps imparti pour le stage.

Afin d'exposer clairement les fruits de notre recherche, nous avons présenté notre document en trois parties.

La première partie présente le cadre théorique. Cette partie fait le point sur l'épidémie dans le monde, en Afrique et en Côte d'Ivoire. Également, elle décrit les programmes de recherche en matière de PTME en Afrique et leur résultat et enfin, l'initiative PTME-PLUS.

La deuxième partie fait l'étude analytique et critique de la PTME au Canada et en Côte d'Ivoire.

La troisième partie constitue les résultats. Cette partie, après présentation des résultats et discussion des interventions en matière de PTME dans les deux pays, analyse les possibilités de transfert à travers un projet PTME dans la commune d'Abobo en Côte d'Ivoire

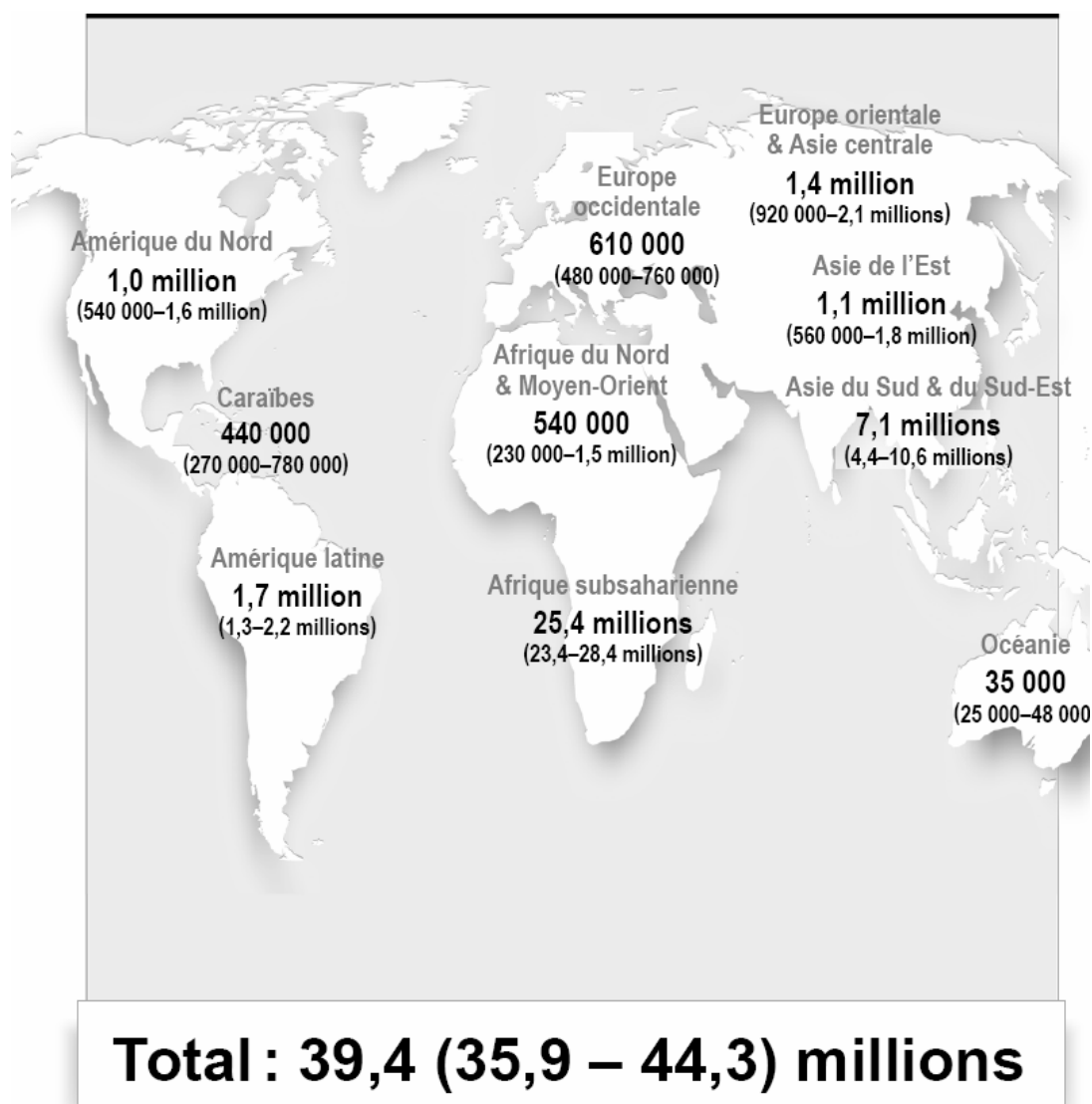
Enfin, nous avons fait quelques recommandations et une conclusi

Première Partie : CADRE THEORIQUE

I- POINT SUR L'EPIDEMIE DANS LE MONDE

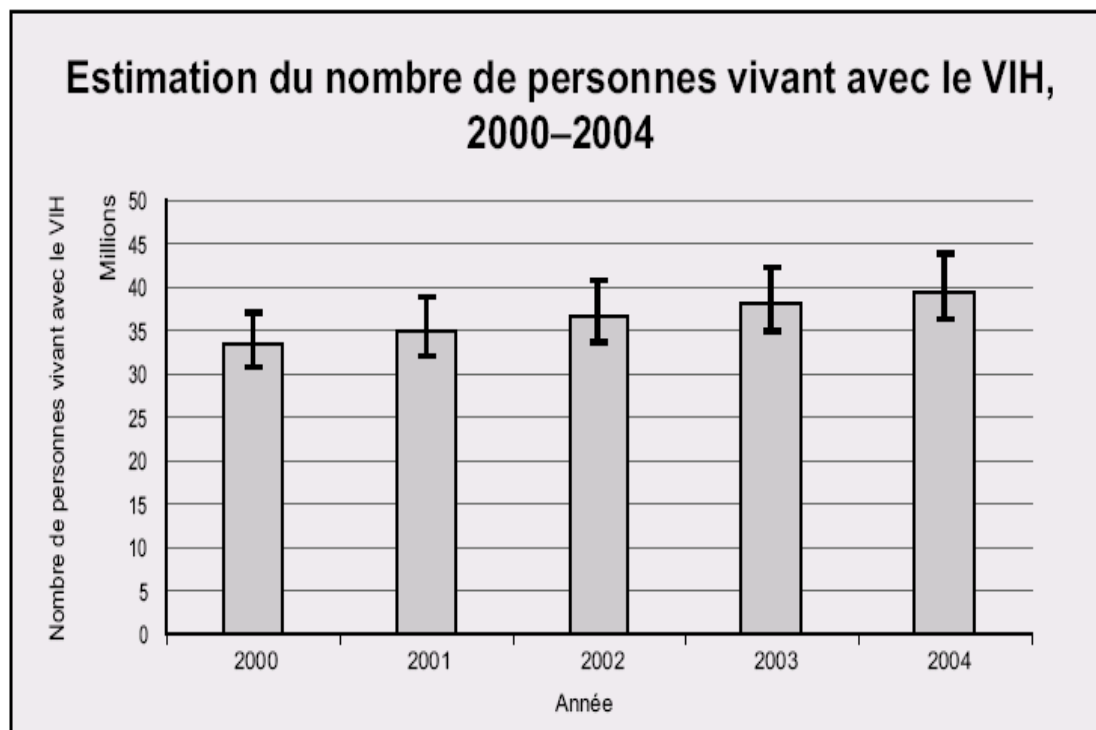
La pandémie du VIH/SIDA est toujours en expansion. Le syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA est une rétrovirose dont l'agent est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus dont la transmission se fait essentiellement par voie sexuelle, sanguine et de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou pendant l'allaitement. Selon le point commun, fait par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA en décembre 2004, on estime que 39,4 millions de personnes (35,9-44,3 millions) vivent avec le virus.

Figure 1 : Adultes et enfants vivant avec le SIDA dans le monde, 2004



Ces quatre dernières années la pandémie n'a cessé de progresser, passant de moins de 35 millions en 2000 à environ 40 millions en 2004.

Figure 2 : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH de 2000- 2004



source : ONUSIDA, OMS, 2004

Ce chiffre d'environ 40 millions de personnes infectées en 2004, comprend les 4,9 millions (4,3-6,4 millions) de personnes qui ont contracté le VIH cette année là. L'épidémie mondiale du SIDA a tué 3,1 millions (2,8-3,5 millions) de personnes au cours de l'année écoulée.

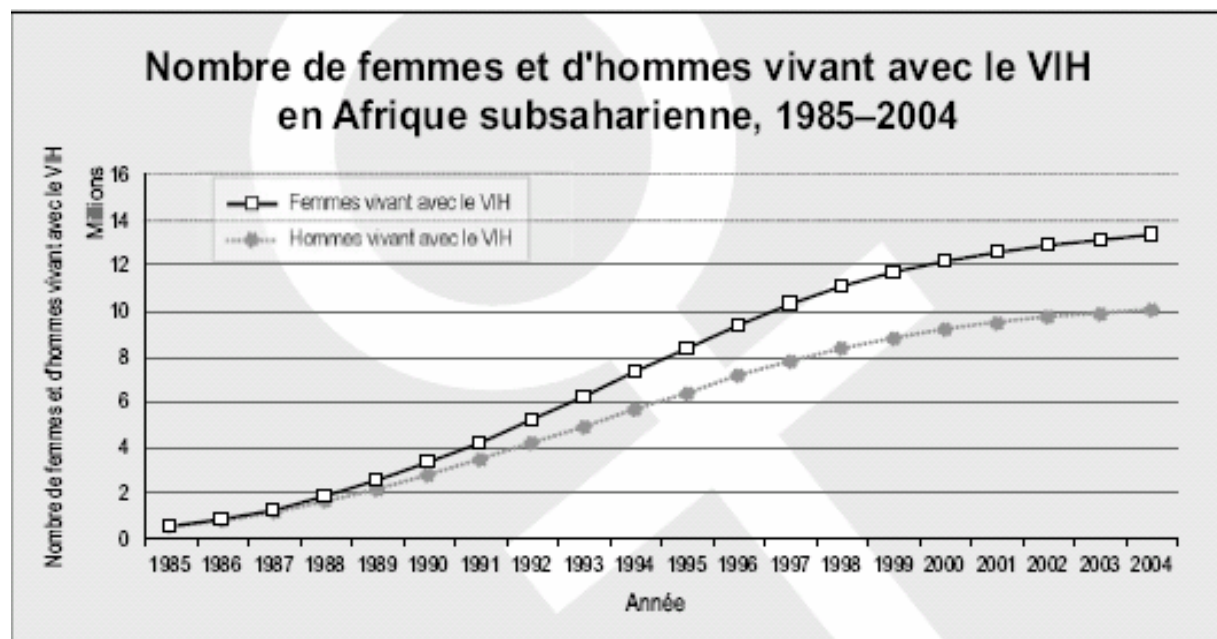
Le VIH/SIDA est maintenant la principale cause de décès et de perte d'années de vie productives pour les adultes âgés de 15 à 59 ans dans le monde (OMS, 2004).

Le nombre de personnes vivant avec le VIH s'est élevé dans toutes les régions, par rapport aux chiffres d'il y a deux ans. Les augmentations les plus fortes se sont produites en Asie de l'Est et du centre et en Europe orientale. Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Asie de l'Est s'est accru de près de 50% entre 2002 et 2004, augmentation imputable en partie à l'épidémie qui s'étend rapidement en Chine (OMS, ONUSIDA, 2004).

L'Afrique subsaharienne, reste de loin la région la plus touchée, avec 25,4 millions (23,4-28,4 millions) de personnes vivant avec le VIH en fin 2004, par rapport à 24,4

millions (22,5-27,3 millions) en 2002. La prévalence dans cette partie du monde n'a cessé de progresser depuis 1985.

Figure 3 : Evolution du nombre de femmes et d'hommes vivant avec le VIH de 1985 à 2004 en Afrique subsaharienne.



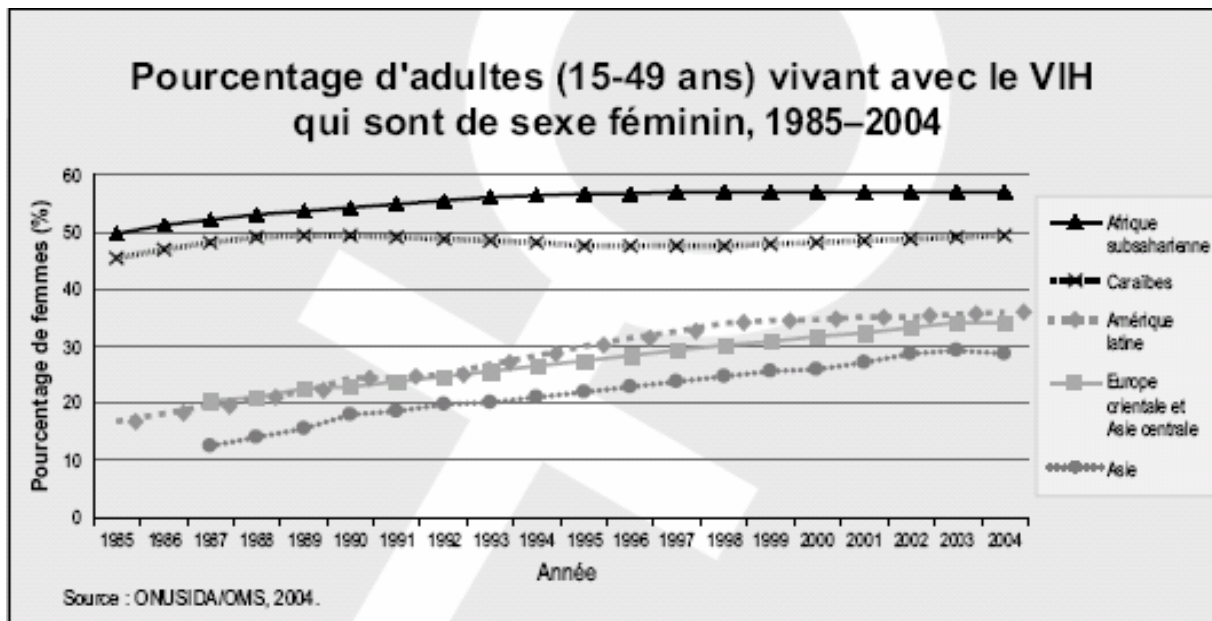
source : ONUSIDA, OMS, 2004

Près de deux tiers (64%) de toutes les personnes infectées se trouvent en Afrique subsaharienne, ainsi que plus des trois quarts (76%) de toutes les femmes vivant avec le VIH (OMS, ONUSIDA, 2004)

La prévalence augmente et varie considérablement à travers le continent, allant de 1% en Mauritanie à presque 40% au Botswana avec un taux moyen de 8,8% dans la population globale. Dans 4 pays du sud de l'Afrique, la prévalence du VIH chez les adultes, dépasse maintenant les 30%. Il s'agit du Botswana avec 40%, le Swaziland avec 33,4%, le Lesotho avec 31% et le Zimbabwe avec 33,7%. La crise alimentaire vécue au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe est une des causes directes du SIDA. L'épidémie continue de progresser en Afrique centrale et de l'ouest. Les taux de prévalence du VIH sont supérieurs à 5% dans 8 pays, notamment la République Centrafricaine (12,9%), le Cameroun (11,8%), la Côte d'Ivoire (9,7%) et le Nigeria (5,8%) (ONUSIDA, 2003).

Les femmes sont touchées de façon disproportionnée par l'infection. Les femmes et les filles représentent près de 57% de toutes les personnes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne, où 76% des jeunes (entre 15 et 24 ans) qui vivent avec le VIH sont de sexe féminin (ONUSIDA, 2004).

Figure 4 : Evolution des pourcentages de femmes et d'hommes vivant avec le VIH de 1985 à 2004 dans le monde.



source : ONUSIDA, OMS, 2004

L'épidémie en Afrique a un visage féminin. Cela est dû d'une part au fait que les femmes et les filles, déjà vulnérables sont confrontées à toute une série de facteurs de risque associés au VIH. Ces facteurs sont enracinés dans les dans les rapports sociaux (aspect genre et inégalités de pouvoir) et les réalités économiques (la dépendance économique de la femme) (OMS, ONUSIDA, 2004). De nombreux auteurs soulignent que les freins aux changements de comportement dans le cadre des interventions de conseil-dépistage sont les difficultés de communication au sein du couple. Le déficit de communication entrave en effet le changement de comportements sexuels durables (Dube S. et al, 2000). D'autre part, le jeune âge lors des premiers rapports sexuels a été identifié comme le principal facteur de risque d'infection à VIH dans une étude sur les disparités de prévalence de VIH entre différentes villes africaines. L'épithélium vaginal et cervical serait très susceptible aux infections comme le montre la forte prévalence du VIH chez les jeunes femmes

âgées de 15 à 19 ans. Ces dernières ont en effet une séroprévalence six fois supérieure à celle des jeunes hommes du même âge. (Glynn et al, 2001) Le traumatisme lié aux premiers rapports sexuels et la violence qui entoure les relations ont également été incriminés comme facteurs de risque pour les femmes en Afrique du sud (Eaton et al, 2003).

Une mère infectée peut transmettre le VIH à son enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement, ou encore durant l'allaitement au sein. Les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, observés avant traitement, suivent un gradient en fonction du niveau de développement. Ils vont d'environ 1% dans les pays industrialisés (Hoosen, 2004) à des taux de 25 à 48% dans les pays en développement (De Cook et al, 2000). Le taux de transmission mère enfant du VIH est d'environ 25% lorsque l'enfant n'est pas allaité au sein et de 35 à 45% lorsqu'il l'est (De Cook et al, 2000). Plusieurs facteurs peuvent augmenter le risque de transmission du VIH de la mère au fœtus ou au bébé. L'impact d'un facteur de risque n'est pas seulement fonction de la force de l'association avec le risque de transmission, mais aussi de la fréquence du facteur dans la population (Newell, 2000)

Tableau 1 : Facteurs de risque pour la transmission du VIH de la mère à l'enfant, force de l'association et impact sur le taux global de transmission

Facteur de risque	Force de l'association	Impact
<i>Maternel</i>		
Charge virale de l'ARN	Forte	Fort
SIDA	Forte	Faible à moyen
Déficit immunitaire	Forte	Moyen
Génétique	Faible	Faible
Autres IST	Moyenne	Faible à moyen
Chorio-amnionite	Moyenne	Faible
Carence en vitamine A	Moyenne	Faible
<i>Obstétrical</i>		
Mode d'accouchement	Forte	Fort
Durée de rupture des membranes	Forte	Fort
ARN vagin/col utérin	Moyenne	Moyen
Actes effractions	Forte	Faible
<i>Pédiatrique</i>		
Prématurité	Forte	Moyen
Allaitement au sein	Forte	Fort
Affections du mamelon	Forte	Faible
<i>Génétique</i>	Faible	Faible

Source : NEWELL ML. 2002

En fonction de la période de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME), nous avons des pourcentages différents de TME.

Le tableau 2 nous donne les pourcentages de transmission en fonction de la période de contamination.

