



**Université Senghor**  
Université internationale de langue française  
au service du développement africain  
Opérateur direct de la Francophonie

**Année : 2007**

**Promotion : 2005-2007**

## **Mémoire**

Pour l'obtention du

### **Master en développement**

# **DE L'UNIVERSITE SENGHOR**

Spécialité : Santé Internationale

*Par*

*Docteur Sanou Zézouma Philippe*  
*Médecin généraliste*

LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-  
ENFANT DU VIH :  
QUELLES NOUVELLES STRATÉGIES POURRAIT-ON APPLIQUER POUR LE  
CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE DE PISSY ?

*Lieu de stage* : Centre Infantile et Maternel sur le SIDA / CHU Sainte-Justine de Montréal

*Directeur de stage* : **Professeur** Norman Lapointe, CMIS de Montréal

Soutenance le 25 / 03 / 2007

Jury:

Président: **Docteur Christian Mesenge**, Université Senghor Alexandrie

Membres: **Michel Lebras**, Université Senghor d'Alexandrie/UNFM  
**Anne-Marie Moulin**, Université Senghor d'Alexandrie/CEDEJ



## **Je dédie ce travail . . .**

### **A mon père et à ma mère**

L'arbre que vous avez planté a donné une fois de plus des fruits : ce travail en est un. Je vous remercie pour l'éducation, l'encadrement et les soutiens de toutes formes dont j'ai pu bénéficier de votre part.

Longévité.

### **A mes frères, Stéphane, William et ma belle sœur Valérie**

Que ce travail nous donne une joie partagée.

Restons unis dans la joie, la solidarité et la santé.

### **A mes tantes, oncles et mon neveu**

La famille est sacrée, unis nous irons toujours de l'avant. Bonne arrivée dans la famille ALAN.

Longévité et santé à tous.

### **A Josiane Sama ma fiancée**

Toi qui m'as toujours soutenu, restons unis.

### **Aux familles Ouedraogo Iliacé, Traoré Souleymane et Sebrené Moussa résidant à Montréal**

Vous m'avez mis dans les conditions optimales pour la réalisation de ce travail qui est aussi le votre.

## REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit de nombreux conseils et soutiens multiformes, je voudrais exprimer ma profonde gratitude à leurs auteurs. Mes remerciements s'adressent particulièrement à :

L'**Organisation Internationale de la Francophonie** qui en m'octroyant une allocation d'étude me permet d'être un cadre au service du développement de l'Afrique particulièrement de mon pays.

Professeur **Fernand TEXIER**, recteur de l'université Senghor.

Docteur **Christian MESENGE**, directeur du département Santé, pour son accueil, son encadrement et ses conseils.

Professeur **Norman LAPOINTE**, directeur du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA de l'hôpital Sainte Justine de Montréal, pour m'avoir accepté dans le centre et m'avoir aidé à réaliser ce travail. Puisse la collaboration se poursuivre.

Tout le personnel du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA de l'hôpital Sainte Justine de Montréal en particulier le **Docteur Marc BOUCHER**, **Mme Johanne SANSON**, **Sylvie VALOI** pour leur collaboration à la réalisation de ce travail.

Professeur **Michel LEBRAS** pour avoir trouvé le thème et le lieu de stage permettant ainsi de réaliser ce travail.

Professeur **Joël LADNER**, qui a accepté relire ce travail malgré vos occupations.

Tout le **corps professoral** du département santé, pour la qualité et la facilité avec lesquelles les cours ont été donnés ce qui m'a permis de concevoir ce travail.

Madame **Alice MOUNIR**, secrétaire du département Santé pour sa gentillesse et son soutien quotidien.

**SE Sophie Sow** et le personnel de l'ambassade du Burkina Faso au Caire.

Tout le personnel de l'université Senghor, pour leur soutien.

Mes collègues étudiants de la dixième promotion 2005-2007.

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition de la population du district sanitaire de Pissy (Décembre 2005) .....	5
<b>Tableau II</b> : Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005 en Afrique subsaharienne.....	14
<b>Tableau III</b> : Indicateurs sur le VIH/SIDA au Burkina Faso.....	18
<b>Tableau IV</b> : Approches de dépistages prénatal en fonction de la province ou du territoire du Canada.....	25
<b>Tableau V</b> : Synthèse des résultats de la PTME de janvier à octobre 2005 .....	29
<b>Tableau VI</b> : Soins aux femmes enceintes au CMIS du début de ses activités a nos jours .....	35
<b>Tableau VII</b> : Présentation de la fiche technique du projet.....	48
<b>Tableau VIII</b> : Objectif spécifique 1.....	58
<b>Tableau IX</b> : Objectif spécifique 2.....	59
<b>Tableau X</b> : Objectif spécifique 3.....	60
<b>Tableau XI</b> : Objectifs spécifiques 4 et 5.....	61
<b>Tableau XII</b> : Détails du budget prévisionnel du projet.....	64 à 66

# LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1 :</b> Répartition dans le monde des personnes infectées par le VIH/SIDA en 2005.....	10
<b>Figure 2 :</b> Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 2001-2005.....	11
<b>Figure 3 :</b> Répartition des tests VIH positifs en fonction des différentes provinces du Canada.....	13
<b>Figure 4 :</b> Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui identifient correctement les principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH/SIDA.....	15
<b>Figure 5 :</b> Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique Subsaharienne 1997/98-2004.....	16
<b>Figure 6 :</b> État actuel de la couverture géographique du programme PTME/VIH.....	28
<b>Figure 7 :</b> Schéma montrant l'interdisciplinarité au CMIS.....	32

# ABBREVIATIONS

**ACTG** : AIDS Clinical Trails Group

**ADP** : Assemblée Démocratique et Populaire

**ARV** : Antiretroviral

**AZT** : Zidovudine

**CAMEG** : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques

**CCC** : Communication pour un Changement de Comportement

**CDV** : Conseil Dépistage Volontaire

**CDVA** : Conseil Dépistage Volontaire et Anonyme

**CD4** : Cluster of Differentiation 4

**CFA** : Communauté Financière d'Afrique

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHUN-YO** : Centre Hospitalier Universitaire National Yalgado Ouédraogo

**CMA** : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

**CMIS** : Centre Maternel et Infantile sur le Sida

**CPN** : Consultation Périnatale

**CSLS** : Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale

**DITRAMME** : Diminution de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique

**D4T** : Stavudine (Zérit®)

**ECD** : Équipe Cadre de District

**IST** : Infection Sexuellement transmissible

**MSF** : Médecins Sans Frontières

**NVF** : Nelfinavire (Viracept®)

**NVP** : Nevirapine (Viramune®)

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONUSIDA** : Programme commun des nations unies pour le SIDA

**ORL** : Oto Rhino Laryngologie

**PAM** : Programme Alimentaire Mondial  
**PCIMAA** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte  
**PCR** : Polymerase Chain Reaction  
**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire  
**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement  
**PTME** : Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA  
**PVVIH** : Personne Vivant avec le Virus d'immunodéficience humaine  
**SESSIO** : Santé et Études Supérieures en Soins Infirmiers et Obstétricaux  
**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise  
**SMI** : Santé Maternelle et Infantile  
**SP/CNLS-IST** : Secrétariat Permanent Conseil National de Lutte contre le Syndrome d'Immunodéficience Acquise et les Infections Sexuellement transmissibles  
**TAP** : Projet d'Accélération du Traitement  
**TME** : Transmission mère enfant  
**UHRESS** : Unité Hospitalière de Recherche d'Enseignement et de Soins du SIDA  
**UNICEF** : Organisation des nations unies pour l'enfance  
**VIH** : Virus d'immunodéficience humaine  
**3TC** : Lamivudin



# RESUME

Vingt six ans après la découverte du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'épidémie poursuit sa progression à travers le monde entier surtout en Afrique Subsaharienne et plus particulièrement au Burkina Faso. Le Canada à travers une politique sanitaire élaborée dès les premières heures de la maladie fait partie des pays à faible taux de prévalence du VIH/SIDA.

Au Burkina Faso, le Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) de Pissy est l'une des structures qui en partenariat avec le projet SIDA de Médecins Sans Frontières (MSF) prend en charge un grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dont la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH (PTME). Les activités de la PTME ont débuté en 2003 avec un nombre sans cesse croissant de patientes mais aussi de difficultés à type d'établissement du taux réel de la Transmission mère-enfant (TME) du VIH, du fait du nombre élevé de perdus de vue et de la mortalité infantile.

Notre stage au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA (CMIS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal nous a permis de comprendre comment les tâches sont réparties et le travail organisé pour avoir un taux presque nul de TME du VIH (un cas en cinq ans). Le CMIS du CHU Sainte-Justine de Montréal est l'une des cinq Unités Hospitalière de Recherche d'Enseignement et de Soins sur le SIDA (URHESS) du Québec qui met la famille au centre de son action.

A l'issue de son stage au CMIS du CHU Sainte-Justine de Montréal l'auteur propose un transfert de connaissance adapté au contexte burkinabé que j'ai réalisé sous forme de projet. Ce projet vise à renforcer le volet PTME au CMA de Pissy. Il a été estimé à 210 622 500 Francs CFA et a pour objectif général de « Faire évoluer le modèle de prise en charge vers un modèle plus performant en réduisant de moitié le nombre d'enfants nés infectés du VIH et dû à la TME du VIH dans le district sanitaire de Pissy de 2008 à 2012 ». Il a été conçu pour cinq années et concernera aussi bien le personnel de santé que les patientes et leur famille.

**Mots clés :** VIH/SIDA, PTME, TME, femmes enceintes, CMIS, CMA de Pissy, MSF.

# SUMMARY

Twenty six years after the discovery of the Human Immunodeficiency Virus (HIV), the epidemic especially continues its progression throughout the whole world in Sub-Saharan Africa and more particularly in Burkina Faso. Canada through an elaborate medical policy as of the first hours of the disease forms part of the countries at weak rate of prevalence of the HIV.

In Burkina Faso, the Medical center with Surgical Antenna (MCA) of Pissy is one of the structures which in partnership with the AIDS project of "Médecins sans frontières" (MSF) deals with great number of people living with the HIV of which Prevention of the Mother-child Transmission of HIV (MCT). The activities of the MCT began in 2003 with a number unceasingly crescent of patients but also of difficulties to type of establishment of the real rates of the MCT of the HIV, the high number of lost of sight and infant mortality.

Our training course in the Maternal and Infantile Center on AIDS of the University Hospital complex "Sainte-Justine" of Montreal enabled us to include/understand how the tasks are distributed and work organized to have a rate almost no one of MCT of the HIV (one case in five years). The Maternal and Infantile Center on AIDS of the University Hospital complex Hospital "Sainte-Justine" of Montreal is one of the five Units of Search of Teaching and Care on AIDS of Quebec which puts the family at the center of its action. With the resulting one from his training course to the Maternal and Infantile Center on AIDS of the University Hospital complex Hospital "Sainte-Justine" of Montreal the author proposes a transfer of knowledge adapted to the burkinabé context which I carried out in the form of project. This project aims at reinforcing shutter MCT with the CMA of Pissy. It was estimated at 210 622 500 Francs CFA and has as a general objective "To make evolve the model of assumption of responsibility to a model more powerful by reducing half the number of children born infected of the HIV and which had with the TME of the HIV in the medical district of Pissy of 2008 to 2012". It was conceived for five years and will concern the personnel of health as well as the patients and their family.

**Key words:** HIV, MCT, pregnancy, CMA of Pissy, MSF.

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>ix</b>
<b>CHAPITRE I-INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
I-1- INTRODUCTION.....	2
I-2- HYPOTHESES DE TRAVAIL.....	4
I-3-OBJECTIFS.....	4
I-3-1-OBJECTIF GENERAL .....	4
I-3-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	4
I-4-METHODE.....	5
I-4-1-CADRE DE L'ÉTUDE.....	5
I-4-2-TYPE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE.....	7
I-4-3-POPULATION D'ÉTUDE.....	7
I-4-4-COLLECTE DES DONNÉES.....	8
I-4-5-LIMITES DE NOTRE TRAVAIL .....	8
<b>CHAPITRE II – ETAT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>9</b>
II-1- LE VIH/SIDA.....	10
II-1-1-EPIDEMIE DE SIDA DANS LE MONDE.....	10
II-1-2-EPIDEMIE DU VIH/SIDA EN AMERIQUE DU NORD ET AU CANADA .....	12
II-1-3-EPIDEMIE DE SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET AU BURKINA FASO.....	14
II-2- LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA (PTME).....	23
II-2-1-PROGRAMMES PTME DANS LE MONDE.....	23
II-2-2- PTME AU CANADA.....	25
II-2-3- PTME AU BURKINA FASO.....	27
<b>CHAPITRE III-STRATEGIES DE PTME.....</b>	<b>31</b>
III-1-PRESENTATION DU CENTRE MATERNEL ET INFANTILE SUR LE SIDA (CMIS) .....	32
III-1-1-HISTORIQUE.....	32
III-1-2-CONCEPTION DE L'UHRESS HOPITAL SAINTE-JUSTINE.....	32
III-1-3-STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE MATERNEL INFANTILE SUR LE SIDA (CMIS) .....	33
III-1-4-RÉSULTATS.....	35
III-1-5-CRITIQUES.....	36
III-2- PRESENTATION DU PROJET SIDA DE MEDECINS SANS FRONTIERES .....	37
III-2-1-HISTORIQUE.....	37