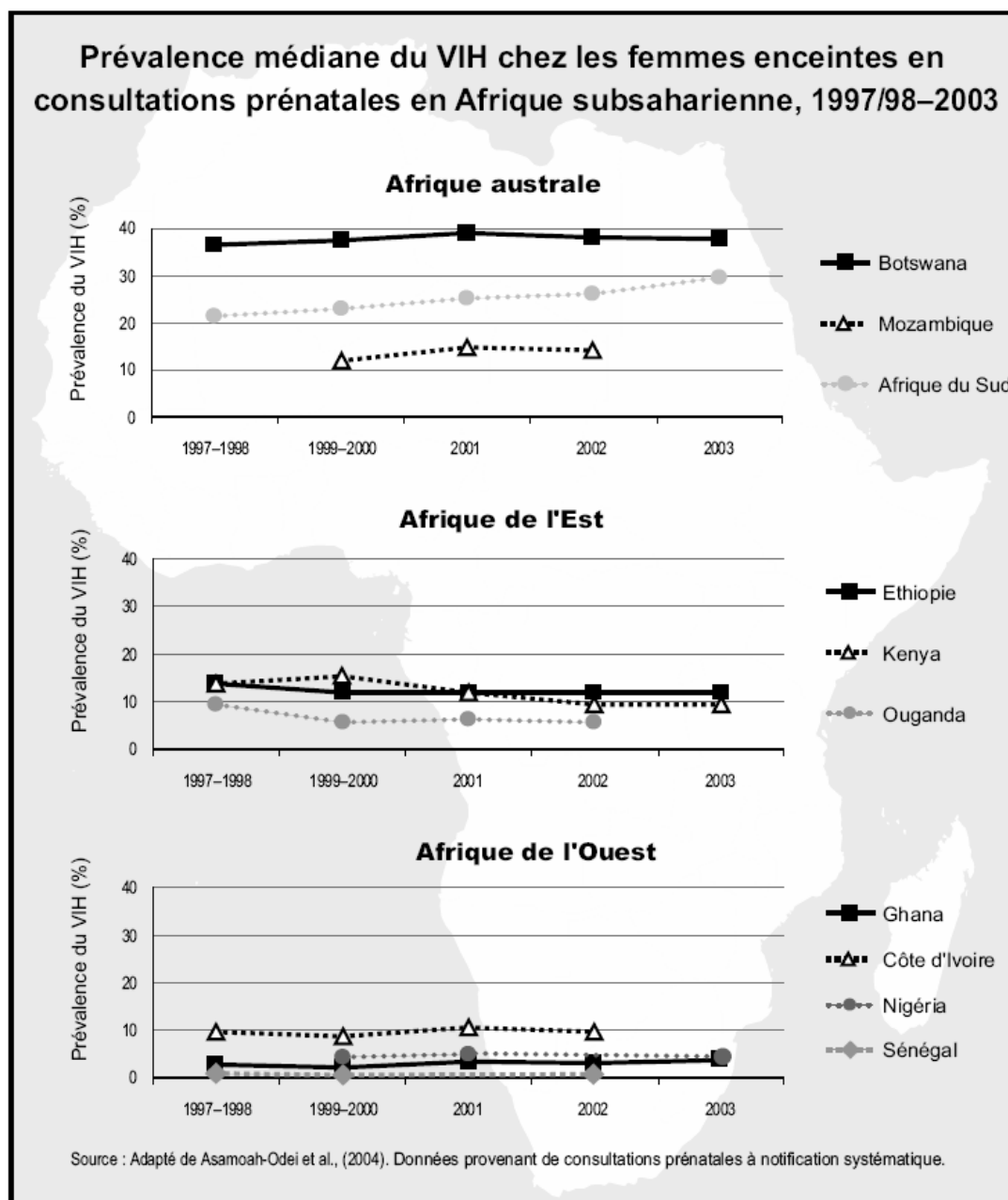
Tableau 2 : Pourcentage de transmission mère-enfant du VIH au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement

	TME en %	TME en %	TME en %
Moment de survenue	Pas d'allaitement au sein	Allaitement au sein pendant 6 mois	Allaitement au sein pendant 18 à 24 mois
<i>Au cours de grossesse</i>	5 à 10	5 à 10	5 à 10
<i>Au cours du travail</i>	10 à 20	10 à 20	10 à 20
<i>Au cours de l'allaitement</i>			
-Précocement (2 premiers mois)		5 à 10	5 à 10
-Tardivement (après 2 mois)		1 à 5	5 à 10
<i>Globalement</i>	15 à 30	25 à 35	30 à 45

Source : DE Cock *et al.* 2000

Une analyse des tendances au niveau des dispensaires prénataux en Afrique subsaharienne entre 1997 et 2003, montre une prévalence du VIH chez les femmes enceintes avoisinant 40% à Gaborone (Botswana), et de près de 30% en Afrique du sud et environ 15% en Mozambique. En Afrique de l'Est l'Ethiopie vient en tête avec plus de 10%, puis le Kenya avec environ 10% et l'Ouganda avec moins de 10%. En Afrique de l'ouest la Côte d'Ivoire vient en tête avec environ 10% de prévalence (ONUSIDA, 2004).

Figure 5: Prévalence médiane du VIH chez les femmes enceintes en CPN en Afrique subsaharienne de 1997/1998 à 2003.



source : ONUSIDA, OMS, 2004

Devant l'ampleur de la pandémie et de la TME du VIH, des programmes de recherche pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA se sont mis en place en Afrique.

II- PROGRAMMES DE RECHERCHE PTME EN AFRIQUE

2-1 Description

Devant l'ampleur de la pandémie, des programmes de recherche portant sur la prévention de la transmission mère enfant ont vu le jour en Afrique avec des succès divers. Les programmes PETRA (Perinatal transmission study) A et B en Afrique de l'Est et du Sud, SAINT (South Africa intrapartum nevirapine trial) en Afrique du Sud, HIVNET012 (HIV network prevention study) en Ouganda, et DITRAME (Dimunition de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique) et RETROCI-CDC Atlanta (centers for disease control and prevention of Atlanta avec le projet retro-ci) en Côte d'Ivoire. Ces différents programmes de recherche servent de base à de multiples programmes d'intervention au sein de la population africaine. Ces protocoles sont des traitements courts qui commencent en fin de grossesse (36^{ème} semaine), contrairement à ce qui se fait dans les pays industrialisés où le traitement commence au deuxième trimestre (OMS, 2001).

Le tableau 3 nous montre les programmes de recherche en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Afrique et l'utilisation des schémas prophylactiques d'antirétroviraux (ARV) (OMS, 2001).

Tableau 3: Utilisation des schémas prophylactiques antirétroviraux par quelques programmes de recherche PTME en Afrique (OMS, 2003)

Programmes PTME				Taux de Transmission
AVEC ALLAITEMNT AU SEIN				25-48% (sans intervention)
TRAITEMENT COMMENÇANT EN FIN DE GROSSESSE				
molécules	programme	période	dose	Tx transmission
AZT zidovudine	CDC Atlanta , Afrique de l'ouest	36 Sem gestation jusqu'au travail	300mg2 fois/j et 300mg/3h	3 mois : 17%
AZT zidovudine	DITRAME , Afrique de l'ouest	36 Sem gestation jusqu'au travail	600mg pp 300mg 2 fois/j (1 Sem)	6 mois : 18%
AZT + 3TC Zidovudine lamivudine	PETRA A , Afrique du sud et de l'est	36 Sem PP 1 Sem NN 1 Sem		6 Sem : 7%
AVEC ALLAITEMENT AU SEIN				
TRAITEMENT COMMENÇANT PENDANT LE TRAVAIL				
AZT + 3 TC Zidovudine + lamivudine	PETRA B ET SAINT	Intrapartum PP 1 Sem NN 1 Sem		PETRA/SAINT 6 Sem : 10%
NVP névirapine	HIVNET 012 ET SAINT	Début travail : PP (SAINT) NN (SAINT)	200mg HIVNET 1 dose 200mg 1dose 2mg/kg(48h)	HIVNET 6 Sem:12% SAINT 8 Sem: 13%

Source: De Cook et al

Légende: Tx = Taux

PP= Post partum

NN= Nouveau-né

Sem= Semaine

CDC: centers for disease control and prevention of Atlanta avec le projet RETROCI

DITRAME: diminution de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique

PETRA : perinatal transmission study (étude sur la transmission périnatale)

SAINT: south Africa intrapartum nevirapine trial

HIVNET: hiv network prevention study

AZT (zidovudine) et 3TC (lamivudine) sont des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)

NVP (névirapine) est quant à elle un inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse

Ces programmes de recherche, ont permis de faire des progrès significatifs en matière de PTME en utilisant des traitements antirétroviraux de courte durée donc accessible financièrement par les populations Africaines.

2- 2 Résultats des programmes de recherche en Afrique

Parmi les nombreuses interventions envisagées dans la lutte contre le VIH/SIDA, la prévention de la transmission mère-enfant par un traitement antirétroviral de courte durée, figure parmi les priorités de l’OMS. Les études et expériences démontrent qu’elle permettrait de réduire le taux de transmission entre 37 et 44% (Wiktor et al, 1999). A côté des études Africaines, l’étude de Shaffer *et al*, 1999 en Thaïlande a démontré que l’administration de la zidovudine à partir de la 36^{ème} semaine de gestation et durant l’accouchement sans traitement du nouveau-né, avait réduit la transmission de 50% chez les bébés non allaités (Shaffer et al, 1999), alors que le même protocole en Côte d’Ivoire a permis une réduction de 44% chez les nourrissons allaités (Wiktor et al, 1999). En effet, l’analyse des données du projet DITRAME (1995-1999) en Côte d’Ivoire a permis d’obtenir les résultats suivants : un régime court de zidovudine (AZT) administré par voie orale à des femmes enceintes pendant trois à quatre semaines jusqu’à l’accouchement, réduit de 44% environ le risque de transmission du VIH1 de la mère à l’enfant. De plus, l’étude HIVNET 012 menée en Ouganda, a suscité beaucoup d’espoir en démontrant une efficacité comparable avec une dose unique de 200 mg de névirapine donnée à la mère au début du travail, combinée à une dose de 2 mg/kg administrée au nouveau né à 72 heures de vie (Guay et al, 1999).

Les programmes de recherche PTME, ont été confrontés dans leur réalisation aux obstacles tels que les considérations socioculturelles, le faible niveau d’éducation des femmes, l’ignorance des femmes etc. Ce qui pourrait justifier la réticence de certaines femmes à accepter le test lorsque celui-ci leur est proposé lors des entretiens.

L’OMS, dans l’objectif d’être plus efficace a initié depuis 2002, une initiative de PTME du VIH/SIDA qui vise la prise en charge globale de la famille entière.

2- 3 Initiative PTME-PLUS (OMS, 2004)

A côté des programmes de recherche PTME en Afrique, il y a eu un programme de recherche basé sur l'initiative PTME-Plus. L'approche préconisée par l'initiative PTME-Plus consiste à travailler en liaison avec les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA et les activités de soins au sein des familles, et à fournir des soins de santé préventifs et curatifs renforcés dans le domaine du VIH. Cela permet d'offrir des services complets : soins cliniques et préventifs, appui nutritionnel, planification familiale, conseils et autres soins complémentaires ainsi qu'une thérapie antirétrovirale, si elle est indiquée. Les sites de soins doivent avoir un programme efficace de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'initiative met à profit l'expérience de ces programmes en leur fournissant un appui pour leur permettre d'offrir une gamme complète de soins et de traitements essentiels.

Les pays retenus en 2002 par cette initiative, sont la Côte d'Ivoire, le Kenya, la Mozambique, le Rwanda, l'Afrique du sud, la Zambie, l'Ouganda et la Thaïlande. Les pays ayant obtenu des subventions de planification sont le Cameroun, la République Démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, la Mozambique, le Nigeria, l'Afrique du Sud.

L'un des principes de l'initiative PTME-Plus, c'est que les soins sont prodigués par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmiers (ou autre personnel médical), de conseillers, de travailleurs sociaux, de membres de la communauté, des agents de proximité et des éducateurs de pairs.

Nous constatons donc que l'initiative PTME-Plus présente beaucoup d'avantages par rapport aux programmes d'intervention PTME habituels. Toutefois, vu les coûts élevés de la prise en charge des familles participantes, le nombre de participants est limité. En effet, de février 2003, date à laquelle les premiers participants à l'initiative PTME-Plus ont été inscrits, jusqu'à fin juin, seulement 572 personnes avaient été inscrites, parmi lesquelles des femmes, leurs partenaires et leurs enfants. Cette initiative est appelée de tous les vœux par les acteurs directement impliqués dans la PTME qui plaident pour le dépistage du couple.

En Conclusion,

ces différentes revues de littératures ont montré l'intérêt que revêt actuellement la PTME dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Il ressort clairement de cette revue de littérature que le risque de transmission verticale du virus de la mère à l'enfant si celle-ci est infectée, est bien établi. Cette transmission a lieu en fin de grossesse avec une période critique qui est, l'accouchement, le passage de l'enfant dans les voies génitales maternelles. Pour s'en affranchir, une prophylaxie antirétrovirale débutant au deuxième trimestre plus le recours à une césarienne programmée et à l'allaitement artificiel sont bien sûr possibles, mais seulement dans les pays développés. Ce qui exclut les pays du tiers-monde.

Pour eux, une autre solution se profile, plus facile sans doute à mettre en oeuvre. Des essais à partir d'études menées dans les pays en développement comme la Côte d'Ivoire et la Thaïlande, ont en effet montré qu'il était possible de prévenir avec une bonne efficacité cette transmission materno-foetale en prescrivant de la zidovudine (ou AZT) dans le dernier mois de grossesse, avec un complément de traitement après l'accouchement. Comme ce type de prévention n'est pas d'un coût trop élevé, il paraît réaliste de l'appliquer à une large échelle, en particulier en Afrique. Une deuxième molécule antirétrovirale, la névirapine, à partir d'une étude menée en Ouganda, paraît également efficace. Elle a en plus l'avantage de ne nécessiter qu'une prise unique pour la mère et pour son enfant. Cette molécule a été gracieusement mis à disposition dans certains pays Africains le laboratoire fabricant.

Dans cette indication préventive, plusieurs protocoles sont possibles avec les antirétroviraux. Le plus simple est la monothérapie par AZT ou névirapine, qui réduit la transmission du virus d'environ 40 % à 50 %, comme le confirment des données scientifiques dans beaucoup de régions d'Afrique. Le deuxième, plus efficace, fait chuter le taux de transmission du virus à 6 %, selon les données ivoiriennes, voire 2 % en Thaïlande. Il s'agit d'une monothérapie par l'AZT débutée à la 36e semaine, dans le cas de la Côte d'Ivoire, ou dès la 28e semaine, dans celui de la Thaïlande. Ce traitement est ensuite renforcé par une dose de névirapine donnée dans les quarante-huit heures suivant l'accouchement tant à la mère qu'à l'enfant.

Ce dernier reçoit, en plus de la névirapine, de l'AZT pendant une semaine. On s'oriente à présent vers le lien entre la prévention de la transmission mère-enfant et la trithérapie, en particulier chez les femmes et également la prise en charge globale de la famille.

Deuxième Partie : ETUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DE LA PTME AU CANADA ET EN COTE D'IVOIRE

CHAPITRE 1 : LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH/SIDA AU QUEBEC-CANADA (expérience du centre maternel et infantile sur le SIDA de l'hôpital mère-enfant Sainte Justine, Montréal)

I- CONTEXTE

La situation du VIH/SIDA dans les pays industrialisés et notamment au Canada est bien différente de celle des pays en développement, notamment Africains. Il ne s'agit plus de programmes de recherche, mais de véritables interventions mis en place depuis des années. Le Canada est un pays de l'Amérique du Nord limité au nord par l'océan antarctique et au sud par les Etats-Unis d'Amérique voir (annexe 4). Au Canada, selon des études sur la prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes, le taux de prévalence s'élèverait à environ 3 ou 4 pour 10.000, mais les taux ne sont pas disponibles pour chacune des 10 provinces canadiennes (Santé Canada, 2004). En Ontario, on a confirmé la présence de l'infection à VIH chez 105 nourrissons nés entre 1984 et 2001. Près de 56% des mères séropositives ont cité comme facteur de risque d'infection à VIH, le fait d'être originaire d'un pays où l'infection par le VIH est endémique (Norman et al, 1998). En outre, 32% des femmes ont mentionné comme facteur de risque, les contacts hétérosexuels ailleurs que dans un pays d'endémie, et 9% ont mentionné l'injection de drogues (Remis. et al, 2003). Au Québec, entre juillet 1997 et juin 2001, près de 60% des 209 femmes enceintes infectées par le VIH, étaient originaires d'un pays d'endémie. Parmi ces femmes, 73 (34,9%) étaient d'origine africaine et 52 (24,9%) étaient d'origine haïtienne (Robinson et EL Bonita, 2000).

Selon le Groupe Canadien de recherche sur le sida chez l'enfant, le nombre annuel d'enfants soumis à une exposition périnatale au VIH, qui était d'environ 50 à 70 par année au début des années 90, a atteint 158 en 2002. La présence de l'infection à VIH a été confirmée chez 420 des 1.584 cas d'exposition périnatale au VIH chez les nourrissons qui ont été déclarés entre 1984 et 2002. Chez 120 autres nourrissons, le statut à l'égard de l'infection n'a pas été confirmé (statut sérologique indéterminé,

décès ou sujet perdu de vue) (OMS, 2004). Chez les 1.044 nourrissons restants, on a confirmé l'absence d'infection à VIH. Le protocole prophylactique antirétroviral proposé dans les pays industrialisés à l'instar du Canada, est variable mais très souvent il s'agit d'un traitement long, débutant au cours du deuxième trimestre de la grossesse.

II- ETUDE ANALYTIQUE

2- 1 STRUCTURE D'ACCUEIL

L'hôpital Sainte Justine, où nous avons effectué notre stage, a été fondé en 1907 et est considéré comme l'hôpital pour enfant le plus moderne en Amérique du nord. Seul centre hospitalier mère-enfant au Québec, il compte aujourd'hui 512 lits et 55 berceaux. C'est un centre de référence régional et provincial qui offre aux enfants malades et aux femmes enceintes des soins ultra-spécialisés. Son personnel est composé de 500 médecins spécialistes et d'environ 150 résidents couvrant toutes les spécialités de la pédiatrie médicale et chirurgicale, de l'obstétrique et des spécialités de laboratoire (CMIS, 2003).

Dans ce centre hospitalier universitaire affilié à l'université de Montréal, la transmission périnatale est quasiment nulle depuis 4 ans pour les femmes enceintes suivies et traitées par le protocole de traitement antirétroviral débutant au cours du deuxième trimestre de la grossesse et associant la césarienne programmée et l'allaitement artificiel de substitution (CMIS, 2003).

2- 2 PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA AU CENTRE MATERNEL ET INFANTILE SUR LE SIDA DE L'HOPITAL SAINTE JUSTINE

2- 2 - 1 Dépistage du VIH/SIDA à l'hôpital Sainte Justine

A l'instar de toute la province du Québec, le dépistage du VIH/SIDA à l'hôpital Sainte-Justine fait partie d'un bilan prénatal complet au même titre que le test pour l'hépatite virale B.

Il faut cependant rappeler que cette approche tient compte des grands principes de dépistage du VIH auprès des femmes enceintes:

- Le test de dépistage doit être offert à toutes les femmes enceintes;

- Le dépistage doit être volontaire;
- Le dépistage doit être fait après avoir obtenu un consentement éclairé de la femme;
- Le dépistage doit demeurer confidentiel.

Le counselling fait par le médecin vise à informer la femme que ce test fait partie d'un bilan prénatal complet. Il doit cependant demander à la femme si elle a des objections au test de dépistage. Si la femme ne veut pas subir le test, son refus devra être consigné dans son dossier médical.

Toutes les femmes enceintes dépistées positives sont automatiquement orientées vers le centre maternel et infantile sur le SIDA qui assure leur prise en charge.

2- 2 - 2 Prise en charge au Centre Maternel Infantile sur le SIDA (CMIS) :

Une fois que la femme est dépistée positive au VIH, et qu'elle arrive au CMIS, elle est automatiquement prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire de cette unité (la composition de l'équipe et les différentes étapes de la prise en charge se trouve en annexe).

Pendant la grossesse, la prise en charge thérapeutique antirétrovirale est mise en route au cours du deuxième trimestre, et est essentiellement basée sur la zidovudine.

En salle d'accouchement, dans le post partum et chez le nouveau né, la conduite à tenir est la suivante.

En salle d'accouchement

Dès l'arrivée de la patiente, des prélèvements sont faits sur le placenta pour analyses. La patiente reçoit une dose de charge intraveineuse de zidovudine (AZT) dès son admission en salle d'accouchement (2mg/kg*dose en soixante minutes) puis une dose de maintien jusqu'à l'accouchement (clampage du cordon ombilical) (1 mg/kg). En cas de césarienne programmée, la zidovudine en intraveineuse est débutée deux heures avant l'intervention.

Avant le transfert en post partum,

- demander une chambre privée (prescription médicale)
- re-prescrire les antirétroviraux pour la période d'hospitalisation (dans le doute re-prescrire ce que la patiente prenait durant la grossesse)

- transmettre le compte rendu de l'accouchement à la clinique d'immunologie spéciale, au CMIS et à la clinique GAMI.

Pour toute mère infectée par le VIH, proscrire l'allaitement maternel pour les nouveaux-nés.

La patiente est hospitalisée en chambre privée dans le respect de la confidentialité. L'équipe du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA est contactée en cas de problème particulier.

Dans le post partum

En hospitalisation, des prélèvements sanguins sont réalisés à la mère pour des analyses hématologiques et immunologiques. La mère reçoit une formation standard qui porte sur l'alimentation du nouveau né par le lait artificiel et sur la prise des médicaments, également sur les interventions nutritionnelles pour elle et son enfant.

Dans le cadre de la planification de la sortie de la mère :

- s'assurer que les médicaments du bébé ont bien été prescrits;
- aviser la pharmacienne responsable du suivi VIH pour qu'elle apporte les médicaments de l'enfant et informe la mère sur les modalités de prise du traitement;
- faire re-prescrire les antirétroviraux pour la mère si nécessaire.

Le premier rendez-vous est donné pour la mère à six semaines post partum. Il est organisé par l'infirmière de la clinique GAMI tandis que celui du nouveau-né est fixé à 15 jours de vie et organisé par l'infirmière de la clinique d'immuno-spéciale.