III-2-2-RESSOURCES HUMAINES.....	38
III-2-3- INFRACTRUSTURES.....	38
III-2-4-LE CIRCUIT DE LA PTME.....	39
III-2-5-RESULTATS 2003-2004 DE LA PTME.....	40
III-2-6-SUIVI DES ACTIVITES DE LA PTME.....	42
III-2-7-LA RECHERCHE.....	42
III-2-8-AUTRES ACTIVITÉS.....	42
III-2-9-LES LIMITES DU MODÈLE DU CMA DE PISSY.....	43
III-3- EN QUOI L'EXPERIENCE DU CMIS PEUT ETRE UTILE AU CMA DE PISSY?.....	44
<b>CHAPITRE IV : PROJET DE RENFORCEMENT DE LA PTME AU CMA DE PISSY.....</b>	<b>48</b>
IV-1-FICHE TECHNIQUE DU PROJET.....	49
IV-2-PRESENTATION DU CMA DE PISSY.....	50
IV-3-JUSTIFICATION DU PROJET.....	50
IV-3-1-PROBLEMATIQUE DE LA PTME (synthèse).....	50
IV-3-2-BENEFICIAIRES.....	51
IV-3-3-AXES D'INTERVENTION.....	52
IV-4-OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS .....	52
IV-4-1-OBJECTIF GENERAL.....	52
IV-4-2-OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	52
IV-4-3-RESULTATS ATTENDUS.....	52
IV-5-STRATÉGIE D'INTERVENTION .....	53
IV-5-1-RESSOURCES HUMAINES.....	53
IV-5-2-FORMATION.....	53
IV-5-3-LE COMMUNAUTAIRE.....	54
IV-5-4-LA RECHERCHE.....	54
IV-5-5-INFRASTRUCTURES.....	54
IV-5-6-PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE INFECTÉE ET DE SON NOUVEAU-NÉ.....	55
IV-6-DESCRIPTION DES COMPOSANTES DU PROJET.....	59
IV-7- MONITORAGE, SUPERVISION ET ÉVALUATION DU PROJET.....	63
IV-7-1-MONITORAGE.....	63
IV-7-2-SUPERVISION.....	63
IV-7-3-EVALUATION.....	63
IV-8-BUDGET PREVISIONNEL ET FINANCEMENT DU PROJET.....	63
IV-9-OBSTACLES PROBABLES ET PERSPECTIVES DU PROJET.....	67
<b>CHAPITRE V : CONCLUSION.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIES.....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>75</b>

# **CHAPITRE I-INTRODUCTION**

## **I-1- INTRODUCTION**

Le rapport sur l'état de la santé dans le monde en 2005, intitulé « donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », nous interpelle car il s'agit là des couches les plus vulnérables (OMS, 2005). En témoigne la création par l'OMS d'un nouveau partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (OMS et CDC, 2006).

Si nous partageons l'assertion selon laquelle : « les enfants sont l'avenir de la société et leurs mères en sont les garantes », il nous revient alors lors de pathologies chroniques telles que le virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (VIH/SIDA) de réduire au maximum voire annuler la transmission mère-enfant du VIH (OMS, 2005).

Les maladies chroniques constituent de nos jours la première cause de décès (60%) dans le monde et représentent un tiers de la charge mondiale de morbidité. Dans les pays développés, elles sont constituées principalement par les maladies du cœur, le diabète sucré et l'hypertension artérielle; tandis que dans les pays en voie de développement, les maladies infectieuses restent les causes de maladie les plus importantes (OMS, 2003).

Wagner a publié un cadre de référence pour la prise en charge des maladies chroniques qui a été adopté et traduit en stratégie par plusieurs pays, parmi lesquels le Canada et le Burkina Faso (annexe 8).

La plupart des pays du monde sont touchés par l'épidémie de SIDA, une maladie infectieuse, qui grâce à la disponibilité des médicaments antirétroviraux (ARV) peuvent passer au statut de maladie chronique (Van E , 2005).

Le programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) estime que chaque année, 200 millions de femmes sont enceintes et approximativement 25 millions de ces femmes sont infectées par le HIV (ONUSIDA, 2002).

Chaque jour, on estime que près de 1800 nouveaux cas d'infection à VIH sont enregistrés chez les enfants de moins de 15 ans, dont l'origine est principalement la transmission de la mère à enfant. Dans le même temps, 1400 enfants de moins de 15 ans succombent à des maladies liées au SIDA (UNICEF, 2005).

Déjà dans son quatrième rapport en 2004, le Programme Commun des Nation Unies sur le SIDA (ONUSIDA) attirait l'attention de la communauté internationale sur la

prédominance de l'infection chez la jeune femme qui augmentait progressivement (ONUSIDA, 2004). Ainsi donc, elle est passée de 41 % des personnes infectées en 1997 à plus de 57 % en 2005 (ONUSIDA, 2006).

Le Burkina Faso est le deuxième pays le plus touché par le VIH/SIDA en Afrique de l'ouest après la Côte d'Ivoire. Les femmes burkinabés constituent 52 % de la population générale d'où l'importance d'une action bien menée et ciblée vers ces dernières (INSD, 2003). L'indice synthétique de fécondité du Burkina Faso a été estimé en 2004 à 6,6. (Unicef, 2005).

Au Burkina Faso, le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un traitement pour réduire la transmission mère-enfant du VIH est de 1,1 %. Ceci pour un nombre de femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH estimé à 80 000 [49 000 – 110 000] (ONUSIDA, 2006).

La stratégie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal à travers son Centre maternel et Infantile sur le SIDA (CMIS), pourrait certainement nous inspirer pour un meilleur programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME). Ceci dans les limites des possibilités du Burkina Faso à travers son Centre Médical avec antenne Chirurgicale de Pissy (CMA) qui pourrait constituer un test éventuellement à disséminer dans d'autres structures de santé si les résultats s'avéraient concluants.

L'objectif de ce travail est de proposer un projet de PTME tiré de l'expérience du CMIS et adapté au contexte du CMA de Pissy. Non seulement nous allons réduire le risque de la transmission du VIH/SIDA chez l'enfant mais et surtout la mère traitée permettrait de prolonger sa vie en santé permettant ainsi d'élever ses enfants et même d'en concevoir d'autres et à améliorer sa qualité de vie aussi.

Notre travail est à la fois une suite et un approfondissement de celui effectué au cours de la IXème promotion de l'Université Senghor par notre collègue et confrère Jean Michel Goman. Son travail s'intitulait : « Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Côte-d'Ivoire à partir de l'expérience Canadienne (hôpital Sainte-Justine de Montréal) ».

Dans ce qui suit nous allons vous présenter les deux structures dans leur contexte c'est à dire pays d'implantation, puis ce qui les différencie et nous terminerons en proposant

un projet qui une fois réalisé nous permettra d'améliorer la PTME au sein du CMA de Pissy et même d'en faire bénéficier à d'autres structures du Burkina Faso voire d'Afrique Subsaharienne.

## **I-2- HYPOTHESES DE TRAVAIL**

Afin d'élaborer ce travail nous nous sommes posé les questions suivantes :

- la PTME du projet SIDA de MSF a pris son envol mais présente des difficultés quant à la réduction de la transmission mère-enfant du VIH, quelles en sont les causes ?
- il existe un centre au Canada, le CMIS où le taux de transmission mère-enfant du VIH est quasi nul depuis 5 ans environ, quelles sont les stratégies qui y sont appliquées afin d'obtenir de tels résultats ? D'où notre stage en situation professionnelle au CMIS.

Suite à ces questions, nous avons émis l'hypothèse suivante :

- il est possible d'établir un projet qui adapté au projet SIDA de MSF permettrait d'obtenir des résultats satisfaisant sur le modèle du CMIS.

## **I-3-OBJECTIFS**

### **I-3-1-OBJECTIF GENERAL**

Améliorer la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA au Centre Médical avec Antenne Chirurgicale de Pissy par la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

### **I-3-2-OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Pour atteindre nos objectifs nous nous proposons de :

- faire une analyse critique de la situation de la PTME au CMA de Pissy,
- faire une analyse critique de la PTME au CMIS de Montréal,
- comparer les deux systèmes,
- proposer des solutions dans le but d'améliorer la PTME au CMA de Pissy.



## I-4-METHODE

### I-4-1-CADRE DE L'ÉTUDE

Nous allons décrire dans un premier temps la structure dans laquelle nous avons travaillé en tant que professionnel de la santé puis dans un second temps celle dans laquelle nous avons effectué notre stage en situation professionnelle.

#### ➤ CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE DE PISSY

Le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) de Pissy est situé au secteur 17 de la ville de Ouagadougou (capitale politique du Burkina Faso), dans l'arrondissement de Boulmiougou. Il a été ouvert en 1996 par les autorités sanitaires du fait de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévissait sur l'ensemble du pays. Il constitue la structure de référence du district sanitaire de Pissy. Il abrite deux importantes zones non loties : une au secteur 17 et l'autre au secteur 18 (CMA, 2005).

L'aire sanitaire du CMA couvre une population totale estimée à 129 246 habitants dont 24 272 enfants de 0 à 5ans et 29 468 femmes en âge de procréer (CMA, 2005).

La répartition de la population du district sanitaire de Pissy par rapport à la ville de Ouagadougou et à l'arrondissement de Boulmiougou est présentée dans le tableau I.

**Tableau I** : Répartition de la population du district sanitaire de Pissy (Décembre 2005)

	<b>Population totale</b>	<b>Population adulte</b>	<b>PVVIH</b>	<b>Stade SIDA</b>
Ouagadougou	1200 000	600 000	30 000	4500
District sanitaire de Pissy	612 684	306 342	15 317	2298
Arrondissement de Boulmiougou	270 795	135 400	6770	1016

Source : CMA de Pissy

Les services de soins que l'on trouve au sein du CMA de Pissy sont:

- un dispensaire,

- un bloc opératoire avec deux salles d'intervention,
- une maternité /Santé maternelle et infantile, avec consultation gynécologique et obstétricale
- Oto Rhino Laryngologie (ORL),
- un centre de dépistage et de traitement de la tuberculose,
- un centre de dépistage anonyme et volontaire dans le cadre du VIH/SIDA,
- un laboratoire d'analyse biomédicale,
- un dépôt pharmaceutique de médicaments essentiels et génériques,
- la santé mentale,
- la consultation médicale,
- l'hospitalisation,
- deux morgues.

➤ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE JUSTINE DE  
MONTRÉAL

Il a été créé en 1907 par le docteur Irna Levasseur et madame Justine Lacoste-Beaubien. En cent ans d'existence, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine est devenu le plus grand centre mère-enfant au Canada et le deuxième en Amérique du Nord (CHU Sainte-Justine, 2006). Il se caractérise par :

- son nombre de lits : 544,
- son nombre d'admission : 18 000/an,
- son nombre de visites en clinique ambulatoire : 260000/an,
- 3500 accouchements/an,
- 9200 interventions chirurgicales/an.

Le CHU Sainte-Justine est divisé en 9 programmes qui sont :

- Mère-enfant (objet de notre étude),
- Pédiatrie,
- Urgence, traumatologie et chirurgie,
- Hématologie-oncologie-immunologie-rhumatologie,
- Multi spécialités et transplantation,

- Soins intensifs et sciences cardiaques,
- Sciences du développement et de la mobilité,
- Psychiatrie,
- Réadaptation pédiatrique.

En plus de ces programmes on a six unités fonctionnelles qui sont :

- les archives,
- le bloc opératoire,
- le génie biomédical,
- l'imagerie médicale,
- la pharmacie,
- l'unité de biologie médicale.

La répartition de son personnel par catégorie professionnelle est la suivante :

- médecins : 506,
- chercheurs : 163,
- infirmières : 1285,
- autres employés : 2836,
- bénévoles : 300.