Nouveau-né

En cas de problème, aviser le médecin de garde SIDA du CMIS.

Des prélèvements sanguins sont réalisés au nouveau-né aux fins d'analyse.

Donner une formule de lait artificiel pour tous les nourrissons nés de mères infectées par le VIH et donner les premières doses d'agents antirétroviraux au nouveau-né entre 8 et 12 heures après la naissance.

Les agents antirétroviraux prescrits à l'enfant sont fonction de ce que la mère prenait durant la grossesse.

Dans la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants, le soutien psychologique occupe une place très importante. A ce titre, des structures communautaires jouent des rôles très importants. Au nombre de ces structures communautaires de

soutien qui travaillent en étroite collaboration avec l'hôpital Sainte Justine nous avons rencontré GAPS-VIES, CRISS, Les Enfants de Béthanie.

2- 2 - 3 Organismes communautaires intervenant dans le soutien psychosocial

a- GAP-VIES (Groupe d'Action pour la Prévention de la Transmission du VIH et l'Éradication du Sida)

Cet organisme communautaire créé en 1987, a pour objectif d'informer, de sensibiliser sur le VIH/SIDA et de soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA parmi les populations Haïtiennes et Africaines tout en tenant compte de leur spécificité et de leur organisation interne. Deux types d'actions sont entrepris.

Actions de sensibilisation

Il s'agit d'actions de proximité faites de séances d'éducation, d'information, de sensibilisation dans les églises, de conférence, d'émissions radio et télé. Ces actions de sensibilisation se font également par le biais de dépliants, de posters, de cassettes vidéo et de condoms qui sont distribués lors des manifestations, et dans les lieux fréquentés par ces communautés (restaurants, salons de coiffure, cabinets de médecin, organismes communautaires, marchés d'alimentation ...)

Également, il y a une collaboration étroite avec d'autres groupes communautaires comme les maisons de jeunes, les centres d'alphabétisation et les organismes de formation professionnelle. Ces actions permettent d'augmenter l'acceptation du test de dépistage par les femmes enceintes de ces communautés.

Actions de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

Il s'agit d'actions d'accompagnement faites en milieu hospitalier pour suivis médicaux, visite en milieu médical, visite de soutien à domicile, défense de droit (immigration, logement, sécurité du revenu etc.).

Également, les groupes de soutien travaillent sur la fidélisation aux médicaments et aident les nécessiteux à acquérir leurs antirétroviraux.

GAP-VIES intègre le retour à la vie active dans ses services et activités. Des espaces qui facilitent le retour à la vie active sont offerts, tel le café Internet, qui a l'avantage de faciliter le contact et de construire un réseau de solidarité entre les

usagers. Ces actions permettent la réinsertion sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un groupe de ressourcement spirituel est mis en place.

b- 2 CRISS (Centre de Ressources et d'Intervention en Santé et Sexualité)

Organisme communautaire né en 1994, agit au sein de la communauté Africaine et qui a pour activités l'accompagnement des femmes infectées et leurs proches, l'écoute à travers des lignes d'écoute VIH et herpès-infection sexuellement transmissible (Herpès-ITS).

Ce centre a également des actions d'encadrement de personnes vivant avec le VIH/SIDA et l'approche humaniste par un soutien financier, moral et le logement des nécessiteux. Il a en projet la prise en charge des nouvelles arrivantes (immigrantes et demandeurs d'asile), l'aide à l'économie sociale à travers des activités génératrices de revenus et le développement d'un volet spiritualité.

c- LES ENFANTS DE BETHANIE

L'organisme *les enfants de Béthanie* est né en 1992 de la volonté de trois familles d'accueil de s'aider mutuellement face aux problèmes posés par le VIH/SIDA chez leurs enfants. La mission de l'organisme consiste à offrir aux enfants ainsi qu'à leur famille touchée par le VIH/SIDA, divers services permettant le développement d'un environnement favorable à leur épanouissement.

Les interventions d'approche familiale reposent sur des valeurs humanitaires qui font appel au respect, à l'ouverture, à la dignité de la personne, à la responsabilisation de l'individu et de son entourage et à l'entraide.

L'axe de travail s'articule autour du répit offert aux familles tout en favorisant l'épanouissement de ses membres dans un contexte d'isolement encore bien présent et de pauvreté grandissante, ou la vie au quotidien demeure bien souvent le grand défi, mais où aussi les petits gestes humains gardent toute leur importance à la faveur d'une dignité éprouvée.

Les différents programmes d'approche éducative dédiés tant aux enfants qu'aux adultes visent :

- Le maintien des personnes atteintes dans leur milieu;
- La préservation d'une cellule familiale cohérente;
- L'amélioration continue des conditions de vie de la personne atteinte (promotion de la santé globale/prévention secondaire);

- L'intégration ou la réinsertion sociale progressive.

À côté de ces trois organismes, il y a aussi « Solidarité Femmes Africaines », « Comité Prévention Action Femme Sida » et COCQ-SIDA (Coalition des Organismes Communautaires Québécois sur le SIDA) qui interviennent dans la lutte contre le VIH/SIDA.

III- ETUDE CRITIQUE :

Au Canada, comme dans les autres pays développés, on s'interroge sur la durabilité des faibles taux actuels de TME. La prophylaxie anti-TME chez les femmes soumises à un traitement antirétroviral avant d'être enceintes en cours actuellement, n'est pas franchement tranchée. Les traitements à long terme réalisés par le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA font craindre le risque de complications à long terme chez les femmes traitées de cette façon. De même, l'on ignore les effets secondaires à moyen et long terme de l'exposition à un traitement antirétroviral en début de vie pour les enfants toujours plus nombreux qui sont exposés mais non infectés. L'on craint de plus en plus les résistances à de tels protocoles thérapeutiques (Newell, 2000).

CHAPITRE 2 :

SITUATION DE LA PTME EN COTE D'IVOIRE

I- CONTEXTE :

La Côte d'Ivoire est un pays de l'Afrique occidentale limitée à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, au Nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'océan atlantique (voir annexe 5). En 2002, les données socio-économiques et démographiques étaient les suivantes.

Tableau 4 : Données socio-économiques et démographiques

Pays : Côte d'Ivoire	Indicateurs
Population	16.365.000
PIB par habitant (dollars US)	2045
Taux moyen de croissance annuelle	3,8%
Espérance de vie à la naissance (années)	43,1/ 48,0
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (années)	37,7/ 41,3
Mortalité infantile (par 1000)	192/ 143
Mortalité maternelle (100.000)	400
Total des dépenses de santé par habitant	127
Total des dépenses de santé en % du PIB	6,2
Chez les adultes, le Taux d'analphabétisation	70% (femmes) 50% (hommes)
Prévalence de l'excision et des mutilations génitales féminines	43%

Source : OMS, Côte d'Ivoire, 2002

1-1 Situation épidémiologique du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

En fin 2001, l'on estimait à 770.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire. Le nombre d'adultes et d'enfants atteints de SIDA depuis le début de l'épidémie du VIH en Côte d'Ivoire était d'environ 450.000 cas en 1999 (PNLS/MST/TUB). Bien que chaque année, l'on note une augmentation importante des cas notifiés, ce nombre est largement en deçà des estimations de l'ONUSIDA.

La proportion de femmes infectées par le VIH/SIDA est en nette augmentation. Cette situation est la résultante d'une séroprévalence élevée de l'ordre de 10% dans toutes les couches sociales et toutes les tranches d'âge depuis quelques années (PNPTME, 2003).

Comme partout ailleurs, en Côte d'Ivoire, les adultes jeunes représentent les principales victimes de l'épidémie. En 1997, la majorité des cas de SIDA était des

sujets âgés de 20 à 49 ans, avec une prépondérance de sujets de 30 à 34 ans (environ 20%). Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient environ 18% de la totalité des cas notifiés (PNPTME, 2003).

Les conséquences de l'infection sur les enfants sont importantes. En effet, l'on estime à près de 500.000 (420000 orphelins et 80000 enfants infectés), le nombre d'enfants infectés et/ou affectés par le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Près de 90 % des enfants infectés le sont par le biais d'une infection de la mère (PNPTME, 2003).

Une sérosurveillance conduite parmi les femmes enceintes dans une formation sanitaire urbaine de la ville d'Abidjan, a montré que la prévalence du VIH était passée de 10% en 1987 à 14% en 1998. Depuis 2000-2001, une légère baisse de la prévalence a pu être notée dans les formations sanitaires urbaines d'Abidjan et la prévalence se situe autour de 10%. En 2002, elle est autour de 7,4% (voir tableau 4) (PNPTME, 2003). En Côte d'Ivoire, la situation a rapidement évolué à cause de son rôle stratégique dans la sous région. En effet, elle joue un rôle économique majeur avec un important trafic routier, donc un brassage important de populations. La situation de guerre depuis 2002, avec pour corollaire les déplacements des populations, est en train d'aggraver la situation. Cependant, les dernières études ivoiriennes estiment que la prévalence du VIH dans la population générale est d'environ 9,75% (UNAIDS, 2004).

Tableau 5 : Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire de 1997-2002

Année	Abengourou (%)	Abidjan (%)	Bondoukou (%)	Bouaké (%)	Daloa (%)	Korhogo (%)	Man (%)	Odiénné (%)	San-Pédro (%)	Yamoussokro (%)
1997	13,3	9,1	5,9	6	8,1	6	10,2	10,3	9,5	11,3
1998	12	13,8	12,8	9,8	8,4	8,4	10,2	9,1	8,1	12,2
1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000	12	10,8	11	7,7	8,4	8,3	8,9	10,6	9,1	8,3
2001	14,6	11,3	10,5	8,8	8,4	10,2	10,7	10	8,2	12,1
2002	10,8	7,4	11	ND	11,4	8,2	9,2	ND	8,9	10,3

Source : Enquête de sérosurveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire (MEMSP), PNPTME, 2003.
ND: non disponible

En Côte d'Ivoire, chaque année, plus de 54.000 femmes enceintes infectées par le VIH transmettent l'infection à environ 19.000 enfants (Fraternité matin -Côte d'Ivoire, 2003), soit pendant la grossesse ou l'accouchement, soit au cours de l'allaitement; alors qu'il est démontré que les médicaments antirétroviraux réduisent de façon

significative le taux de transmission périnatale du VIH. Les conséquences de l'infection sur les enfants sont importantes.

En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes était de 9,7% en 2002 (PNPTME, 2003).

1- 2 Évolution de la riposte gouvernementale

La mise en place en 1993 d'une structure dénommée «cellule mère-enfant », créée par le PNLS/MST/TUB a été la première réponse au problème de Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA.

A partir de 1998, au vu des résultats des essais thérapeutiques en Thaïlande chez des femmes non allaitantes, puis en Côte d'Ivoire à travers les Projets RETROCI et DITRAME chez des femmes allaitantes, la Cellule, aidée par les partenaires au développement (Programme Intérimaire avec l'UNICEF en 1998/1999, Programme pilote avec le FSTI en 1999) s'est focalisée sur la conception et la mise en place de programmes pilotes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Depuis le lancement de l'initiative PTME en 1998, il est devenu clair à travers l'évidence scientifique croissante et les résultats récents des pays tels que l'Ouganda et le Sénégal, qu'il est possible d'agir.

En l'an 2000, l'engagement des autorités politiques (création d'un ministère de lutte contre le SIDA à coté de celui de la santé publique et de la population) et sanitaires de la Côte d'Ivoire, a permis de mettre en place à Abidjan des sites PTME. Ces actions ont été soutenues par les partenaires au développement (FSTI, Projet RETROCI, UNICEF, Fonds BUSH), les organisations non gouvernementales et associations de personnes vivant avec le VIH.

En 2003, le ministère de la lutte contre le SIDA, dans le cadre de ses activités a, en accord avec le ministère de la santé publique, les spécialistes et les projets de recherche nationaux et internationaux, les programmes de santé, les agences des nations unies et les ONG, défini un plan de PTME sur les 5 années à venir. Ce plan vise à mettre en place les structures adéquates pour un accès des femmes enceintes aux services de PTME sur toute l'étendue du territoire. En effet ce plan devra permettre aux spécialistes de coordonner toutes les interventions (formations, procédures techniques etc.) pour une meilleure extension de cette prévention et une

réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant d'environ 40%, aux 15 régions du pays (Fraternité matin -Côte d'Ivoire, 2003).

II- ETUDE ANALYTIQUE

2- 1 DEPISTAGE DU VIH /SIDA EN COTE D'IVOIRE

2- 1- 1 Conditions préalables au dépistage du VIH

Les principes fondamentaux qui doivent guider tout programme de dépistage sont :

- le dépistage doit être volontaire;
- l'obtention d'un consentement éclairé;
- le maintien de la confidentialité.

2- 1- 2 Counselling

➤ Définition du conseil

La notion de conseil VIH/SIDA est apparentée au terme anglo-saxon «*counselling* » qui signifie communication entre deux personnes, à travers laquelle l'une apporte une assistance à l'autre. Celui qui consulte est appelé « client » et le prestataire de soins « conseiller ». Le client est donc assisté pour se maintenir dans les meilleures conditions psychologiques, physiques et sociales.

Le counselling du VIH/SIDA peut se définir comme un avis dirigé qui devrait conduire à une prise de décision. Selon l'OMS, c'est un dialogue entre un dispensateur de soins et un ou plusieurs consultants dont le besoin est de surmonter le choc de l'annonce et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA.

Le counselling intervient donc pour :

- aider le client à acquérir des connaissances en matière de VIH/SIDA ;
- aider le client à assumer son statut sérologique en adoptant des comportements dans le sens de la prévention.

Pour cela, le counselling en matière de VIH/SIDA est un processus qui commence dès le premier contact du client avec les structures de dépistage.

➤ **Les étapes du conseil**

Il n'y a pas de normes établies pour la durée d'une séance et d'une relation de counselling. Toutefois, le processus doit prendre en compte trois étapes : le pré-test

ou la proposition de test, le post-test ou annonce, le suivi et la prise en charge psychosociale.

Pour une meilleure gestion de la confidentialité et un meilleur confort de la femme, il est recommandé que l'ensemble de ces entretiens s'effectue dans une salle aérée et loin de tout bruit ou regard indiscret.

Pré-test

Le conseil individuel est assuré par un conseiller ayant reçu une formation adaptée, (médecin, sage femme, assistant(e) social(e), infirmier(e), membre associatif) dans le but de créer un climat de confiance et d'apporter un supplément d'informations.

Le pré-test permet de préparer la femme enceinte (ou son partenaire) avant la pratique du test de dépistage du VIH en suivant scrupuleusement les étapes détaillées dans le manuel de procédures techniques, conformément aux normes et directives.

Post-test

Le post-test est l'étape au cours de laquelle le résultat est annoncé à la femme (ou au partenaire consentant et dépisté). Cette opportunité est à utiliser pour renforcer ses connaissances en matière de VIH/SIDA. Il doit être réalisé de préférence par la personne qui a fait le pré-test. Le résultat est donné dans les 48 heures mais il peut être donné le même jour si la femme le désire. Une femme bien préparée pendant le pré-test accepte facilement son résultat positif.

Si la **femme est séronégative**, le conseil doit être fait dans le sens du maintien de son statut sérologique et de l'intérêt du dépistage de son partenaire. La femme doit être adressée au service de planification familiale. Il est conseillé de faire un test de contrôle 3 mois après le premier test.

Si la **femme est séropositive**, il faut la soutenir et renouveler les informations sur les mesures de prévention de la transmission mère-enfant, du choix de l'alimentation du nourrisson et également de l'intérêt du dépistage du couple.

En cas de **résultat indéterminé**, l'échantillon est acheminé vers un laboratoire de référence.

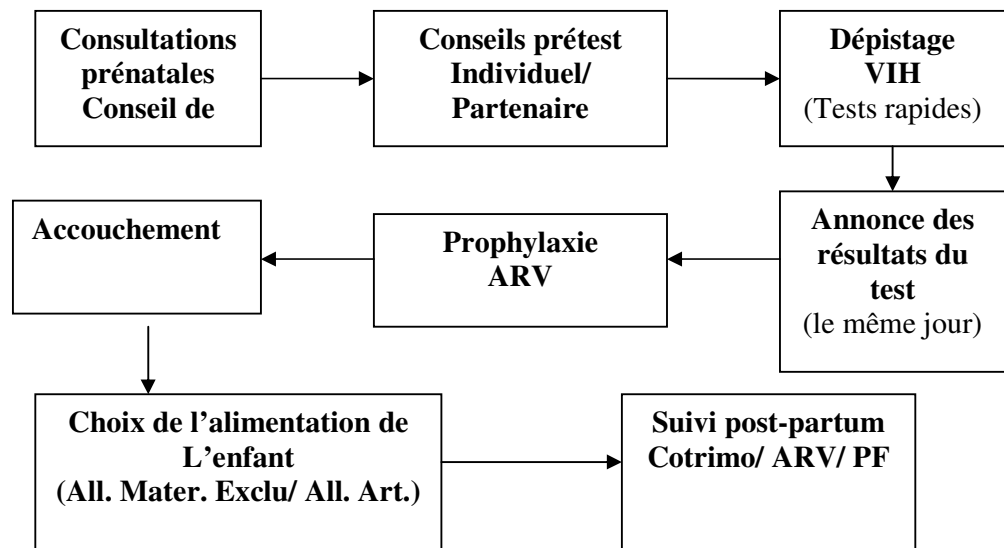
➤ **Prise en charge psychosociale**

Lors du suivi, afin d'aider la femme à évoluer personnellement dans le sens d'une meilleure adaptation psychologique et sociale, le conseiller doit être attentif aux besoins exprimés par chaque patiente selon son statut

Pour optimiser la prise en charge psychosociale :

- Il est nécessaire de donner les compétences au personnel de santé, aux membres des ONG et Associations ; et de tenir compte du 'burn out' ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) qui peut influencer l'accueil par le personnel soignant.
- Le personnel de santé doit être capable de référer de façon appropriée les patients grâce à un système de référence.

Figure (2) : LE CIRCUIT PTME THEORIQUE NATIONAL



source : manuel de procédures et techniques pour la PTME en Côte d'Ivoire, 2003.

2- 1- 3 Dépistage du VIH

➤ **Stratégie nationale de dépistage**

Lorsque l'objectif est à visée diagnostique, comme chez la femme enceinte, la stratégie retenue porte sur la réalisation de deux tests successifs, eu égard à la prévalence nationale proche de 10%. Les deux tests doivent être de principes

antigéniques différents. Le test de très haute sensibilité doit être utilisé en premier et celui de spécificité élevée en second. Dans la pratique, nous utilisons deux tests dont le premier « Determine », test très sensible et « Genie II » qui est quant à lui très spécifique.

Des réflexions doivent être menées pour offrir le dépistage intégré dans le paquet minimum d'examens biologiques.

Cas particulier des enfants :

Dans le cas particulier des enfants, il faut pratiquer un test à 15 mois chez les enfants sevrés depuis au moins trois mois. En cas de statut positif, l'enfant doit être adressé au centre accrédité de prise en charge pédiatrique.

➤ ***Recueil d'information et gestion de la confidentialité***

Pour la gestion de la confidentialité concernant le dépistage, il est suggéré de disposer de deux registres pour l'enregistrement des patients :

- Un registre d'enregistrement avec un code rattaché au nom du patient ;
- Un registre avec un code qui permet d'identifier le type d'examen demandé, ainsi que le résultat obtenu.

➤ **Laboratoire**

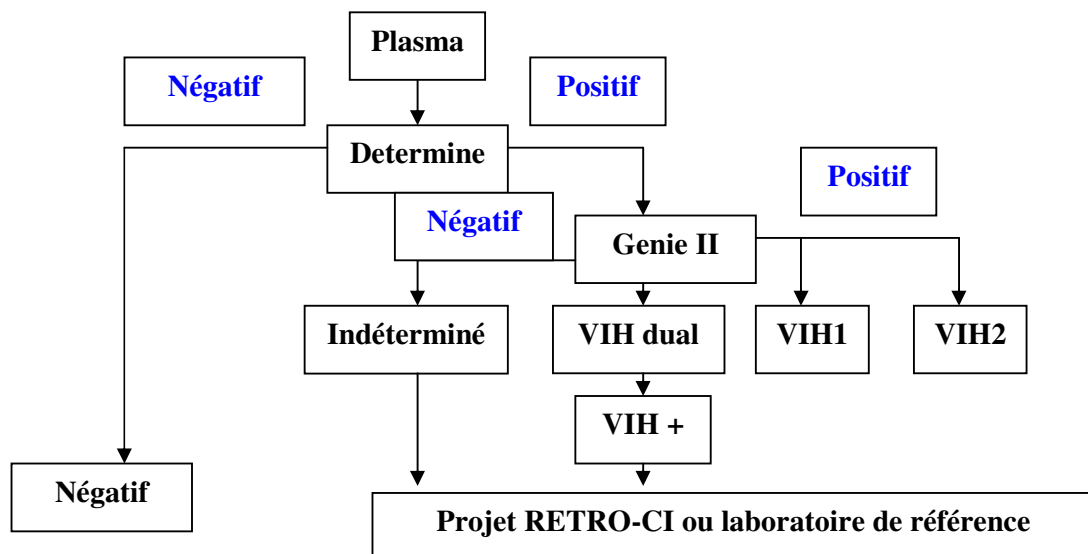
Le laboratoire doit être dans l'enceinte de l'établissement sanitaire ou non loin de celui-ci pour éviter les perdus de vue. La femme enceinte doit pouvoir se faire tester le même jour que le test lui est prescrit. Le résultat du test doit être acheminé directement chez le conseiller pour en assurer l'annonce.