Le CHU accueille dans ses services spécialisés plus de 4000 étudiants par année dont la formation est assurée par les professeurs de médecine (288), de médecine dentaire (24), de pharmacie (33), et des sciences infirmières (181) (CHU Sainte-Justine, 2006) .

#### **I-4-2-TYPE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE**

Il s'agit d'une étude descriptive et comparative qui va présenter la PTME réalisée au sein du CHU Sainte Justine et celle du CMA de Pissy.

Notre travail a couvert toutes les activités de PTME réalisées de 2003 jusqu'en décembre 2005 au CMA de Pissy et celles du CHU Sainte Justine de 1989 à 2005.

#### **I-4-3-POPULATION D'ÉTUDE**

Elle était constituée par les femmes enceintes et les enfants de moins de 18 mois au CMA de Pissy et de moins de 18 ans au CMIS qui sont suivis dans le cadre de la PTME.

#### **I-4-4-COLLECTE DES DONNÉES**

La collecte des données s'est faite à partir de notre expérience personnelle au CMA de Pissy et à partir de notre stage en situation professionnelle au CMIS. Ce stage s'est déroulé du 03 mai au 31 juillet 2006 au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine de Montréal (Canada).

Au cours de ce stage nous avons effectué des échanges avec tous les acteurs et nous avons participé à toutes les activités du CMIS. C'est ainsi que nous avons travaillé à la maternité (où sont suivies les femmes enceintes), à la clinique d'immuno-allergologie (où sont suivis les nouveau-nés et les enfants infectés jusqu'à l'âge de 18 ans) et nous avons visités la bibliothèque du CHU Sainte-Justine de Montréal et assisté aux réunions de service du CMIS.

Nous avons effectué des recherches sur internet à l'aide des mots clés suivants : PTME, VIH/SIDA, OMS, ministère de la santé (Canada, Québec et Burkina Faso). Nous avons également consulté tous les mémoires de l'université Senghor portant sur le VIH/SIDA.

#### **I-4-5-LIMITES DE NOTRE TRAVAIL**

Les limites de notre travail sont de deux ordres :

- financière : mon travail aurait gagné si j'avais pu effectuer dans le même temps un stage de quelques jours au CMA de Pissy et ce accompagné de notre encadreur afin de connaître les réalités du moment car j'ai quitté le CMA de Pissy en septembre 2005 ;
- organisationnelle : la contrainte de temps et la période des vacances d'été ne m'ont pas permis de me rendre dans les associations de lutte contre le VIH/SIDA intervenant au CMIS, ni d'effectuer des visites à domicile.

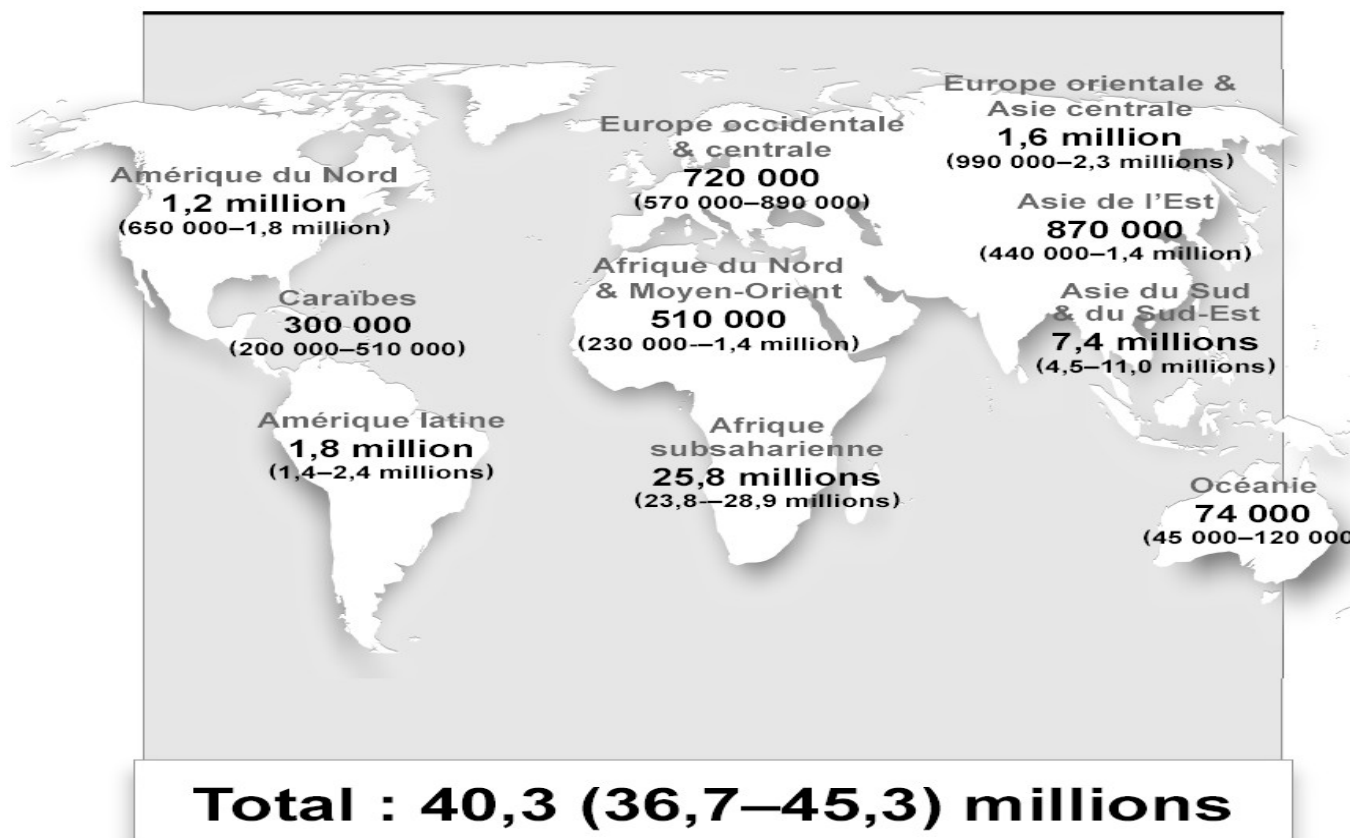
## **CHAPITRE II – ETAT DES CONNAISSANCES**

## II-1- LE VIH/SIDA

### II-1-1-EPIDEMIE DE SIDA DANS LE MONDE

L'épidémie de VIH/SIDA poursuit sa route d'année en année et ce depuis la découverte du virus en 1981. Ainsi donc, en 2004 nous sommes passés d'une moyenne de 39,4 millions de personnes infectées à 40,3 millions de personnes infectées en 2005 (ONUSIDA, 2005).

La répartition des personnes infectées par le VIH/SIDA en 2005 dans le monde est représentée par la figure 1.



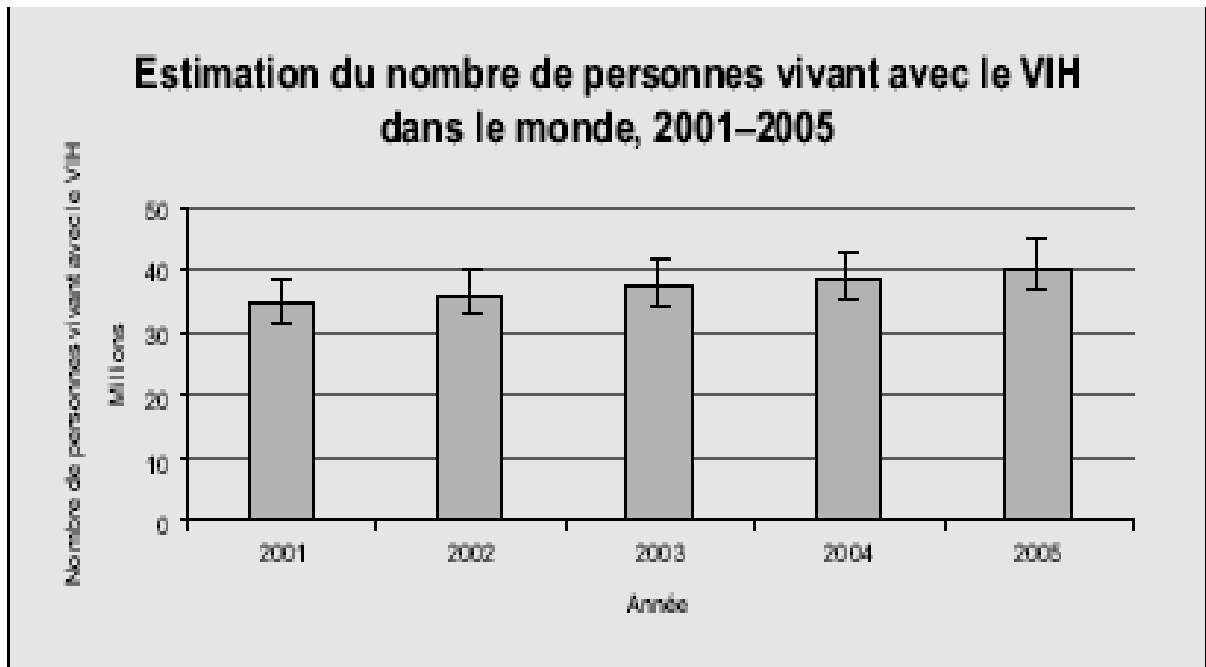
Source : ONUSIDA, OMS, 2005

**Figure 1** : Répartition dans le monde des personnes infectées par le VIH/SIDA en 2005

Le rapport de l'ONUSIDA 2006 (édition spéciale) est moins alarmant et ses estimations sont même à la baisse : 38,6 millions [33,4 millions–46,0 millions] de personnes vivaient

avec le VIH dans le monde, 4,1 millions [3,4 millions–6,2 millions] nouveaux cas d’infection et 2,8 millions [2,4 millions–3,3 millions] de décès imputables au SIDA (ONUSIDA, 2006).

La figure 2 nous schématise l’estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde de 2001 à 2005.



Source : ONUSIDA, Rapport 2005.

**Figure 2 :** Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 2001-2005

En 2005, on a noté 3,1 millions [2,8 -3,6 millions] de décès dus au VIH/SIDA en totaux cumulés des adultes et des enfants (ONUSIDA, 2005).

La progression du VIH/SIDA n'est pas homogène dans toutes les régions du monde. Ceci serait dû à des écarts d'accès au traitement et à des approches radicalement différentes (OMS et ONUSIDA, 2005).

## **II-1-2-EPIDEMIE DU VIH/SIDA EN AMERIQUE DU NORD ET AU CANADA**

### **II-1-2-1- EN AMERIQUE DU NORD**

Dans cette zone, nous avons environ 2,0 millions [1,4 millions-2,9 millions] de personnes qui sont infectées par le VIH; on observe une nette régression de la mortalité lié au SIDA grâce à la disponibilité et à la variété des ARV (ONUSIDA, 2006).

Au États-Unis, le taux de prévalence du VIH chez l'adulte est estimé à 0,6% [0,4% - 1,0%].

Au Canada l'épidémie progresse également et la cause majeure serait la non utilisation du préservatif chez les homosexuels et chez les femmes (ONUSIDA, 2006).

### **II-1-2-2- AU CANADA**

La déclaration de l'infection à VIH est obligatoire sur l'ensemble du territoire canadien depuis le 1<sup>er</sup> mai 2003 (Ministère de la santé et des services sociaux du Canada, 2005).

De novembre 1985 à décembre 2005, l'Agence de santé publique du Canada a enregistré 60 160 déclarations de résultats VIH positif (Ministère de la santé et des services sociaux du Canada, 2005).

Au Canada, de 1994 à 2003 le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes était d'environ 3 à 5 pour 10 000. Les femmes enceintes constituent un quart des tests positifs pour le VIH déclaré (Ministère de la santé et des services sociaux du Canada, 2005).