Il est recommandé la mise en place d'un système d'évaluation externe de la qualité des laboratoires, l'archivage et la traçabilité des résultats pendant cinq ans, la conservation des sérums pendant deux ans.

Dans la pratique, la femme enceinte qui se présente à la première consultation prénatale (CPN), participe à un entretien de groupe au cours duquel des informations sur la grossesse, le planning familial, la vaccination, l'hygiène de la grossesse, le SIDA, la transmission mère enfant et surtout les possibilités de réduction lui sont fournies. Après cette étape, elle est reçue à la salle de consentement où les informations reçues sont passées en revue et approfondies. C'est à cette étape que la femme bien informée va donner son accord ou son désaccord pour faire le test de dépistage. Une fois, l'accord donné, le prélèvement dans des conditions de respect de la confidentialité, est fait. Le prélèvement est apporté au laboratoire où il est

soumis à l'algorithme diagnostique en vigueur. Pendant ce temps, la patiente fait sa consultation prénatale proprement dite. Enfin, elle termine par l'annonce du résultat qui se fait par la sage femme ou l'assistant social qui a fait le pré test. Toujours, les informations données plus haut sont passées en revue, puis après la préparation psychologique, le résultat est annoncé à la patiente. En cas de résultat négatif, la patiente est invitée à refaire le test 3 mois plus tard à cause de la période de séroconversion. Elle est invitée à encourager son conjoint à venir faire le test de dépistage. En cas de résultat positif, le résultat est annoncé à la patiente qui bénéficie du soutien psychologique de l'assistant social ou de la sage femme. Elle est informée de l'existence de groupe de soutien et d'auto support. Elle est informée des modalités d'alimentation qui s'offrent au nouveau-né et des mesures d'aseptie pendant et après l'accouchement. Elle reçoit sa dose de nevirapine à prendre en début de travail et celle de son enfant qui sera donné dans les 24 à 48 heures qui suivent l'accouchement. Elle est informée de l'existence de centres accrédités pour la prise en charge. Pour les résultats indéterminés, l'échantillon est envoyé aux laboratoires de référence. En cas de refus du test, rendez-vous est donné à la femme enceinte au cours des consultations prénatales suivantes, au cours desquelles, on s'évertuera à lui redonner toutes les informations mentionnées plus haut.

Figure (3) : ALGORITHME NATIONAL DE DEPISTAGE



Source : manuel de procédures et techniques pour la PTME en Côte d'Ivoire, 2003.

2- 2 PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES INFECTÉES PAR LE VIH

Elle commence par :

2- 2- 1 Prophylaxie ARV

Il s'agit donc de proposer un régime de névirapine en prophylaxie à des femmes enceintes infectées par le VIH et informées de leur statut sérologique en première intention. Dans certains cas particuliers, la zidovudine (AZT) en régime court est possible.

Nevirapine

200 mg au début du travail chez la femme et du sirop (2 mg/kg) chez l'enfant dans les 72 premières heures de vie

Zidovudine (AZT)

Il est recommandé d'utiliser le protocole AZT pour les femmes VIH-2

600 mg/jour à partir de la 36ème semaine de grossesse associés à 600 mg en dose de charge au début du travail.

Les femmes sous tri thérapies avant la grossesse, doivent bénéficier d'une adaptation de leur traitement en tenant compte de l'embryo-toxicité des molécules. Elles doivent être référées dans un centre accrédité.

2- 2- 2 Procédure obstétricale

La procédure de suivi en obstétrique est la même pour toutes les femmes. Elle consiste au suivi du bon déroulement de la grossesse, au dépistage précoce des facteurs de risques présents ou susceptibles de survenir selon le terrain, à l'établissement du pronostic de l'accouchement en fonction des paramètres cliniques, para cliniques et du contexte environnemental.

Elle couvre toutes les phases ci après :

a- Pendant la grossesse

La consultation prénatale se déroulera selon les directives du Paquet Minimum d'Activités.

On insistera sur le dépistage des IST et sur la réalisation du frottis cervical.

b- Pendant l'accouchement

L'accouchement devra se faire en tenant compte des procédures universelles de protection du personnel de santé quelque soit le statut sérologique de la parturiente.

Certains gestes sont fondamentaux pour réduire l'exposition du fœtus au sang ou autres sécrétions biologiques. L'accouchement doit être donc le moins traumatique possible : On évitera les manœuvres invasives ainsi que les manœuvres d'extractions instrumentales. L'épisiotomie ne sera pratiquée qu'en cas d'absolue nécessité.

c- Pendant le post partum

➤ *Chez la mère*

La surveillance est identique à celle de toutes les autres femmes accouchées.

La mère sera aidée et soutenue dans la mise en œuvre de l'option alimentaire choisie pendant la grossesse.

➤ *Soins aux nouveau-nés*

Les soins aux nouveaux nés sont ceux recommandés dans les directives du PMA.

Dans la pratique, les femmes infectées qui reçoivent leur comprimé de nevirapine, doivent la prendre juste en début de travail à domicile ou en salle d'accouchement en se confiant à la sage femme qui doit respecter les mesures de confidentialité. Pendant l'accouchement, les mesures d'aseptie les plus rigoureuses sont respectées. La poche des eaux est respectée jusqu'à dilatation complète. Les manœuvres invasives sont évitées. Juste après l'accouchement, la femme est mise en observation, puis conduite en suites de couches où elle reçoit encore des informations sur le mode d'alimentation du nouveau-né, l'administration de la dose de nevirapine de celui-ci, le planning familial, les mesures d'hygiène et d'aseptie. Le premier rendez vous est donné à la femme dans 6 semaines. Cependant, au cas où elle opte pour le lait artificiel, elle doit venir de façon régulière s'approvisionner en suites de couches. Chez cette femme, il est prescrit automatiquement le cotrimoxazole dans l'attente du bilan complet pour la mise en route de la trithérapie. Par contre, si elle opte pour l'allaitement maternel, elle ne débutera le cotrimoxazole que 6 semaines. Après l'accouchement, elles sont encore orientées vers les groupes de soutien et les centres accrédités de soins (PNPTME). Elles sont préparées aux interventions nutritionnelles.

2-3 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS NÉS DE MÈRES INFECTÉES

2-3-1 Prophylaxie et prise en charge des infections opportunistes

Une surveillance clinique doit être assurée en vue du dépistage des infections opportunistes courantes. Le dépistage de l'enfant est fait au 15^{ème} mois.

La prophylaxie des infections opportunistes utilise le Cotrimoxazole chez la mère et l'enfant selon le protocole national :

Chez l'enfant, le Cotrimoxazole est prescrit à partir de la 6^{ème} semaine de vie jusqu'au diagnostic définitif à 15 mois et poursuivi chez les enfants infectés.

Le Cotrimoxazole pour la mère et pour l'enfant est donné gratuitement dans le cadre de la PTME. Les enfants infectés sont orientés avec leurs mères vers les centres de traitements accrédités. L'enfant reçoit les vaccins habituels à l'exception des vaccins vivants. La mère est préparée pour les interventions nutritionnelles.

➤ Les ARV

Les femmes, leurs enfants et leurs partenaires dépistés séropositifs dans les centres PTME doivent être orientés vers les centres accrédités pour l'accès à la trithérapie.

➤ Planification familiale

Dans le cadre de la prise en charge des femmes infectées par le VIH, des méthodes contraceptives sont proposées.

Dans la pratique après le dépistage, la mère est informée du statut sérologique de son enfant et du traitement qu'elle doit lui administrer. Elle bénéficie d'un counselling concernant l'allaitement, les signes et symptômes significatifs, la vaccination, les précautions universelles. Le dépistage de l'enfant est fait à 15 mois. Puis le traitement antirétroviral adapté est fait après bilan complet dans les centres accrédités. Dès 6 semaines après la naissance, l'enfant reçoit du cotrimoxazole jusqu'à 15 mois.

2-4 SOUTIEN PSYCHO SOCIAL

Le soutien psychosocial dans le cadre de la PTME doit intervenir à plusieurs niveaux, à savoir :

- dès l'annonce du statut sérologique de la femme enceinte ;
- pendant le déroulement de la grossesse ;
- après l'accouchement.

Il s'agit de participer à l'amélioration des conditions de vie des femmes et des enfants infectés, ainsi que des familles affectées ; d'aider les femmes à devenir autonomes, de s'informer, de se soutenir mutuellement, et de mener des campagnes de prévention.

Ces actions de soutien pourraient consister en des rencontres périodiques des femmes organisées en groupe d'auto support, des discussions sur des thèmes précis avec l'aide de spécialistes (médecins, sociologues, psychologues, gestionnaires), et un conseil dans les centres de suivi. Cette méthode permet de mettre sur pied au sein de la communauté, un réseau actif d'entraide, d'information et de soutien psychologique des femmes vivant avec le VIH. Elle permet également de partager leurs expériences avec d'autres femmes afin de les aider à rompre avec l'isolement, le silence et la peur.

Le soutien psychosocial est également nécessaire de la part de la communauté vivant dans l'environnement immédiat de la femme (partenaire, famille, belle famille), surtout dans le choix du type d'alimentation, tenant compte du contexte socioculturel. Ce soutien de la communauté peut être d'ordre psychologique, moral, matériel ou financier, en tenant compte de l'environnement des personnes bénéficiaires.

Dans la pratique, les groupes de soutien, souvent hébergés au sein des formations sanitaires, accueillent les femmes dès l'annonce de leur résultat ou après l'accouchement. Ils mettent les femmes en confiance, assurent des visites à domicile avec l'accord des concernées, les orientent vers les centres accrédités pour la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH.

III- ETUDE CRITIQUE

L'analyse de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, montre que la situation revêt une importance capitale vu la prévalence élevée du VIH/SIDA dans ce pays. Une relative volonté politique est affichée pour venir à bout de la TME du VIH/SIDA. Cependant, il demeure encore des défaillances qu'il est nécessaire de corriger :

- La PTME du VIH/SIDA n'est effective que dans certaines régions du pays;
- Le dépistage du VIH/SIDA ne fait pas partie du bilan prénatal systématique;
- Certains centres PTME ne sont pas dotés de service social ;
- L'allaitement maternel exclusif pendant 4 et 6 mois avec sevrage précoce n'est pas toujours pratiqué;

- Prise en charge uniquement de la femme enceinte;
- Les pharmacies des centres PTME ne sont pas dotées d'ARV;
- Le manque de zidovudine pour la prise en charge du VIH2;
- Difficultés financières des groupes de soutien ;
- Le faible nombre de groupes de soutien ayant pour cibles le couple mère-enfant infecté.

Troisième Partie :

CHAPITRE 1 : RESULTATS

Les résultats nous permettent de vérifier les hypothèses.

Pour traiter cette partie, nous allons faire état des résultats des analyses de la PTME au Canada et en Côte d'Ivoire, puis nous allons discuter la pertinence des interventions de l'expérience Canadienne pour la Côte d'Ivoire et enfin, formuler un projet.

Le succès des pays du Nord en général, et du Canada en particulier dans la PTME du VIH/SIDA, est le fruit de la conjugaison de plusieurs facteurs. Il s'agit de la volonté des gouvernants à farouchement lutter contre le SIDA et la TME. Cette volonté politique se traduit par la mise à disposition de moyens économiques et humains, par la définition de politiques de lutte efficaces et durables. La prise en charge clinique associe la prophylaxie antirétrovirale de longue durée, la césarienne programmée et l'allaitement artificiel. Quant à l'approche sociale, elle passe par une mobilisation communautaire qui à travers des organisations mises en place, est complémentaire de la prise en charge clinique. La convergence de toutes ces actions a permis au Canada de réduire considérablement la TME du VIH. L'exemple de l'hôpital Sainte Justine est patent car depuis 4 ans, la TME du VIH y est nulle.

Quant à la Côte d'Ivoire, la PTME retient l'attention des gouvernants mais les actions sont encore à l'état embryonnaire. Les bonnes promesses ne sont pas encore traduites en actions. Il y a un problème de moyens financiers. Le dépistage ne fait pas encore partie du bilan prénatal et la PTME non plus n'est pas encore intégrée aux activités de soins. Au niveau de la prise en charge clinique, la prophylaxie antirétrovirale utilise la névirapine plus au moins associée à l'allaitement artificiel (avec de graves problèmes de rupture de stock). Les femmes VIH 2+ ne bénéficient pas de prophylaxie ARV par non mise à disposition de l'AZT. L'allaitement maternel

reste la règle et va le plus souvent au delà de 1 an. La communauté n'est pas encore pleinement impliquée dans les actions de soutien.

CHAPITRE 2 : DISCUSSION

Ce stage nous a permis de noter qu'un programme cohérent et correct mis en place, permet d'aboutir à des taux nuls de transmission mère-enfant du VIH/SIDA. Norman et al, 2003 ont noté que depuis 4 ans la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au CMIS de l'hôpital Sainte Justine est nulle. La réussite d'un tel programme nécessite une volonté politique clairement affichée. C'est pour cela que nous pensons que le point de départ de toute action doit l'intégration de la PTME aux activités de soins habituels. L'intégration des activités de PTME aux activités habituelles de soins prénatals déjà initiée, au niveau de certaines régions du pays, doit être poursuivie, encouragée et étendue à tout le pays. Dans le même sens, une décision politique (par exemple un décret ministériel) doit inclure le dépistage du VIH/SIDA dans le bilan prénatal complet. Pour cela, il importe d'avoir la collaboration pleine et entière du corps médical.

I- Les interventions médico-chirurgicales

1- 1 Prophylaxie antirétrovirale débutant au deuxième trimestre

Le rôle de la prophylaxie antirétrovirale dans la réduction de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA est établi depuis 1994. Connor et al, 1994 ont montré dans une étude que la monothérapie par la zidovudine, pratiquée pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse, administrée pendant l'accouchement et à l'enfant pendant six semaines, réduisait de deux tiers le risque de transmission dans une population ne pratiquant pas l'allaitement au sein. Ce schéma adopté au Québec ne peut être adopté en Côte d'Ivoire à cause de son coût très élevé. Toutefois, des protocoles monothérapeutiques plus courts utilisant la zidovudine ou la névirapine sont utilisables chez nous car plus accessibles financièrement. Ces protocoles ont également montré leur efficacité selon les études de Shaffer et al, 1999 en Thaïlande, Wiktor et al, 1999 en Côte d'Ivoire pour la zidovudine et Guay et al, 1999 pour la névirapine en Ouganda.

1- 2 Césarienne programmée

La césarienne programmée réduirait à elle seule considérablement la transmission mère-enfant du VIH/SIDA car évitant le contact avec la filière génitale. A la fin des années 1990, les résultats d'un essai randomisé effectué en Europe (European Mode of delivery collaboration, 1999) et d'une vaste méta-analyse américano-européenne (International Perinatal HIV Group, 1999) ont confirmé une réduction du risque supérieure à 50% associée à une césarienne pratiquée avant le travail et avant la rupture des membranes. Ce qui a permis aux pays développés d'adopter cette mesure bien onéreuse. Associée à la prophylaxie antirétrovirale et l'allaitement artificiel, elle a permis aujourd'hui au CMIS de l'hôpital Sainte Justine d'éviter la transmission mère-enfant du VIH/SIDA rapporté par Norman et al, 2003. Cependant, elle ne peut être adoptée dans le contexte ivoirien à cause de l'insuffisance du plateau technique, du coût élevé et des risques infectieux post opératoires liés à cette intervention. La césarienne expose la femme à d'autres césariennes car son utérus ayant été cicatrisé. Egalement, elle fait le lit de la stigmatisation et de la discrimination. La société s'interrogerait sur les motivations de la césarienne chez telle femme qui après ne pourra peut être pas allaité son enfant au sein.

1- 3 Allaitement artificiel

Des études ont montré le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant l'allaitement au sein. L'étude de Dunn et al en 1992 a estimé que l'allaitement au sein accroît le risque global de TME de 14% pour les femmes chez qui l'infection est déjà installée, et de 29% chez celles qui s'infectent pendant la lactation. D'autres études plus récentes comme celles de Nduati et al en 2000 ont confirmé l'existence d'un risque absolu supplémentaire de transmission verticale par l'allaitement au sein de 16% lors d'un contrôle effectué au bout de deux ans.

Ainsi, certains d'alimentation du nouveau-né tels que l'allaitement artificiel, la pasteurisation du lait maternel, la préparation à base de laits animaux, le recours à une nourrice séronégative et les banques de lait sont pratiqués çà et là. De tous ces modes, l'allaitement artificiel s'est substitué durablement à l'allaitement au sein pour prévenir la transmission du VIH dans les pays développés. Cependant, le coût élevé du lait artificiel, les risques infectieux qu'il comporte, rendent son usage difficile dans nos conditions.

Par contre, les données de l'étude de Coutoudis A. en 1999 et en 2001, en Afrique du Sud, ont montré qu'il existait un risque beaucoup moins important de transmission du VIH par l'allaitement maternel exclusif (AME) comparé à l'allaitement mixte. Ce risque serait similaire à celui des enfants non allaités. L'auteur pense que comparé aux nombreux avantages de l'AME pour l'enfant, la place sociale et culturelle qu'il occupe en Afrique, ce risque de transmission serait négligeable. Pour donner de meilleurs résultats, l'allaitement au sein nécessite une préparation prénatale et un soutien postnatal aux mères afin que celles-ci comprennent bien les enjeux et adoptent une bonne technique (New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications, 2003).

Certains auteurs estiment que la nourriture exclusivement au sein pendant 4 à 6 mois avec un sevrage précoce est la solution optimale pour les nourrissons pendant les six premiers mois de la vie dans nos conditions.

1- 4 Interventions nutritionnelles

Il est clair aujourd'hui qu'une alimentation équilibrée réduit le risque d'apparition de maladies opportunistes car consolide le système immunitaire. L'éducation des interventions nutritionnelles à la femme enceinte pendant la grossesse soutient l'efficacité des mesures de PTME au Canada. En Côte d'Ivoire, nous pensons que l'utilisation des ressources locales permettra d'obtenir une alimentation équilibrée pour la mère et l'enfant sous ARV.

II- Organisation de la participation communautaire

Nous pensons que le soutien communautaire tel que organisé au Québec est très efficace. Le relais de la prise en charge médico-psychologique est fait par la communauté pour la prise en charge psychosociale. De nombreux organismes communautaires tels que GAP-VIES, CRISS, les enfants de Béthanie, « Solidarité Femmes Africaines », « Comité Prévention Action Femme Sida » et COCQ-SIDA (Coalition des Organismes Communautaires Québécois sur le SIDA) oeuvrent dans ce domaine. Leurs actions vont de l'accompagnement au soutien financier en passant par le soutien spirituel. Ces groupes avec les associations de malades jouent un rôle primordial dans la lutte contre ce fléau. C'est pourquoi, en nous inspirant de cet exemple nous voulons insuffler un certain dynamisme à la mobilisation communautaire en Côte d'Ivoire pour lutter contre le VIH/SIDA en

général et la TME en particulier. Cependant, nous devons tenir compte du particularisme culturel de la Côte d'Ivoire et particulièrement de la commune d'Abobo. Nous allons susciter une participation communautaire beaucoup plus active à l'image du Québec en nous appuyant plutôt ici sur le poids moral des chefs traditionnels et religieux. Ces derniers bénéficient d'une forte audience dans la communauté.

II- Comment ces interventions peuvent elles améliorer la PTME en Côte d'Ivoire?

Nous pensons que la mobilisation communautaire qui soutient les actions de sensibilisation du projet va à terme lever le tabou, la stigmatisation et la discrimination sur le SIDA. Dans cette atmosphère de mobilisation et de prise de conscience autour du problème du SIDA et de la TME, l'action combinée de la prophylaxie antirétrovirale de courte durée (à base de zidovudine et de névirapine) et de l'allaitement maternel exclusif de 4 à 6 mois avec un sevrage précoce permettra à coup sûr d'améliorer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Le tout sous-tendu par une volonté politique clairement affichée et traduite dans les faits. Cette volonté qui doit inclure le dépistage dans le bilan prénatal et intégrer la PTME aux activités de soins et la mise à disposition de l'AZT.

A l'issue de cette discussion, et en prenant en considération les disparités socio économiques et culturelles qu'il y a entre les deux pays, nous allons formuler un projet qui va s'inspirer de l'expérience Canadienne (CMIS, hôpital Sainte Justine) pour améliorer la situation en matière de PTME en Côte d'Ivoire. L'extension progressive de la PTME du VIH/SIDA à travers notre projet à tout le pays, permettra à terme prendre en charge les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes de toutes les régions du pays. La conjugaison de toutes les actions qui ont fait leur preuve contenues dans notre projet, devraient permettre de réduire la TME du VIH et donc de lutter contre le SIDA en Côte d'Ivoire.

CHAPITRE 3

FORMULATION D'UN PROJET DE PTME DU VIH/SIDA DANS LA COMMUNE D'ABOBO, ABIDJAN CÔTE D'IVOIRE

L'expérience québécoise, nous a permis de constater que le Canada pour la PTME du VIH/SIDA, a mis en place des interventions de prises en charge curative correctes et efficaces. Les femmes enceintes infectées, sont mises sous traitement antirétroviraux dès le deuxième semestre. Elles se voient proposer la césarienne programmée et leurs enfants sont allaités artificiellement, le tout soutenu par une alimentation équilibrée. Nous comprenons que dans un contexte d'assurance maladie universelle, une telle stratégie ne pose pas de problèmes véritables d'accessibilité aux soins. Cependant, dans nos conditions, nous pensons que le meilleur choix est d'associer à une prophylaxie antirétrovirale courte soutenue par alimentation équilibrée, la prévention primaire à travers la mobilisation communautaire. Nous pensons que la sensibilisation des femmes en âge de procréer de sorte à éviter qu'elles se contaminent, permettrait de réduire considérablement le nombre d'enfants nouvellement infectés. Une participation communautaire active associée à l'action des ONG, permettrait d'atteindre cet objectif.

Le présent projet sera réalisé en collaboration avec les ministères de tutelle, les ONG, les acteurs au développement et surtout la communauté locale.

I- CONTEXTE

La commune d'Abobo, l'une des plus vastes et peuplées des dix communes que compte la capitale ivoirienne, est située à l'Est d'Abidjan. Elle abrite près d'un million d'habitants. Elle fait parti du district sanitaire d'Abidjan Nord. Dans toute la ville d'Abidjan le VIH/SIDA, a une prévalence globale d'environ 7%. Ce projet couvre les 10 formations sanitaires urbaines (FSU) à base communautaire de la commune d'Abobo. Ces formations sanitaires à base communautaire sont fréquentées dans leurs services de soins prénatals par environ 30.000 femmes enceintes par année.

Dans le district sanitaire, le taux de croissance est de 3,7%, la fréquentation des centres de santé est d'environ 20% et environ 12% de femmes enceintes accouchent en milieu hospitalier. Les accouchements à domicile n'ont pu être

documentés, mais force est de reconnaître que la majorité des enfants nés à domicile sont pris en charge en milieu hospitalier pour leur suivi (rapport d'activités 2003 du district sanitaire).

II- PRINCIPES FONDAMENTAUX DU PROJET

Deux éléments majeurs justifient ce projet. D'une part, le constat de la forte prévalence du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire et d'autre part l'existence à ce jour de lignes directrices diagnostiques et thérapeutiques claires, adaptées et efficaces en matière de PTME qui ont fait leurs preuves dans les pays en développement.

Ce projet cadre bien avec les orientations des ministères de la santé publique et de lutte contre le SIDA. Il s'articule autour des principes fondamentaux suivants :

- assurer l'articulation du projet avec les grandes orientations des deux ministères en matière de lutte contre le sida;
- compléter les initiatives de l'État en matière de la lutte contre le sida en mettant l'accent sur la prévention et le dépistage;
- développer une approche basée sur la durabilité et la pérennité des interventions;
- valoriser et renforcer la qualification des ressources humaines;
- mettre en œuvre une stratégie participative de la communauté.

III- DESCRIPTION GENERALE DU PROJET

3- 1 Objectif général

Réduire de 50% la proportion d'enfants infectés par le VIH/SIDA dans la commune d'Abobo de 2006 à 2010.

3- 2 Objectifs spécifiques

- Accroître d'au moins 25% la proportion de femmes en âge de procréer et d'au moins 30% la proportion de femmes enceintes qui adhèrent au dépistage du VIH;
- Accroître d'au moins 90% la proportion de femmes pratiquant correctement l'allaitement maternel exclusif (AME) avec un sevrage précoce entre 4 à 6 mois (2 semaines);
- Accroître d'au moins 80% la proportion de femmes et d'enfants infectés qui ont accès à un traitement efficace.

3- 3 Axes d'intervention

Le projet est structuré autour de deux grands volets d'intervention :

- la mise en place de stratégies de dépistage et de prise en charge dans les 10 formations sanitaires urbaines (FSU) de la commune de Abobo, précédée de l'équipement des FSU et la formation du personnel médical et paramédical;
- la mise en place d'un mécanisme de participation à travers la mobilisation communautaire afin de sensibiliser surtout les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes pour augmenter le taux de fréquentation des services de soins prénatals. Ce qui permettra leur enrôlement dans les programmes PTME (dépistage, prise en charge de la femme enceinte infectée et de l'enfant). La sensibilisation des hommes occupera également une place de choix.

3- 4 Obstacles au projet

Ils constituent les difficultés de mise en oeuvre de ce projet. En effet, toutes les bonnes pratiques issues de l'expérience québécoise, ne peuvent automatiquement être applicables en Côte d'Ivoire à cause des grandes inégalités sociales et sanitaires entre les deux pays.

3- 4- 1 Obstacles socio-culturels

Les problèmes de stigmatisation, de discrimination, de tabou sur le sexe et les violences conjugales qui en découlent constituent des obstacles à la réussite de ce projet. C'est pourquoi, la mobilisation communautaire qui permet à travers la sensibilisation, à la population de recevoir une éducation sur le VIH/SIDA et la TME, permettra de lever ces obstacles. Nous mettons un accent particulier sur cet aspect.

3- 4- 2 L'accessibilité financière et économique

Les formations sanitaires urbaines à base communautaire, sites de notre projet, sont nées de l'initiative de Bamako qui a institué la participation des populations au recouvrement des coûts. Cette initiative a montré ses limites car les populations pauvres payent souvent plus que les riches puisqu'elles sont volontiers soumises aux pratiques d'extorsion des fonds. L'accessibilité financière est un pilier incontournable de la performance hospitalière en général des centres de santé en particulier, sous réserve qu'elle garantisse un coût abordable et une équité dans la

distribution de la charge pour les familles. En réalité, la tarification sera un frein à l'accessibilité financière des populations d'Abobo qui sont en général pauvres.

Le faible pouvoir d'achat des populations et les tarifs de consultation prénatale, constituent des obstacles à la fréquentation des services de soins prénatals. Les tarifs habituels pour la consultation prénatale verront une réduction de 40%. Un système de refinancement efficace pourra compenser les pertes. Également, la mise en place d'activités génératrices de revenus et de mutuel de santé au niveau des groupements des femmes seront motivées et encouragées.

3- 4- 3 La motivation du personnel

L'activité de PTME va s'ajouter aux activités habituelles de soins, avec donc un surplus de tâches à accomplir. Il est donc important que le personnel médical, paramédical et technique de ces formations sanitaires, soit motivé. Des primes seront payées au personnel par catégorie. Des formations continues seront organisées. Le personnel en fonction des compétences des uns et des autres fera l'objet de promotion.

3- 4- 4 Le problème d'équité

L'égalité des chances est une composante essentielle de la meilleure accessibilité. Elle concerne tous les états de précarité : les femmes, les enfants (qui constituent notre cible), les démunis. L'engagement des établissements à prendre en charge tous les patients quelle que soit leur solvabilité, nécessite un système de refinancement efficace. Les femmes enceintes de faible pouvoir d'achat doivent pouvoir accéder aux programmes PTME de la commune grâce à l'action du service social qui travaille en collaboration avec la comptabilité du centre, laquelle dispose d'un système de refinancement. Un accent particulier sera mis sur cet aspect pour garantir la réussite du projet. Le service social pourra discuter les situations des plus démunis au cas par cas et permettre aux femmes enceintes issues de classes sociales défavorisées de pouvoir bénéficier des soins offerts par le projet au même titre que les autres.

3- 5 Stratégies de mise en œuvre

Le ministère de lutte contre le sida par le biais du programme national de lutte contre le sida, va jouer un rôle central dans le suivi du projet. Le projet comprend

quatre équipes dont une équipe de gestion, une de formation et de communication, une d'opérationnalisation (comprend les intervenants de santé) et une d'évaluation. Avant toute action, le projet sera soumis aux responsables des deux ministères de tutelle pour approbation. En cas d'accord, le projet travaillera en étroite collaboration avec le programme national de lutte contre le sida. Ensuite, il sera soumis aux intervenants de la santé des 10 FSU de la commune d'Abobo par le truchement du directeur du district sanitaire d'Abidjan sud, district auquel appartient la commune d'Abobo. A ce niveau, nous devons impliquer les sages femmes, les techniciens de laboratoire, l'assistant social, les médecins chef et les membres des conseils d'administration des FSU pour avoir leur accord. Enfin, au niveau communautaire, par le biais des élus locaux, nous allons expliquer le bien fondé d'un tel projet aux chefs coutumiers, chefs de quartier et chefs religieux (prêtres, pasteurs et imams) et ONG afin d'obtenir leur soutien.

Les consultations au niveau des intervenants de santé et au niveau communautaire, seront effectuées à travers des focus groupes de 2 à 3 personnes.

Le projet sera piloté par un comité technique où seront représentés les chefs coutumiers et religieux, les médecins chef, le représentant du personnel social, les représentants des ministères de tutelle et des ONG.

3- 5- 1 Formation du personnel médical et paramédical

Elle débutera par la formation des formateurs nationaux qui seront au nombre de 5. C'est en fait une mise à niveau sur le contenu des modules qui sont validés par le ministère d'État, ministère de la santé publique et celui de la lutte contre le SIDA. Les formateurs formeront à leur tour les prestataires de soins choisis par centre qui vont répercuter l'information sur le personnel de leurs formations sanitaires respectives. Ces prestataires seront choisis en fonction de leur ancienneté et leur dévouement.

La formation du personnel consistera en des sessions de jours à thème. Elle sera assurée par des formateurs formés précédemment. Elle va s'adresser aux médecins chef des FSU, aux sages femmes et aux techniciens de laboratoire. Par centre, il y aura 5 personnes dont le médecin chef, 2 sages femmes, le technicien de laboratoire et l'assistant social. On va sélectionner les plus anciens des prestataires, donc les plus expérimentés.

Les principaux modules sont :

Module 1 : Généralités sur le VIH/SIDA

Module 2 : Généralités sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA

Module 3 : Interventions spécifiques pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH/SIDA

Module 4 : Alimentation du nouveau-né et du nourrisson dans le contexte de la PTME

Module 5 : Stigmatisation et discrimination liées à la transmission mère-enfant du VIH/SIDA

Module 6 : Counselling, dépistage et suivi biologique du VIH/SIDA pour la PTME

Module 7 : Prise en charge clinique et psychologique des mères séropositives et leurs familles

Module 8 : Hygiène, sécurité et soins de soutien dans l'environnement de travail

Module 9 : Gestion des activités de la prévention mère-enfant du VIH

Les différents sous chapitres sont abordés dans l'annexe 7.

3- 5- 2 Équipement

L'intégration des différentes activités devrait être précédée d'un renforcement des moyens matériels et d'une réhabilitation de certains locaux.

3- 5- 3 Dépistage

Il sera effectué en conformité avec les normes en vigueur dans le pays. Il est proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes qui fréquentent les centres de soins prénataux de nos formations sanitaires. Nous essayerons d'appliquer rigoureusement le principe de respect de l'anonymat.

a- Considérations éthiques

L'ONUSIDA invite tous les pays à définir des politiques nationales en matière de conseil dépistage. Cependant, il est recommandé de respecter les principes suivants :

Garantir la disponibilité et l'accessibilité de services de test et de conseil VIH de bonne qualité et pratiqués dans la confidentialité;

Le test doit être fiable librement consenti et pratiqué dans la confidentialité; les services de test volontaire doivent être assurés dans un environnement non stigmatisant. Ils engloberont le conseil avant le test, l'obtention du consentement éclairé et le conseil après le test (ONUSIDA, 1997).

Le présent projet s'inscrit dans la perspective des bonnes pratiques validées en matière de conseil dépistage au niveau international. Il sera soumis au comité national ivoirien d'éthique qui vérifiera le respect des droits aliénables de tout être humain.

Les conditions préalables au dépistage seront respectées

b- Counselling

Toutes les femmes qui arrivent pour la première fois à la consultation prénatale sont entretenues sur le VIH/SIDA individuellement par la sage femme ou le médecin, c'est le pré test.

➤ Femmes enceintes

Le test de dépistage est systématiquement proposé à la femme enceinte au même titre que tout le bilan prénatal habituel le médecin ou la sage-femme. Elle reçoit des informations sur la grossesse, le planning familial, la vaccination, l'hygiène de la grossesse, le SIDA, la transmission mère enfant et surtout les possibilités de réduction de cette transmission et suit le circuit PTME national.

➤ Femmes en âge de procréer

Dans une perspective de santé pré conceptuelle, le test de dépistage du VIH devrait être discuté et offert à toutes les femmes qui désirent une grossesse dans un avenir proche. Toutes les femmes en âge de procréer devraient faire le dépistage en routine. Les principes du dépistage suivants seront respectés :

- counselling avant et après le test;
- consentement éclairé;
- confidentialité.

Il faut commencer la sensibilisation dès l'adolescence. Cela par le biais des programmes scolaires, des comités de quartier, des ONG, et autres organisations. Cette prévention dite primaire est le moyen le plus efficace d'empêcher la contamination verticale des enfants par le VIH, chez les femmes en âge de procréer et, accessoirement, de prévenir les grossesses non désirées chez les femmes infectées, tout en prévenant la TME du VIH. La prévention primaire de l'infection chez les jeunes femmes, aboutirait également à faire vivre les parents plus

longtemps et à réduire le nombre des orphelins. Il importe d'induire un nouveau comportement mais aussi de le perpétuer.

Le circuit PTME sera à l'image de celui admis au niveau national. L'annonce du résultat ou post-test sera fait par le médecin ou la sage femme qui a fait le pré-test.

c- Algorithme diagnostique

Il est identique à celui en vigueur au niveau national.

3- 5- 4 Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH

Cette prise en charge se fait selon les modalités qui sont pratiquées en Côte d'Ivoire et qui ont été élaborées précédemment. A ce protocole qui utilise la névirapine, il sera associé la zidovudine (AZT). Le traitement à base d'AZT débutera à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse.

3- 5- 5 Prise en charge des enfants nés de mères infectés

Elle est également faite selon les modalités nationales. La différence est que dans ce projet, nous proposons systématiquement aux femmes l'allaitement maternel exclusif de 4 à 6 mois avec un sevrage précoce de 2 semaines.

3- 5- 6 Organisation de la participation communautaire

Dans le cadre de ce programme, la communauté occupe une place centrale. C'est de son action que va dépendre en partie la réussite d'un tel programme, quand on sait le faible niveau d'alphabétisation de la société ivoirienne et surtout des femmes. Le projet va aider à mettre en place des groupes d'auto support ou groupes de parole, des groupes de soutien oeuvrant spécifiquement au profit du couple mère-enfant infecté. Des comités de sensibilisation de quartier seront installés avec pour mission de sensibiliser les femmes enceintes et surtout celles en âge de procréer et les exciseuses sur le message de la TME du VIH et les possibilités de lutte. Ces comités de quartier ont pour socle les chefs de quartier, les chefs coutumiers, les chefs religieux (Prêtres, Pasteurs, Imams et autres), et surtout les jeunes femmes. Ces comités pourront sensibiliser au sein des regroupements habituels de femmes et d'hommes (Groupement à Vocation Coopérative, groupe de tontine, groupe d'alphabétisation, groupe d'âge...). Au cours des réunions de ces regroupements, une sensibilisation sur le SIDA et la TME, sera faite à côté des thèmes tels que la

planification familiale, la vaccination, l'éducation, l'excision, le SIDA et la TME du VIH... Nous pensons que le message doit être aussi dit par les garants moraux de la société, car ils sont très écoutés. Le message pourra être dit en langues locales et il permettra de lever certains obstacles et amener plus de femmes enceintes dans les centres de dépistage. Un accent particulier sera mis au niveau de la prévention primaire, sur la sensibilisation des exciseuses car 43% des femmes adultes sont soumises à cette pratique culturelle.

L'action de ces comités doit venir compléter celle des ONG déjà présentes sur le terrain. Un volet crucial de l'action communautaire est l'implication des hommes. En effet, un accent particulier sera mis sur la sensibilisation et l'implication des hommes dans les activités de sensibilisation. La participation communautaire doit être complémentaire et intégrée à la prise en charge clinique. Des collaborations avec les associations institutionnalisées pour la mise en œuvre de ces activités doivent être entreprises; la mobilisation communautaire avec diffusion de l'information sur le VIH/SIDA devra faciliter l'accès au programme de PTME;

Voici énumérées quelques activités qui doivent être menées par la communauté :

Comité de soutien, groupe d'auto support, ONG

- les interventions aux domiciles des patientes pour soutien et poursuite de traitement, si nécessaire;
- le soutien à l'auto support des patientes avec constitution des « groupes de paroles »;
- le soutien à l'observance des traitements notamment antirétroviraux par des activités d'éducation thérapeutique, doit être envisagé avec l'implication de tous les soignants et des groupes d'auto support;
- le soutien matériel et économique est nécessaire pour aider les patientes en situation de détresse sociale aigue qui, très souvent, n'ont que les soignants comme interlocuteurs pour exprimer ce besoin, cela en collaboration avec le projet;
- les activités génératrices de revenus peuvent prendre le relais des appuis ponctuels à distance aux femmes en situation de détresse aigue pour leur apporter les moyens, également aux autres femmes pour favoriser une indépendance financière. Cela passe par la mise en place de groupements à vocation coopérative, sans oublier que ces personnes aux états de santé

améliorés vont pouvoir réintégrer leur travail. Ce qui contribuerait à réduire leur état de détresse économique et sociale.

Comité de quartier

- Sensibilisation sur le VIH/SIDA et la TME pendant les manifestations et autres cérémonies au quartier;
- Sensibilisation sur le VIH/SIDA et la TME pendant les séances de prières;
- Sensibilisation sur le VIH/SIDA et la TME lors de réunions publiques;
- La sensibilisation des hommes.

Le soutien aux activités de la communauté, trouve son intérêt dans le fait que ces activités s'avèrent complémentaires de la prise en charge clinique.

Les équipes cliniques du projet doivent travailler en étroite relation avec les associations actives dans la lutte contre le SIDA à Abobo, notamment pour le soutien psychosocial (ruban rouge, lumière action, club des amis, femme égale vie...) pour la mise en place et le fonctionnement des groupes de paroles, ainsi que la prise en charge matérielle des femmes sans domicile et la prise en charge nutritionnelle. Il s'agit de renforcer cette interconnexion en élargissant le champ des intervenants (Ruban rouge, Lumière action, Club des amis, Femme égale vie...). Il en est de même pour le soutien aux « groupes de paroles » et le soutien aux activités génératrices de revenus.

Une formation des personnels associatifs à la conduite des interventions dans les quartiers et à domicile ainsi qu'à l'assistance juridique et surtout au montage de projet pourra être initiée.

Il faut une implication active de la communauté bénéficiaire dans la gestion des activités de sensibilisation et de soutien.

Il faut noter que les réactions des communautés face au VIH/SIDA ont évolué dans le temps. Ainsi, alors que les leaders religieux s'opposaient systématiquement aux actions de lutte contre le sida, ces dernières années ont vu une participation active des diverses communautés religieuses aux efforts de sensibilisation et de prévention du sida. Actuellement, des prêtres, des pasteurs et des imams sont associés à la plupart des réunions de définition des stratégies d'action. Au cours de leurs séances de prière, il leur arrive souvent de sensibiliser les fidèles sur le sida. C'est dire que les religieux sont passés du stade de méfiance à celui de l'implication dans le processus de lutte contre le sid

3- 6 Organisation

L'équipe de gestion va travailler en étroite collaboration avec les ministères de tutelle (ministère de lutte contre le VIH/SIDA et le ministère d'État ministère de la santé publique et de la population), le ministère de la femme et de la famille, le ministère de la jeunesse, le ministère de la communication et celui de l'éducation. C'est surtout le programme national de lutte contre le sida qui assurera le suivi régulier du projet. Il faut signaler que le projet va travailler en collaboration avec les projets oeuvrant déjà dans la PTME que sont DITRAMME et RETRO-CI. Nous allons nous inspirer des réussites et corriger les échecs.