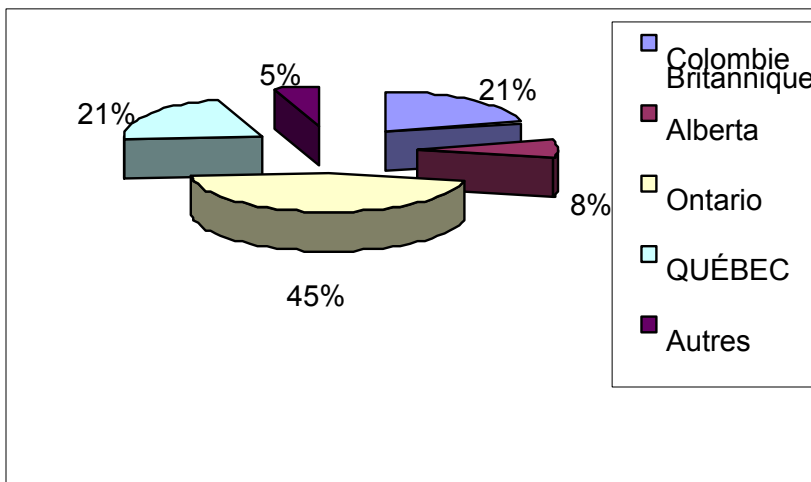


Plus de la moitié des femmes infectées sont nées hors du Canada (70% de 1997 à 2005 contre 60% de 1990 à 1996) parmi ces dernières, un nombre non négligeable provient d’Afrique (51% de 1997 à 2005 contre 35% de 1990 à 1996) (Forbes J. et al., 1990).

Les groupes à risque ici sont constitués des homosexuels et des utilisateurs de drogues injectables (Agonnoué M., 2005).

Le VIH/SIDA au Québec selon le rapport de surveillance du VIH et du Sida au Canada, le Québec serait la deuxième province la plus touchée après l’Ontario avec un total de cas cumulés d’infection à VIH estimé à 6098 de 1979 à juin 2003 (Ministère de la santé et des services sociaux du Canada, 2005).

La répartition du VIH/SIDA à travers les provinces du Canada est présentée dans la figure 3.



**Figure 3 :** Répartition des tests VIH positifs en fonction des différentes provinces du Canada

En dehors des populations blanches, les communautés les plus atteintes par la pandémie au Québec sont les communautés autochtones et les noirs. Toutefois, ces données doivent être considérées avec réserve car il serait plus intéressant de raisonner avec des ratios dans ces différentes populations, mais ces ratios ne sont pas disponibles compte tenu du manque de données (Ministère de la santé et des services sociaux du Canada, 2004).

La première étude au Canada sur la séroprévalence, a noté en île de Montréal un taux global d'infection à VIH chez les femmes enceintes qui était de 17,9 pour 10 000 naissances vivantes (Hankins C.A. et al., 1990). C'est à partir de cette étude et de ses conclusions et recommandations que les premiers programmes de PTME ont été établis au Canada.

## **II-1-3-EPIDEMIE DE SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET AU BURKINA FASO**

### **II-1-3-1- EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

Selon l'ONUSIDA, 2/3 des personnes nouvellement infectées en 2005 par le VIH vivent en Afrique subsaharienne (qui ne compte qu'un peu plus de 10% de la population mondiale) ainsi que 77% des femmes vivants avec le VIH (ONUSIDA, 2005).

Des 5 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, 3,2 millions proviennent de l'Afrique Subsaharienne. Malgré l'effort évident effectué au cours de ces dernières années, le programme 3 millions de personnes d'ici 2005 (3 by 5) demande une intensification de la prévention (OMS et ONUSIDA, 2006).

Les statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA en Afrique subsaharienne, en 2003 et 2005 sont présentés dans le tableau II.

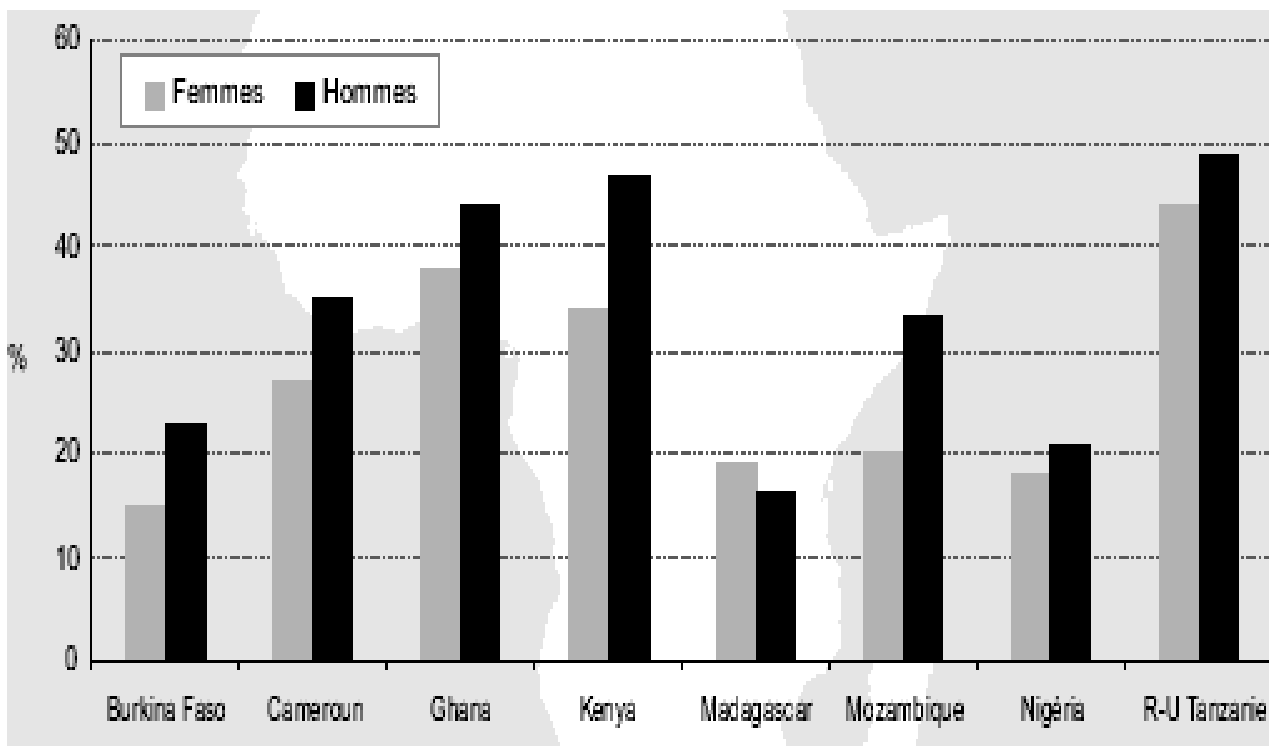
**Tableau II :** Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, en 2003 et 2005 en Afrique subsaharienne