L'équipe chargée de la communication travaillera en collaboration avec les ONG locales (LUMIERE-ACTION, RUBAN ROUGE, FEMME EGALE VIE, AMEUPOUH...), les associations, les groupements, les comités de quartier, les coopératives et les ONG internationales.

Les différentes étapes du projet s'articulent comme suit.

Tableau 6 : Échéancier du projet

Principaux extrants	Échéancier	Intervenants
Exposition du projet aux responsables des ministères de tutelle, aux élus locaux et aux chefs traditionnels	2 mois (Janvier et février 2006)	Equipe technique du projet
Mise en place des équipes du projet, réhabilitation et équipement des locaux	2 mois (Mars et Avril 2006)	Equipe technique du projet
Formations des formateurs et prestataires de soins	1 mois (Mai 2006)	Projet et ministères de tutelle
Sensibilisation (débuté par le recensement des regroupements de femmes et d'hommes	5 ans (À partir de Juin 2006)	Equipe de communication du projet, ONG, groupes de soutien, comité de quartier
Activités de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes et de leurs enfants au niveau des FSU	5 ans (À partir de Juin 2006)	Prestataires des soins des formations sanitaires urbaines
Évaluation du projet	À mi-parcours (Janvier, février 2008) et à la fin du projet (Novembre, Décembre 2010)	Equipe d'évaluation du projet

Tableau 7 :CHRONOGRAMME

ANNEES	2006												2007				2008				2009				2010				
Activités	Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	...	12	1	2	...	12	1	2	...	12	1	2	...	12
Exposition du projet aux responsables des ministères se tutelle, aux prestataires de soins, aux élus locaux et aux chefs traditionnels		■	■																										
Mise en place des équipes du projet, réhabilitation et équipement des locaux				■	■																								
Formation des formateurs et prestataires de soins						■																							
Sensibilisation à travers une mobilisation communautaire							■																						
Activité de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes des enfants au niveau des FSU							■																						
Evaluation du projet (équipe externe)																													

3- 7 Budget

Le budget comprend les dépenses liées :

- à la formation du personnel;
- au fonctionnement du projet;
- à l'équipement des locaux;
- au soutien aux traitements des femmes infectées dans les dix FSU retenues, aux déplacements;
- à la communication;
- à la sensibilisation;
- à l'installation des comités de quartier.

Le budget total du projet s'élève à **345.549.700 millions de francs CFA** soit **527.556 euros**. Le projet sera financé à environ 20% par l'Etat de Côte d'Ivoire et 80% par les bailleurs de fonds.

Les grandes lignes du budget figurent dans le tableau 4 et les détails à l'annexe 8.

3- 8 Financement du projet

Le projet sera financé conjointement par l'Etat de Côte d'Ivoire à hauteur de 20% et les bailleurs de fonds pour les 80% restant. Le financement de l'Etat se fera par une partie des fonds alloués au programme national de lutte contre le SIDA. Il doit couvrir les locaux de la rubrique fonctionnement et l'acquisition des locaux, la télécommunication et l'internet de la rubrique formation et la formation elle même. Les bailleurs de fonds dont le « Fonds Bush » vont couvrir le reste du financement (équipement et fonctionnement).

Tableau 8 : BUDGET DU PROJET

Activités	Durée	Unité	Coût unitaire (F CFA)	Coût total (F CFA)
EQUIPEMENT				
Acquisition de locaux				1.010.000
Télécommunication et internet				4.720.000
Fourniture et matériel de bureau				13.916.600
Matériel et fourniture informatique				26.845.000
Matériel roulant				17.500.000
Équipement laboratoire				25.000.000
Équipement médical				12.000.000
<i>Total équipement</i>				100.991.600
FORMATION				
FORMATION DES 5 FORMATEURS				
Manuel de formation				200.000
Fourniture de bureau pour formation				61.200
Perdiem et transport				2.475.000
Restauration				761.000
FORMATION PRESTATAIRES DE SOINS				
Manuel de formation				650.000
Fourniture de bureau pour formation				561.000
Location de salle				945.000
Perdiem et transport				20.625.000
Restauration				6.979.500
<i>Total formation</i>				33.258.100
FONCTIONNEMENT				
Locaux				27.000.000
Carburant				5.000.000
Indemnités du personnel				159.000.000
Sensibilisation, subvention aux ARV et achat d'AZT				20.300.000
<i>Total fonctionnement</i>				211.300.000
TOTAL BUDGET				345.549.700

3- 9 Conditions critiques et risques

3- 9- 1 Le conflit en cours

L'environnement politique est assez instable depuis le déclenchement de la guerre en septembre 2002. Cette guerre a eu pour conséquence un déplacement massif des populations vers le sud et vers la capitale Abidjan. La situation sociale est encore chancelante et les conditions de sécurité restent préoccupantes.

Ce qui amène le projet à considérer que les conditions les plus importantes pour sa réussite restent l'apaisement de la situation et une non reprise de la guerre et également le développement rapide des relations de confiance entre l'équipe du projet et la population de Abobo en général. Signalons toutefois que, la commune d'Abobo, quartier de la capitale ivoirienne, fait partie de la zone sécurisée du pays. Ainsi, le projet pourra fonctionner normalement, vu toutes les mesures prises par le gouvernement et la communauté internationale pour sécuriser la partie sud du pays et particulièrement la capitale économique, centre des affaires. Les fruits de ce projet seront étendus à la partie sud du pays en fonction de son efficacité, dans un premier temps puis à tout le pays lorsque les problèmes socio politiques seront résolus dans un deuxième temps.

3- 9- 2 Les déplacements de populations

Le rôle économique important que joue la Côte d'Ivoire dans la sous région, est à l'origine d'un brassage immense de populations. L'important développement du trafic routier avec les habitants des pays voisins, aura pour conséquence l'instabilité de ces populations allogènes faisant partie du projet. Le projet devra donc prendre en charge les habitants de la commune qui donnent l'assurance de participer au projet jusqu'au bout. Toutefois, les femmes allogènes contraintes au voyage retour dans leur pays, seront référées aux programmes similaires en cours dans leur pays.

3- 10 Monitoring, supervision et évaluation du projet

3- 10- 1 Monitoring

a- Informations monitorées

- Nombre de personnel médical, paramédical et technique formé;
- Nombre de pannes enregistrées au niveau de la maintenance du matériel;
- Nombre de femmes enceintes venues pour la CPN1;
- Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH;
- Nombre de femmes en âge de procréer ayant été dépistées;
- Nombre de femmes enceintes ayant reçu le résultat du test VIH;
- Nombre de femmes enceintes ayant reçu un résultat VIH+;
- Nombre de femmes enceintes séropositives ;
- Nombre de femmes recevant une subvention pour les doses ARV;
- Nombre d'enfants recevant une subvention pour les doses ARV;
- Nombre de mères séropositives ayant accouché et venues en 1^{ère} consultation post natale;
- Nombre d'enfants nés de mères séropositives dépistés positifs à partir de 15 mois;
- Nombre de formations sanitaires ayant un groupe d'auto support;
- Nombre de groupes de soutien recensés et nombre de nouveaux groupes de soutien installés;
- Nombre de comités de sensibilisation de quartier installés.

Ces informations sont disponibles dans le registre PTME et sur les fiches de comptage des formations sanitaires et du projet. Elles sont nécessaires pour rédiger le rapport mensuel d'activités et sont indispensables pour le calcul des indicateurs. Ces analyses, effectuées au niveau des formations sanitaires, permettent de suivre le déroulement des activités et de mener, en collaboration avec l'équipe de la structure, des actions ciblées pour répondre aux besoins et aux problèmes rencontrés.

b- Outils de collecte de données

Dans les formations sanitaires, les registres manuels sont les outils les plus importants pour le monitoring des activités. L'outil informatique peut être utile pour l'analyse des données, mais n'étant pas disponible partout, il ne peut en aucune façon remplacer le registre.

Aux registres existants (CPN, PMI, laboratoire, service social etc.), s'ajoutent des outils de recueil indispensables pour le suivi des activités de PTME :

- Rapport d'activités des FSU
- Registre PTME en CPN;
- Registre dépistage VIH au laboratoire;
- Cahiers de transmission des résultats des tests VIH (au laboratoire/consultation pédiatrie);
- Fiche de comptage « statut enfant » (en consultation « pédiatrie »);
- Fiche individuelle de suivi enfant (en consultation « pédiatrie »);
- Fiche de suivi des activités communautaires;
- Rapport de l'équipe de communication.

c- Rapport mensuel d'activités

Le rapport d'activités PTME est effectué par la sage femme major ou une personne désignée, au même moment que le rapport d'activités des CPN. Les données sont issues du registre PTME et des fiches de comptage.

Le rapport sera remis au District selon les procédures habituelles et archivé dans la formation sanitaire avec le rapport d'activités de CPN, il devra rester disponible pour le personnel de la structure. Les autres rapports sont réalisés au niveau des services respectifs.

Les informations du rapport mensuel seront utilisées pour le calcul des indicateurs de suivi PTME retenus sur le plan national.

3- 10- 2 Supervision

IL s'agit d'un processus continu qui consiste à former, guider, encourager l'agent de santé sur le site de travail, de sorte qu'il puisse exécuter efficacement et conformément aux directives ses tâches.

3- 10- 3 Évaluation

a- Définition

C'est un processus continu qui permet de mesurer et d'analyser la mise en œuvre du projet afin de prévoir la planification, l'exécution des activités à la lumière des expériences acquises. L'évaluation permet de porter un jugement sur la planification:

- Les objectifs ont-ils été atteints ?
- Les résultats obtenus correspondent-ils aux résultats attendus ?

L'équipe d'évaluation va évaluer le projet annuellement tandis que l'évaluation externe du projet va se faire à mi-parcours et en fin de projet.

b- Objectifs

- Mesurer les progrès accomplis dans les activités
- Adapter l'action à l'évolution des situations et obtenir ainsi les résultats prévus dans les meilleures conditions
- Relever les forces et les faiblesses du programme
- Prendre des décisions : poursuite des activités, modifications essentielles ou arrêt des activités

L'évaluation de l'impact est réalisée par l'équipe d'évaluation du projet après deux années d'activité et à la fin du projet. Elle permet de mesurer la réussite du projet.

c- Indicateurs

Volontairement, nous définirons les indicateurs par objectifs spécifiques en différenciant les indicateurs de performance qui mesurent les progrès réalisés par le projet des indicateurs de résultats qui eux mesurent l'atteinte des objectifs.

Cependant par rapport à nos axes d'intervention, nous avons un éventail d'indicateurs qui sont :

- Proportion de femmes en âge de procréer dépistées;
- Proportion de femmes enceintes testées (ayant accepté le test);
- Proportion de femmes enceintes testées ayant reçu leur résultat;
- Proportion de femmes enceintes séropositives ;
- Proportion de femmes enceintes testées ayant reçu un résultat VIH+;
- Proportion de femmes enceintes séropositives ayant reçu une subvention pour ARV;
- Proportion de femmes enceintes séropositives ayant reçu une subvention ARV pour leur enfant;
- Proportion d'enfants nés de mères séropositives dépistés positifs à l'âge de 15 mois.

Accroître d'au moins 25% la proportion de femmes en âge de procréer et d'au moins 30% la proportion de femmes enceintes qui adhèrent au dépistage

Indicateurs de performance

Nombre femmes en âge de procréer dépistées / Nombre femmes en âge de procréer dépistées ces 2 dernières années

Nombre femmes enceintes dépistées / Nombre femmes enceintes dépistées ces 2 dernières années

Indicateurs de résultat

Nombre femmes en âge de procréer dépistées / Population totale femmes en âge de procréer

Nombre femmes enceintes dépistées / Nombre total femmes enceintes venues en CPN

Accroître d'au moins 90% la proportion de femmes pratiquant correctement l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) entre 4-6 mois avec sevrage précoce

Indicateurs de performance

Nombre femmes pratiquant correctement l'AME / Nombre femmes pratiquant correctement l'AME ces 2 dernières années

Indicateurs de résultat

Nombre femmes pratiquant correctement l'AME / Nombre total femmes nourrices

Accroître d'au moins 80% la proportion de femmes et d'enfants infectés qui ont accès à un traitement efficace

Indicateurs de performance

Nombre femmes infectées ayant accès à trait. efficace / Nombre femmes infectées ayant accès à trait. efficace ces 2 dernières années

Nombre enfants infectées ayant accès à trait. efficace / Nombre d'enfants infectées ayant accès à trait. efficace ces 2 dernières années

Indicateurs de résultat

Nombre femmes infectées ayant accès à trait. efficace / Nombre femmes infectées

Nombre enfants infectées ayant accès à trait. efficace / Nombre d'enfants infectées

3- 10 - 4 Conditions de pérennité du projet

Pour la viabilité du projet, il faut mettre en place des mesures pouvant permettre aux formations sanitaires de prendre le relais une fois le projet finit. Nous pensons que cela est possible car toutes ces formations sanitaires disposent

d'un conseil d'administration animé par les habitants du quartier. Il suffira au gouvernement de leur accorder une aide financière substantielle. Les conseils d'administration recevront une formation pour le montage de projets bancables auprès des bailleurs de fonds. Il faut également une conscientisation du personnel médical sur la gravité du problème du VIH/SIDA et la nécessité d'un sursaut national. La mise en place d'activités génératrices de revenus, pourra permettre aux mères infectées et même aux couples infectés de faire face aux difficultés financières, également le développement de mutuelles de santé.

Tableau 9 : CADRE LOGIQUE

Objectif spécifique 1 : Accroître d'au moins 25% la proportion de femmes en âge de procréer et d'au moins 30% la proportion de femmes enceintes qui adhèrent au dépistage du VIH;

Stratégies	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Vérification
Communication pour le Changement de comportement (CCC)	Intégrer l'éducation sur le SIDA dans les programmes scolaires Mobilisation communautaire (sensibilisation des associations et coopératives féminines, des chefs traditionnels et religieux, des leaders d'opinion etc.)	Améliorer le taux d'acceptation du test de dépistage par les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes	Voir plus haut (Indicateurs)	Rapport des chefs d'établissement Rapport de l'équipe de communication Rapport d'activité des FSU
Accessibilité financière aux services prénatals	Gratuité du dépistage de routine pour les femmes en âge de procréer Baisse des tarifications pour les femmes enceintes en CPN	Inciter les femmes en âge de procréer à se faire dépister Augmenter l'accessibilité financière aux soins des femmes enceintes	Voir plus haut (Indicateurs)	Rapport d'activité des FSU

Objectif spécifique 2 : Accroître d'au moins 90% la proportion de femmes pratiquant correctement l'allaitement maternel exclusif (AME) entre 4 et 6 mois avec un sevrage précoce entre

Stratégies	Actions	Résultats attendus	Indicateur de résultat	Vérification
Communication pour le Changement de comportement (CCC)	Préparation des femmes à l'AME avec sevrage précoce pendant la grossesse Sensibilisation des femmes aux techniques d'allaitement et aux bonnes pratiques d'hygiène	Augmenter le nombre de femmes maîtrisant et pratiquant l'AME de 4-6 mois avec sevrage précoce	Voir plus haut (Indicateurs)	Rapport de l'équipe de communication Rapport d'activité des FSU

Objectif spécifique 3 : Accroître d'au moins 80% la proportion de femmes et d'enfants infectés qui ont accès à un traitement efficace.

Stratégies	Actions	Résultats attendus	Indicateur de résultat	Vérification
Prise en charge psycho médicale	<p>Orienter vers l'assistant social</p> <p>Orienter vers les groupes d'auto support</p> <p>Orienter vers les centres de traitement accrédités</p> <p>Donner des conseils de planification familiale</p> <p>Préparer les femmes aux interventions nutritionnelles</p> <p>Organiser des visites à domicile en accord avec la patiente</p>	Augmenter le nombre de femmes et d'enfants recevant un traitement efficace	voir plus haut (Indicateurs)	<p>Rapport d'activité des centres accrédités</p> <p>Rapport de l'équipe de communication, de l'assistant social et des groupes d'auto support</p> <p>Rapport d'activité des FSU</p>
Accessibilité financière aux ARV	<p>Subventionner les ARV</p> <p>Mobiliser les ressources pour l'acquisition des ARV</p> <p>Initier des activités génératrices de revenus</p> <p>Initier le développement de mutuelles de santé</p>	Augmenter le nombre de femmes et d'enfants ayant une accessibilité financière à un traitement efficace	Voir plus haut (Indicateurs)	Rapport d'activité des FSU

RECOMMANDATIONS

Il découle de toutes les observations que d'énormes possibilités de mise en place de programme de PTME à l'échelle nationale, existent. Le projet mis en place dans la commune d'Abobo en nous inspirant de l'expérience canadienne nous conforte dans cette position. Cependant, il importe de rehausser le niveau de connaissance et d'intensifier l'éducation en mettant l'accent d'abord sur le personnel médical puis sur la population générale.

Il faut nécessairement :

Recommandations particulières au projet

Intégrer la prise en charge de la famille entière dans la PTME, comme c'est le cas dans l'initiative PTME-PLUS

Cette initiative de l'OMS en vigueur dans certains pays Africains doit pouvoir par la volonté politique être appliquée à toute la population. Hormis son coût, cette approche qui s'appuie sur la cellule familiale à pour avantage de limiter les violences conjugales à l'égard du dépistage et de la prise en charge.

Mettre en place dans les centres PTME des pharmacies et mettre à disposition les ARV, de sorte à les rendre plus accessibles

Tous les centres PTME devraient être des centres de traitement accrédités. La mise en stock d'ARV permettrait d'éviter l'orientation des femmes et des enfants vers d'autres centres, ce qui fait grandir le risque de stigmatisation.

Monter dans le pays des unités pharmaceutiques de production d'ARV génériques notamment l'AZT

La zidovudine passé dans le domaine publique est désormais accessible aux Etats des pays en développement. Il suffit d'une volonté politique pour monter des unités pharmaceutiques de production de génériques d'AZT. Cette molécule qui a montré son efficacité dans la PTME du VIH/SIDA, donne encore aujourd'hui des espoirs. En effet associé à la névirapine, elle réduit encore substantiellement le risque de transmission mère-enfant du VIH.

Doter toutes les régions du pays en infrastructures sanitaires

La bonne volonté d'étendre la PTME du VIH/SIDA à toutes les régions du pays sera vaine, si les structures minimales que nécessite la mise en place d'un site PTME ne sont pas réunies. Il est donc impérieux de doter les régions du pays qui ne le sont pas en structures sanitaires adéquates.

Recommandations générales

Lutter contre la pauvreté

La pauvreté et le VIH/SIDA forme un cercle vicieux. Le SIDA ayant un gradient social, plus on est pauvre, plus on est exposé. La lutte contre le SIDA en général et la PTME du VIH/SIDA en particulier devrait intégrer la lutte contre la pauvreté. La lutte contre le SIDA doit être intégrée aux programmes de développement.

Accroître l'éducation de la femme

Il faut absolument accroître le niveau de scolarisation de la jeune fille. Le faible niveau de scolarisation de la jeune fille doit interpeller les gouvernants. La scolarisation de la jeune fille doit faire partie des priorités de l'Etat car c'est la point de départ de l'amélioration de l'état de santé du couple mère-enfant et même de toute la société.

Au niveau international, la lutte contre le VIH/SIDA doit avoir un véritable leader mondial

La gestion du fléau est tellement éparse que les fruits des efforts sont peu perceptibles. Nous pensons qu'il faut un leader à l'image de l'OMS au niveau de la santé dans le monde, qui coordonne toutes les actions. L'exemple de la gestion de l'épidémie du Syndrome Respiratoire Aigu sévère (SRAS) est élogieux car nous avons vu avec quel dynamisme, l'OMS dans le règlement de ce problème de santé publique s'est substitué aux gouvernements pour le circonscrire. A l'opposé le financement de la lutte contre le VIH/SIDA piétine malgré les bonnes intentions de solidarité mondiale et l'existence du programme commun des Nations Unies (ONUSIDA).

CONCLUSION GENERALE

Il existe de grandes disparités socio économiques et culturelles entre le Canada et la Côte d'Ivoire. D'un côté, le Canada, pays développé avec une couverture sanitaire et de l'autre la Côte d'Ivoire où la pauvreté grandissante ne fait que aggraver le problème du VIH/SIDA. Le constat est clair : les pays développés, à travers l'exemple du Canada, sont en train de résoudre le problème de la TME du VIH. Dans certains pays en développement comme la Côte d'Ivoire, il n'existe même pas encore de véritable programme PTME à l'échelle nationale. Pourtant, des interventions de PTME du VIH/SIDA ont fait leur preuve dans la réduction de la TME du VIH.

Au terme de mon stage et à la lumière de ma recherche, je comprends mieux le rôle que jouent la mobilisation communautaire et les gouvernants à travers la définition de stratégies claires et efficaces pour la PTME. L'analyse du cas du Centre Maternel et Infantile sur le Sida de l'hôpital Sainte Justine m'a effectivement permis de montrer qu'une mobilisation communautaire effective associée à une prise en charge clinique correcte, le tout soutenu par une volonté politique clairement affichée, étaient primordiales à la réussite d'un programme de lutte contre le VIH/SIDA en général et de PTME en particulier. Sans la mobilisation de la communauté, l'action des professionnels de santé n'aurait eu tant de succès. Après analyse, je comprends que cette réussite est due à la convergence des actions des gouvernants, des professionnels de la santé et de la communauté. C'est surtout en intégrant la dimension communautaire et sociale dans la prise en charge de ce fléau que le Canada a réussi dans la lutte contre le VIH/SIDA en général et la PTME en particulier. L'exemple de l'hôpital Sainte Justine qui, par le biais du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA, a réussi à annuler le risque de TME du VIH est très éloquent. Ici, les organisations communautaires telles que GAPS-VIES, CRISS et LES ENFANTS DE BETHANIE jouent un rôle complémentaire de la prise en charge clinique. Les interventions de lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, doivent s'appuyer sur la mobilisation communautaire car le SIDA est une maladie avec des

déterminants sociaux sur lesquels il nous faut agir. Il faut impérativement intégrer une approche systémique en tenant compte du particularisme culturel de notre pays, de chaque groupe social. Des pays comme l'Ouganda et le Sénégal doivent leur relative succès dans la lutte contre ce fléau grâce à ces interventions. Le manque de moyens ne justifie pas à lui seul le manque d'initiatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA et la TME.

La Côte d'Ivoire, pays en développement où la pauvreté fait le lit du SIDA et vice versa, a plus intérêt à mettre l'accent sur les actions de prévention, notamment la prévention primaire. La mobilisation communautaire par la sensibilisation des femmes en âge de procréer évite que celles-ci se contaminent et permet de réduire le nombre d'enfants nouvellement infectés. Nous appelons cette mobilisation communautaire de tous nos vœux car elle devrait à terme permettre de lever les obstacles de tabou sur la sexualité, de stigmatisation et de discrimination. Cette action de sensibilisation est moins coûteuse que la prise en charge d'une femme infectée ou d'un orphelin. Une mobilisation communautaire effective et bien organisée associée à une prise en charge clinique efficace soutenues par la volonté politique, doit permettre à la Côte d'Ivoire de réduire le risque de TME, donc de lutter contre ce fléau. Un accent particulier devra donc être mis sur la sensibilisation des femmes en âge de procréer et elle doit être la première action de la volonté politique. Je considère qu'une volonté politique clairement affichée devrait servir de socle à toutes ces actions. Le gouvernement devrait favoriser les actions de sensibilisation et soutenir toute initiative tendant à améliorer la PTME, comme la mise à disposition de la zidovudine. La volonté politique doit encore se manifester par une scolarisation plus importante des jeunes filles. Le développement d'activités génératrices de revenus, point de départ d'une indépendance économique des femmes et de mutuelles de santé, doivent être initiées.

La présente étude pourrait ouvrir la voie à la réflexion suivante : comment lutter contre l'aspect genre par la mobilisation communautaire pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH/SIDA?

BIBLIOGRAPHIE

Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA. Santé Canada, mai 2004.

Anotherlook, 2003. *Mère, bébés et VIH: quels sont les risques de l'allaitement?*

Antiretroviral Therapy in pregnant women, Access and outcome (1995-1997) and the experience of transmission of HIV in treated pregnant women at Ste Justine's clinic, Quebec. Présentation de Lapointe N. Dans les actes d'une réunion scientifique pour l'examen de la transmission verticale du VIH au Canada, juin 1998.

Archibald CP. et al. *Estimating the impact of antenatal HIV testing in Canada: a lesson on the difference between efficacy and effectiveness*. Canadian journal of infection and disease 1999, 10: 43 B (résumé C 304).

Boucher M., Norman L. *HIV screening among pregnant women in the province of Quebec: success and failure*. Canadian journal of infection and disease 2002, 13 (suppl A): 30 A (résumé 223).

Brou H., Desdrees-du-lou, Moati JP., Msallati P. et al. *Prophylactic use of cotrimoxazole against opportunistic infections in HIV-positive patients: knowledge and practices of health care providers in Côte d'Ivoire*. Aids care, 2003 5: 629-637.

Centre maternel infantile sur le SIDA (CMIS), Hôpital Sainte-Justine. Rapport d'activité 2003.

Conner EM., Sperling RS., Gelber R. et al. *Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment*. New England journal of medicine 1994; **331**: 1173-1180.

Coutsoudis A., K. Pillay, E. Spooner, et al. 1999. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban (Afrique du Sud): A prospective cohort study. *The Lancet* 354: 471-475

Coutsoudis A. et al. 2001. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban (Afrique du Sud). *AIDS* 15 (3), 379-87.

Cuisinier R. JC Notes de cours performance des systèmes de santé, 2004. Université Senghor. Op cit

Dabis F., Ekpini ER., *HIV1/AIDS and maternal and child health in Africa.* *Lancet* 2000 **359**: 2097-2104.

Dabis F., Msellati P., Meda N. et al. *6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina: a double-blind placebo-controlled multicentre trial.* *Lancet* 1999, **353**: 786-792.

Dabis F., Msellati P., Meda N. et al., *15-month efficacy of maternal oral zidovudine to decrease vertical transmission of HIV1 in breastfed African children.* *Lancet* 1999, **354**: 2050-2051.

Desclaux A. Prévention de la transmission du VIH par l'allaitement: que peut-on proposer en 2004?

De Cook KM., Fowler MG., Mercier E. et al. *Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice.* *Jama.* 2000, **283**: 1175-1182.

Dube S. et al. *HIV counselling and testeur of couples in Harare : problems and prospects.* Abstract D 3773. 13th International conference on HIV/AIDS, Durban, South Africa. 2000.

Dunn D. et al. *Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding.* Lancet, 1992, **340**: 585-588.

Eaton L., Flisher AJ., Aaro LE. *Unsafe sexual behaviour in South African youth.* Social science and medecine. 2003, **56** : 149-165.

Ekpini RE., Wiktor SZ., Satten GA. et al. *Late postnatal mother-to-child transmission of HIV1 in Abidjan, Côte d'Ivoire.* Lancet 1997, **349**: 1054-1059.

European Mode of delivery collaboration. *Elective caesarean section versus vaginal delivery in preventing vertical HIV1 transmission: a randomised clinical trial.* Lancet, 1999, **353**: 1035-1059.

Fraternité matin -Côte d'Ivoire- 14/10/2003, *Transmission du VIH de la mère à l'enfant : les spécialistes s'accordent sur la politique nationale de prévention.* <http://www.fratmat.co.ci>.

Glynn JR. M., Carael M., Auvert B., Kahindo M. et al. *Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia.* AIDS 2001, **15**: suppl. 4, 51-60.

Guay LA., Musoke P., Fleming T. et al. *Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial.* Lancet 1999, **354**: 795-802.

Hoosen C., *How best to protect infants from HIV and save mothers from AIDS.* New England journal of medicine. 2004, **351**: 289-292.

International Perinatal HIV Group. *Mode of delivery and vertical transmission of HIV1: a meta-analysis from fifteen prospective cohort studies*. New England Journal of medicine, 199, **340**: 977-987.

Le Monde, 2003. *Une meilleure protection pour les enfants de mères séropositives (Projet samba)* <http://www.lemonde.fr>

Leroy V., Newel ML., Dabis F. et al. *International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV1 infection*. Lancet 1998, **352**: 597-600.

Mandelbrot L., Le Chenadec J., Berrebi A. et al. *Perinatal HIV1 transmission, interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French perinatal cohort*. Jama 1998, **280**: 55-60.

Manuel de procédures et techniques pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Octobre 2003.

Marseille E., Kahn JG., Mmiro F. et al. *Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV1 transmission in sub-saharan Africa*. Lancet 1999, **354** : 803-809.

Moodley D., Moodley J., Coovadia H. et al. *A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1*. Jid 2003, **187**: 725-734.

Msellalti P., Gepke H., Dabis F et al. *Operational issues in preventing mother-to-child transmission of HIV1 in Abidjan, Côte d'Ivoire*. Bulletin of world health organization, 2001, **79**: 641-647.

Nduati R et al. *Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV1: a randomized clinical trial.* JAMA, 2000, **282**: 1167-1174.

New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations, WHO technical consultation on behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS inter-Agency task team on mother-to-child transmission of HIV, Geneva, 11-13 October 2000. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document non publié WHO/RHR/01.28).

Newell ML., *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : un défi pour cette décennie, bulletin de l'organisation mondiale de la santé.* (2002), recueil d'article **6** : 68-74.

Organisation mondiale de la santé (O.M.S). *Changer le cours de l'histoire. Rapport mondial sur la santé dans le monde 2004.*

Organisation mondiale de la santé (O.M.S). *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : choix et utilisation de la névirapine.* (2001).

Organisation mondiale de la santé (O.M.S). *Sauver des mères, sauver des familles : l'initiative PTME-PLUS, 2004.*

Organisation mondiale de la santé (O.M.S). *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso, 2004.*

Plan national de Lutte contre le VIH/SIDA 2000-2004 (PNLSL/MST/TUB, juillet 1999)

Plan national de développement sanitaire 1996-2005, tome 1 et 2 (Ministère de la santé publique, 1996)

Politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire (PNPTME), Octobre 2003.

Programme commun des nations unies sur le SIDA (ONUSIDA) et Organisation Mondiale de la santé. *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2004. <http://www.unaids.org>, <http://www.who.org>.

Programme commun des nations unies sur le SIDA (ONUSIDA). *Une riposte commune au VIH/SIDA* 2004. <http://www.unaids.org>.

Programme commun des nations unies sur le SIDA (ONUSIDA). *Une riposte commune au VIH/SIDA* 2003. <http://www.unaids.org>.

Programme commun des ONUSIDA, 1997. *La politique de l'ONUSIDA relative au test et au conseil VIH*.

Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, Québec 1997.

Programme commun des nations unies sur le SIDA (ONUSIDA). *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2004. <http://www.unaids.org>.

Projet Ditrane Plus, ANRS 1201, Abidjan, 2003

Rainhorn JD. Notes de cours sur les inégalités de sociales et de santé, 2004 Université Senghor. Op cit

Remis RS. et al. *Epidemiologic modeling to evaluate prevention of mother-infant HIV transmission in Ontario.* J AIDS, 2003, **34** : 221-230.

Shaffer N., Chuachoowong R., Mock PA. et al. *Short-course zidovudine for perinatal HIV 1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised clinical trial.* Lancet 1999; **353**: 773-780.

UNAIDS/WHO. *AIDS epidemic update* December 2001.

Wiktor BZ., Ekpini E., Karon JM et al. *Short course of oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial.* Lancet 1999; **353**: 781-785.

Annexe 2

**HÔPITAL SAINTE-JUSTINE
PROGRAMME SIDA
PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH**

ÉTAPES D'INTERVENTION	ÉTAPE 1 Salle d'accouchement	ÉTAPE 2 Post partum	ÉTAPE 3 Nouveau-né
	Utiliser l'ordonnance médicale correspondante		
CONSULTATIONS	Dès l'arrivée de la patiente, AVISER : ✓ Infirmière clinique GAMI Joanne MOREAU ☎ 2860, pagette 5618 ✓ CMIS (laissez message) ☎ 6466	AVISER : ✓ Infirmière clinique GAMI Joanne MOREAU ☎ 2860, pagette 5618 ✓ Infirmière clinique immunologie spéciale Manon DIONNE ☎ 5939, pagette 6272	En cas de problèmes; faire signaler le médecin de garde SIDA
LABORATOIRES	PLACENTA Voir réquisition pathologie jointe	Prélèvements sanguins Voir ordonnance correspondante	Prélèvements sanguins Voir ordonnance correspondante
ENSEIGNEMENT		✓ Enseignement standard à la nouvelle mère ✓ Enseignement sur alimentation avec lait artificiel ✓ Enseignement sur la prise de médicaments	
PLANIFICATION	Chambre privée Très important : FAXER sommaire d'accouchement aux 4897, 4794, 4878	1^{er} RV pour la mère : 6 semaines post partum organisé par l'infirmière GAMI (Joanne Moreau) 1^{er} RV pour le bébé : 15 jours de vie organisé par l'infirmière de la clinique d'immuno-spéciale (Manon Dionne)	
SOUTIEN	† accorder une attention constante au respect de la confidentialité † contacter l'équipe du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA pour tout problème particulier (<i>voir liste au verso</i>)		


Annexe 3 : composition des services et équipes pluridisciplinaires

CENTRE MATERNEL ET INFANTILE SUR LE SIDA

SERVICES	Téléphone	Page
CENTRE MATERNEL ET INFANTILE SUR LE SIDA (CMIS)		
Caty Martine, technicienne de laboratoire	6218	
Lapointe Normand, directeur	4836	6297
Samson Johanne, coordonnatrice	4836	6163
Valois Silvie, infirmière de recherche	4836	
ERGOTHÉRAPEUTE		
Thibodeau Lucie	4607	
INFIRMIÈRES		
Moreau Joanne, clinique GAMI	2860	5618
Dionne Manon, clinique immunologie spéciale	5939	6272
MÉDECINS		
Boucher Marc, obstétricien-gynécologue	5830	6090
Lapointe Normand, immunologue		6297
Lemay Mireille, pédiatre maladies infectieuses		5102
NUTRITIONNISTE		
Benabdesselam Linda	3254	6529
PHARMACIENNES		
Ferreira Éma, obstétrique	6738	5657
Morin Caroline, obstétrique	4603	5522
Brochet Marie-Sophie, obstétrique	4603	7876
Goyer Marie France, pédiatrie	4603	5976
PHYSIOTHÉRAPEUTE		
Bastien Christianne	2934	
PSYCHOLOGUE		
Gottlieb Sandra	2572	
SERVICE SOCIAL		
Connolly Patricia, Bélanger Aline	5444	
Morin Guylaine	5446	9071

Annexe 4 : Différentes étapes de la prise en charge de la mère et de l'enfant

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE
 CHU mère-enfant, Université de Montréal

DIAGNOSTIC : _____ PATHOLOGIES CHRONIQUES : _____ ALLERGIES : _____ AUCUNE ALLERGIE CONNUE <input type="checkbox"/> Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ S.C. (m ²) : _____			
DATE	INFIRMÈRE		ORDONNANCES MÉDICALES
HEURE DE PRESCRIPTION	Cochez lorsque fait	FAXER À LA PHARMACIE DATE-HEURE-INIT	Ces prescriptions ne peuvent être exécutées qu'au département de Pharmacie de l'hôpital Sainte-Justine Les ordonnances doivent comprendre la signature du médecin et son numéro de permis
			PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH ÉTAPE 1 : SALLE D'ACCOUCHEMENT
	<input type="checkbox"/>		✓ Débuter la zidovudine (AZT) i.v dès l'admission de la patiente et poursuivre jusqu'au clampage du cordon ombilical ✓ Si césarienne élective , débuter la zidovudine (AZT) i.v. 2 heures avant l'intervention
			Préparation de la solution de zidovudine à 4 mg / ml
	<input type="checkbox"/>		Enlever 40 ml d'un sac de 100 ml de D5% + NaCl 0,45% ou de D5% Ajouter 2 ampoules soit 40 ml (400 mg) de zidovudine (AZT) iv Chaque ampoule contient 10 mg/ml (20ml) NB : Il y a des ampoules dans la pharmacie de la salle d'accouchement
			ADMINISTRATION DE LA ZIDOVDINE IV
	<input type="checkbox"/>		Dose de charge : (à l'admission) 2 mg/kg x dose iv en 60 minutes : 2 mg x _____ kg = _____ mg ÷ 4 mg/ml = _____ ml / heure pour 1 heure
			✓ Installer la perfusion sur pompe, en dérivé du soluté primaire ; ✓ Signes vitaux chaque 15 minutes
	<input type="checkbox"/>		Dose de maintien : jusqu'à l'accouchement : 1 mg/kg 1 mg x _____ kg = _____ mg ÷ 4 mg/ml = _____ ml / heure jusqu'au clampage
			✓ Signes vitaux chaque heure ✓ Renouveler la solution aux 8 heures ✓ À l'expulsion du placenta envoyer en pathologie avec requête ci-jointe : + 1 morceau dans formol + 1 morceau à congeler à -70°C
	<input type="checkbox"/>		PAS d'allaitement maternel pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH
	<input type="checkbox"/>	I M P O R T A N T 	AVANT LE TRANSFERT EN POST PARTUM ✓ DEMANDER une chambre privée (prescription médicale) ✓ REPRESCRIRE ANTIRÉTROVIRAUX pour période d'hospitalisation dans le doute re-prescrire ce que la patiente prenait durant la grossesse VOIR PRESCRIPTION PAGE SUIVANTE ✓ FAXER le sommaire d'accouchement (recto/verso) ☎ 4897 : clinique d'immunologie spéciale ☎ 4794 : CMIS ☎ 4878 : GAMI

ORDONNANCES DU MÉDECIN Programme SIDA

Créé janvier 2002

Révisé : juin 2004 Signature : _____
 # F4221-1

Signature : _____

MD responsable : Dr Marc Boucher

MD Traitant

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE
 CHU mère-enfant, Université de Montréal

DIAGNOSTIC : _____
 PATHOLOGIES CHRONIQUES : _____
 ALLERGIES : _____
 AUCUNE ALLERGIE CONNUE
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ S.C. (m²) : _____

DATE		INFIRMÈRE		ORDONNANCES MÉDICALES	
HEURE DE PRESCRIPTION	Cochez lorsque fait	FAXER À LA PHARMACIE DATE-HEURE-INIT		Ces prescriptions ne peuvent être exécutées qu'au département de Pharmacie de l'hôpital Sainte-Justine Les ordonnances doivent comprendre la signature du médecin et son numéro de permis	
				PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH ÉTAPE 2 : POST PARTUM	
	<input type="checkbox"/>			✓ Chambre privée _____ _____	
				PRÉLÈVEMENTS :	
	<input type="checkbox"/>			Hématologie <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle Immuno-hématologie spéciale (phénotypage) <input type="checkbox"/> CD3 <input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> CD8 <input type="checkbox"/> CD19 <input type="checkbox"/> CD16 <input type="checkbox"/> CD56 CMIS immunologie <input type="checkbox"/> charge virale VIH (10 ml EDTA) voir requête ci-jointe Ce prélèvement doit être fait de jour du lundi au jeudi de 8h00AM à 16h00PM sur RV au laboratoire du CMIS ☎ 6218 (la technicienne du CMIS viendra chercher le prélèvement) (En dehors de ces journées, le prélèvement sera fait lors du rendez-vous en clinique externe d'immunologie spéciale)	
				PLANIFICATION DU DÉPART :	
	<input type="checkbox"/>			✓ s'assurer que les médicaments du bébé ont bien été prescrits; ✓ aviser la pharmacienne responsable du suivi VIH pour qu'elle apporte les médicaments de l'enfant et donne de l'information à la mère; ✓ faire re-prescrire les antirétroviraux pour la mère si nécessaire.	

ORDONNANCES DU MÉDECIN

Programme SIDA
 Créé janvier 2002
 Révisé : mai 2004
 F4221-1

Signature : _____ Signature : _____
 MD responsable : Dr Marc Boucher MD traitant

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE
 CHU mère-enfant, Université de Montréal

DIAGNOSTIC : _____
 PATHOLOGIES CHRONIQUES : _____
 ALLERGIES : _____
 AUCUNE ALLERGIE CONNUE
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ S.C. (m²) : _____

DATE		INFIRMÈRE		ORDONNANCES MÉDICALES
HEURE DE PRESCRIPTION	Cochez lorsque fait	FAXER À LA PHARMACIE	DATE-HEURE-INIT	Ces prescriptions ne peuvent être exécutées qu'au département de Pharmacie de l'hôpital Sainte-Justine Les ordonnances doivent comprendre la signature du médecin et son numéro de permis
				PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH ÉTAPE 3 : NOUVEAU-NÉ (suite)
	<input type="checkbox"/>			✓ Prendre les signes vitaux avant l'administration de la première dose d'agents antirétroviraux, puis aux 4 heures pour les premiers 24 heures, puis 1 fois par jour. ✓ Noter le poids du bébé chaque jour Les médicaments doivent être administrés au moment des biberons (Faire l'enseignement à la mère et la faire pratiquer)
				PRÉLÈVEMENTS :
				✓ AVANT DE DÉBUTER LA MÉDICATION ANTIRÉTROVIRALE
	<input type="checkbox"/>	Bilan pré-médication		Hématologie <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle Chimie générale <input type="checkbox"/> BUN3 Azote uréique <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> CREA Créatinine <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine totale ✦ Si le nouveau-né est hospitalisé pour plus d'une semaine, répéter ce bilan chaque semaine
				✓ AVANT LE DÉPART
	<input type="checkbox"/>	Bilan de toxicité		Hématologie <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle Chimie générale <input type="checkbox"/> BUN3 Azote uréique <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> CREA Créatinine <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine totale CMIS immunologie <input type="checkbox"/> 2,0 ml EDTA <input type="checkbox"/> 2,0 ml tube sec Ces prélèvements doivent être faits de jour du lundi au jeudi de 8h00AM à 16h00PM sur RV au laboratoire du CMIS ☎ 6218 (la technicienne du CMIS viendra porter les requêtes et les tubes puis chercher le prélèvement).
				PLANIFICATION DU DÉPART :
	<input type="checkbox"/>			✓ s'assurer que les médicaments du bébé sont prescrits pour une période de 6 semaines. L'AZT et le 3TC devront être achetés en pharmacie. Le NFV est fourni par l'hôpital. ✓ RV pris en clinique externe _____ Immunologie spéciale _____

ORDONNANCES DU MÉDECIN

Programme SIDA
 Créé janvier 2002
 Révisé mai 2004

Signature : _____ Signature : _____
 MD responsable : Dr Normand Lapointe MD Traitant

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE
 CHU mère-enfant, Université de Montréal

DIAGNOSTIC : _____
 PATHOLOGIES CHRONIQUES : _____
 ALLERGIES : _____
 AUCUNE ALLERGIE CONNUE
 Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ S.C. (m²) : _____

DATE		INFIRMÈRE		ORDONNANCES MÉDICALES							
HEURE DE PRESCRIPTION		Cochez lorsque fait	FAXER À LA PHARMACIE DATE-HEURE-INIT	Ces prescriptions ne peuvent être exécutées qu'au département de Pharmacie de l'hôpital Sainte-Justine Les ordonnances doivent comprendre la signature du médecin et son numéro de permis							
				PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH ÉTAPE 3 : NOUVEAU-NÉ							
		<input type="checkbox"/>		✓ Donner une formule de lait artificiel pour tous les nourrissons nés de mères infectées par le VIH							
		<input type="checkbox"/>		✓ Donner les premières doses d'agents antirétroviraux au nouveau-né entre 8 et 12 heures après la naissance Si le bébé doit rester NPO, aviser immédiatement le MD de garde SIDA							
				PRESCRIPTION : agents antirétroviraux							
		<input type="checkbox"/>		les agents prescrits à l'enfant sont fonction de ce que la mère prenait durant la grossesse. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>MÈRE</th> <th>NOUVEAU-NÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Double Tx</td> <td>AZT-3TC</td> </tr> <tr> <td>Triple ou quadruple</td> <td>AZT-3TC-NFV</td> </tr> </tbody> </table>		MÈRE	NOUVEAU-NÉ	Double Tx	AZT-3TC	Triple ou quadruple	AZT-3TC-NFV
MÈRE	NOUVEAU-NÉ										
Double Tx	AZT-3TC										
Triple ou quadruple	AZT-3TC-NFV										
				POSOLOGIE : <input type="checkbox"/> zidovudine (AZT, Rétrovir) : 2 mg / Kg / dose _____(poids) x 2 mg/kg = _____mg p.o. chaque 6 heures <input type="checkbox"/> lamivudine (3TC, Épivir) : 2 mg / Kg / dose _____(poids) x 2 mg/kg = _____mg p.o. chaque 12 heures <input type="checkbox"/> nelfinavir (NFV, Viracept) : 40 mg / Kg / dose _____(poids) x 40 mg/kg = _____mg p.o. chaque 12 heures (Arrondir à la dizaine près) L'AZT et le 3TC sont servis en sirop, à une concentration de 10 mg / ml . Le NFV est disponible en poudre. Il se dissout mal. Le diluer dans un peu de lait ou d'eau, l'administrer lentement (peut prendre jusqu'à 15 minutes). Si impossible pour le nouveau-né de prendre cette préparation, mélanger la poudre avec un peu de purée de fruits (pêche ou poire)							
				VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B :							
				STATUT de la mère	VACCINATION du nouveau-né						
		<input type="checkbox"/>		HBsAg	<input type="checkbox"/> Globuline hyperimmune HBIG (0,5 ml) <i>i.m.</i> Délai : moins de 12 heures après la naissance <input type="checkbox"/> RECOMBIVAX sans thimérosal (10 mcg / ml) Dose : 0,5 ml / <i>i.m.</i>						
					<input type="checkbox"/> RECOMBIVAX sans thimérosal (10 mcg / ml). Dose : 0,5 ml / <i>i.m.</i>						

ORDONNANCES DU MÉDECIN

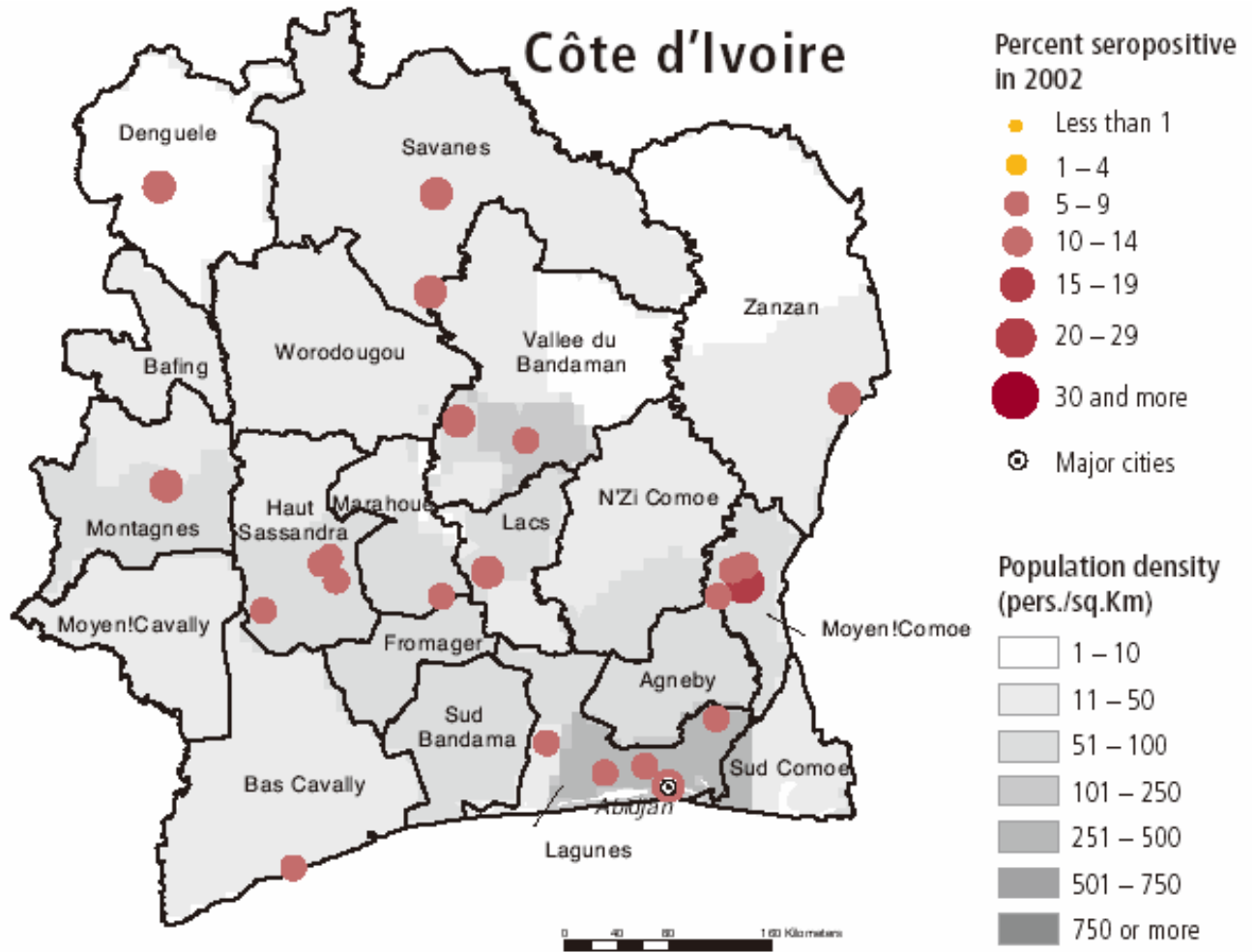
Programme SIDA
 Créé janvier 2002
 Révisé mai 2004
 # F4221-1

Signature : _____ Signature : _____
 MD responsable : Dr Normand Lapointe MD traitant

Annexe 5 : Situation géographique de la Côte d'Ivoire



Annexe 6 : Prévalence du VIH/SIDA par région en Côte d'Ivoire



Annexe 7 : Les principaux modules

Module 1 : GENERALITES SUR LE VIH/SIDA

- Description de la pandémie du VIH/SIDA
- Histoire naturelle et aspects cliniques
- Systèmes de classification du VIH/SIDA

Module 2 : GENERALITES SUR LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA

- Transmission mère-enfant du VIH
- Approche complète de la transmission mère-enfant du VIH
- Rôle des services de santé maternelle et infantile dans les programmes de prévention du VIH chez les nouveaux-nés, les nourrissons et les enfants

Module 3 : INTERVENTIONS SPECIFIQUES POUR PREVENIR LA LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA

- Prise en charge prénatale des femmes infectées et des femmes dont le statut sérologique est inconnu;
- Prophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission mère-enfant;
- Procédures obstétricales chez les femmes séropositives au VIH et les femmes dont le statut sérologique est inconnu;
- Soins du post-partum immédiat des femmes infectées et des femmes dont le statut sérologique est inconnu;
- Soins néonataux immédiats chez les enfants exposés au VIH et les enfants dont le statut sérologique maternel est inconnu.

Module 4 : ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE ET DU NOURRISSON DANS LE CONTEXTE DE LA PTME

- Recommandations globales pour l'alimentation des nouveaux-nés et des nourrissons;
- Les options d'alimentation dans le contexte de la PTME;

- Counselling et soutien pour l'alimentation du nouveau-né dans le contexte de la PTME.

Module 5 : STIGMATISATION ET DISCRIMINATION LIEES A

LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA

- Introduction aux concepts de stigmatisation et de discrimination liées aux droits humains internationaux et nationaux;
- Clarification des valeurs et aptitudes personnelles;
- Stratégies de lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sein des services de santé et des communautés.

Module 6 : CONSELLING, DEPISTAGE ET SUIVI BIOLOGIQUE DU VIH/SIDA POUR

LA PTME

- Counselling des femmes enceintes dans le cadre de la PTME;
- Dépistage du VIH/SIDA chez les femmes enceintes et de leurs enfants dans le cadre de la PTME.

Module 7 : PRISE EN CHARGE CLINIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

DES MERES SEROPOSITIVES ET LEURS FAMILLES

- Relations entre les services de soins et de soutien psychosocial en faveur des mères séropositives, leurs enfants et leurs familles;
- Soins de santé et soutien psychologique chez la mère séropositive;
- Soins de santé et soutien aux nouveaux-nés et aux enfants nés de mères séropositives au VIH.

Module 8 : HYGIENE, SECURITE ET SOINS DE SOUTIEN DANS L'ENVIRONNEMENT

DE TRAVAIL

- Précautions universelles et création d'un environnement de travail sécurisé;
- Manipulation et décontamination des équipements et matériels;
- Gestion des déchets;
- Gestion de l'exposition au sang et aux produits biologiques;
- Soutien aux prestataires de soins

Module 9 : GESTION DES ACTIVITES DE LA PTME DU VIH

- Introduction au cycle du volet PTME;

- Composantes-clés du volet PTME;
- Monitoring du volet PTME au niveau de la formation.

Annexe 8: Le budget du projet

DETAILS BUDGET DU PROJET

Activités	Durée	Unité	Coût unitaire (F CFA)	Coût total (F CFA)
EQUIPEMENT				
1. Aquisition de locaux				
- Location de bureaux (caution)	1	5	150 000	750 000
- Abonnement électricité	1	1	180 000	180 000
- Abonnement eau	1	1	80 000	80 000
Sous total 1 : acquisition locaux				1 010 000
2. Télécommunication et Internet				
- Abonnement téléphonique	1	2	30 000	60 000
- Abonnement annuel Internet	5	1	432 000	2 160 000
- Maintenance téléphone et Internet	5	1	500 000	2 500 000
Sous total 2 : Télécom et Internet				4 720 000
3. Fourniture et matériel de bureau				
- Bureaux	1	4	350 000	1 400 000
- Fauteuils de bureau	1	4	150 000	600 000
- Fauteuil visiteurs	1	12	85 000	1 020 000
- Chaises	1	20	15 500	310 000
- Tables	1	4	60 000	240 000
- Meubles de rangement	1	5	220 000	1 100 000
- Fourniture de bureau				
. Blocs notes	5	40	1 500	300 000
. Crayons HB	5	50	150	37 500
. Stylos bleus	5	50	100	25 000
. Stylos noirs	5	50	100	25 000
. Stylos rouges	5	50	100	25 000
. Gommés	5	40	500	100 000
. Taille-crayon	5	20	350	35 000
. Chemises à rabat	5	50	1 300	325 000
. Agrafeuse	5	3	8 795	131 925
. Agrafes (boîte de 100)	5	40	295	59 000
. Carton d'archives	5	15	615	46 125
. Papier rames	5	50	4 605	1 151 250
. Tableau Padex	1	1	25 000	25 000
. Paier pour tableau Padex	5	5	5 000	125 000

. Markers noirs pour Padex	5	5	480	12 000
. Markers rouge pour Padex	5	5	480	12 000
. Markers bleu pour Padex	5	5	480	12 000
. Transparents A4 100x100	5	6	24 500	735 000
. Markers noirs pour transparents	5	5	690	17 250
. Markers rouges pour transparents	5	5	690	17 250
. Chemises cartonnées	5	200	195	195 000
. Papier toilé noir pour reliure (paquet de 100)	5	3	32 500	487 500
. Papier toilé blanc pour reliure (paquet de 100)	5	3	32 500	487 500
. Papier toilé bleu pour reliure (paquet de 100)	5	3	32 500	487 500
. Anneau de reliure 8 mm (boîte de 100)	5	3	35	525
. Anneau de reliure 12 mm (boîte de 100)	5	3	50	750
. Anneau de reliure 14 mm (boîte de 100)	5	3	65	975
. Sous chemises	5	1000	25	125 000
. Chemises à sangle cartons	5	50	1 500	375 000
. Chemises à sangle plastiques	5	50	1 600	400 000
. Registres courrier arrivée et départ	5	4	2 165	43 300
. Trombones (boîte de 100)	5	15	1 670	125 250
. Chrono avec perforieuse	5	15	2 830	212 250
. Chrono sans perforieuse	5	10	2 100	105 000
. Enveloppe kaki grand format (paquet de 25)	5	30	2 500	375 000
. Enveloppe kaki format moyen (paquet de 25)	5	30	1 750	262 500
. Attaches géantes (boîte de 50)	5	10	7 500	375 000
- Réfrigérateur	1	1	250 000	250 000
- Climatiseur	1	3	235 000	705 000
- Maintenance matériel froid	5	1	200 000	1 000 000
Sous total 3 : fourniture et mat. de bureau				13 916 600

4. Matériel et fourniture informatique				
- Orinateur de bureau	1	2	1 156 400	2 312 800
- Imprimantes Laser	1	1	1 663 800	1 663 800
- Ordinateur portable	1	1	1 711 000	1 711 000
- Vidéo projecteur	1	1	3 540 000	3 540 000
- Ecran de vidéo projecteur	1	1	90 000	90 000
- Fax	1	1	224 200	224 200
- Photocopieur CANON 6220	1	1	5 215 600	5 215 600
- Onduleur Ellipse 1200	1	2	214 000	428 000
- Scanner HP 5550C	1	1	436 600	436 600
- Appareil photo numérique	1	1	1 003 000	1 003 000
- Boîte de 10 disquettes	5	10	5 000	250 000
- Boîtes de 10 CD R	5	5	10 000	250 000
- Cartouche d'imprimante	5	5	80 000	2 000 000
- Pen drive 256 Mo	1	4	55 000	220 000
- Maintenance informatique	5	1	1 500 000	7 500 000
Sous total 4 : Matériel et fourniture inform.				26 845 000
5. Matériel roulant				
- Véhicule de liaison	1	1	15 000 000	15 000 000
- Entretien véhicule	5	5	500 000	2 500 000
Sous total 5 : Matériel roulant				17.500.000
6. Equipement Laboratoire	1	10	2.500.000	25.000.000
7. Equipement Médical	1	10	1.200.000	12.000.000
Sous total 6 : Equipement labo et médical				37.000.000
TOTAL EQUIPEMENT				100.991.600

FORMATION				
FORMATION DES 5 FORMATEURS				
1. Manuel de formation				
- Révision des modules existants	1	1	100 000	100 000
- Confection des guides de formation	1	10	10 000	100 000
Sous total 7 : Manuel de formation				200 000
2. Fourniture de bureau pour la formation				
- Bloc note	3	6	1 500	27 000
- Stylo à bille	3	6	100	1 800
- Crayon	3	6	150	2 700
- Gomme	3	6	350	6 300
- Chemise plastique à rabat	3	6	1 300	23 400
Sous total 8 : Fourniture de bureau pour form.				61 200
3. Perdiem et transport				
- Perdiem formateurs (1 formateur)	3*11	1	25 000	825 000
- Transport participants	3*11	5	10 000	1 650 000
4. Restauration				
- Pause café	3*9	6	1 200	194 400
- Déjeuner	3*9	6	3 500	567 000
Sous total 9 : Perdiem, transport, resto				3 236 400
FORMATION DES PRESTATAIRES DE SOINS				
1. Manuel de formation				
- Révision des modules existants	1	1	100 000	100 000
- Confection des guides de formation	1	55	10 000	550 000
Sous total 10 : Manuel de formation				650 000
2. Fourniture de bureau pour la formation				
- Bloc note	3	55	1 500	247 500
- Stylo à bille	3	55	100	16 500
- Crayon	3	55	150	24 750
- Gomme	3	55	350	57 750
- Chemise plastique à rabat	3	55	1 300	214 500

Sous total 11 : Sous fourniture pour format.				561 000
3. Location salle	3	9	35 000	945 000
Sous total 12 : Location salle				945 000
4. Perdiem et transport				
- Perdiem formateurs	3*11	5	25 000	4 125 000
- Transport participants	3*11	50	10 000	16 500 000
5. Restauration				
- Pause café	3*9	55	1 200	1 782 000
- Déjeuner	3*9	55	3 500	5 197 500
Sous total 13 : Perdiem, transport, resto				27 604 500
TOTAL FORMATION				33 258 100

FOCTIONNEMENT				
1. Locaux				
- Loyer bureaux	5	12	150 000	9 000 000
- Facture bimensuelle d'électricité	5	6	120 000	3 600 000
- Facture trimestrielle d'eau	5	4	60 000	1 200 000
- Facture mensuelle de téléphone	5	12	100 000	6 000 000
- Frais mensuel gardiennage	5	12	120 000	7 200 000
Sous total 14 : Fonctionnement locaux				27 000 000
2. Carburant	5	1	1 000 000	5 000 000
Sous total 15 : Carburant				5 000 000
3. Indemnités du personnel				
- Indemnités mensuelles coordonnateur projet (01)	5	1*12	500 000	30 000 000
- Indemnités mensuelles médecins (03)	5	3*12	300 000	54 000 000
- Indemnités sage-femme (02)	5	2*12	200 000	24 000 000
- Indemnités technicien de laboratoire (02)	5	2*12	200 000	24 000 000
- Indemnités secrétaire de Direction (01)	5	1*12	200 000	12 000 000
- Indemnités chauffeur (01)	5	1*12	150 000	9 000 000
- Indemnité planton (01)	5	1*12	100 000	6 000 000
Sous total 16 : Indemnités personnel				159 000 000
4. Prise en charge des malades				
- Subventions aux ARV	5	1	5.600.000	5.600.000
- Activités de sensibilisation	5	1	8.700.000	8.700.000
- Achat de zidovudine (AZT)	5	1	6.000.000	6.000.000
Sous total 17 : Prise en charge des malades				20.300.000
TOTAL FONCTIONNEMENT				211.300.000
TOTAL BUDGET (FCFA)				345.549.700
TOTAL BUDGET (EURO)				527.556

N.B : Concernant la durée d'une activité, il faut savoir que
1 signifie que l'activité est réalisée une seule fois pendant les cinq ans
2 deux fois
3 trois fois
4 quatre fois
5 cinq fois