	<b>Adultes et enfants vivant avec le VIH</b>	<b>Nombre de femmes vivant avec le VIH</b>	<b>Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants</b>	<b>Prévalence chez l'adulte %</b>	<b>Décès dus au SIDA, adultes et enfants</b>
<b>2005</b>	<b>25,8 millions</b> [23,8–28,9 millions]	<b>13,5 millions</b> [12,5–15,1 millions]	<b>3,2 millions</b> [2,8–3,9 millions]	<b>7,2</b> [6,6–8,0]	<b>2,4 millions</b> [2,1–2,7 millions]
<b>2003</b>	<b>24,9 millions</b> [23,0–27,9 millions]	<b>13,1 millions</b> [12,1–14,6 millions]	<b>3,0 millions</b> [2,7–3,7 millions]	<b>7,3</b> [6,7–8,1]	<b>2,1 millions</b> [1,9–2,4 millions]

Source : ONUSIDA, Rapport 2005

En Afrique Subsaharienne, 57 % des adultes [15-49 ans] vivant avec le VIH sont des femmes. La vulnérabilité des femmes est multifactorielle mais celle qui nous semble la plus pertinente est l'insuffisance de connaissances sur les infections sexuellement transmissibles dont le VIH (ONUSIDA, 2005).

Le pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui identifient correctement les principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH dans certains pays d'Afrique Subsahariens dont le Burkina Faso est représenté par la figure 4.

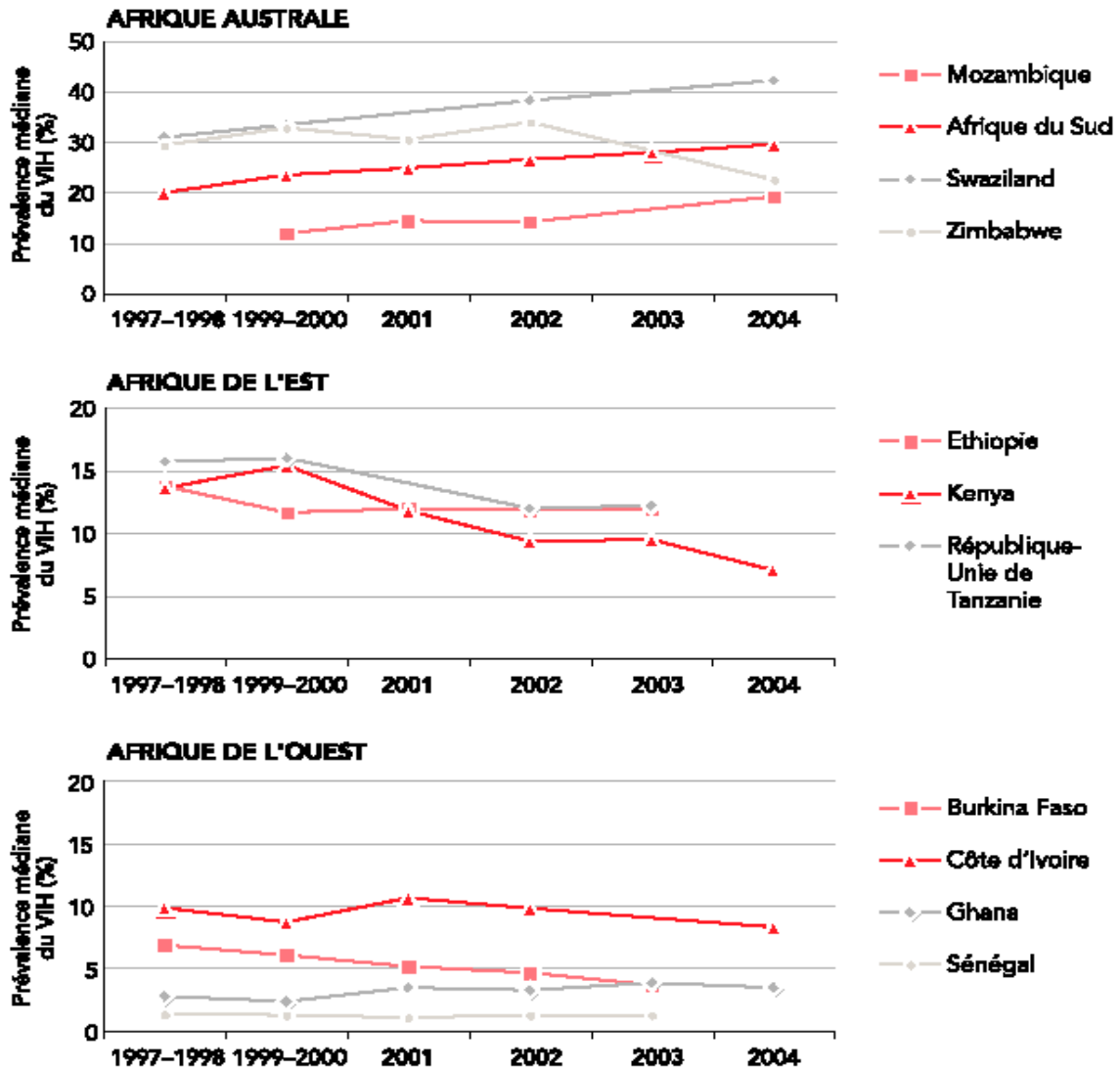


Source : ONUSIDA, Rapport 2005

**Figure 4 :** Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui identifient correctement les principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH/SIDA

Parmi ces pays, le Burkina Faso fait partie de ceux où les connaissances des principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH/SIDA est faible surtout chez les femmes.

La figure 5 montre la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale dans certaines zones d'Afrique Subsaharienne dont le Burkina Faso.



Notes : Analyse limitée à des sites de surveillance cohérents pour tous les pays, excepté pour l'Afrique du Sud (provinces) et pour le Swaziland (régions).

Sources : Ministère de la Santé (Mozambique); Département de la Santé (Afrique du Sud); Ministère de la Santé et des Affaires sociales (Swaziland); Ministère de la Santé et du Bien Être de l'Enfant (Zimbabwe); Adapté de Asanuah-Osati, et al. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 2004 (Ethiopie); Ministère de la Santé—Programme national de Lutte SIDA/NST (Kenya); Ministère de la Santé (République-Union de Tanzanie); Conseil national de lutte contre le sida et les IST (Burkina Faso); Centre de Lutte et de Prévention des Maladies (CDC)—GAP—Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire); Services de Santé du Ghana (Ghana); Conseil National de Lutte Contre le SIDA (Sénégal).

Source : ONUSIDA, Rapport 2006

**Figure 5 :** Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales en Afrique Subsaharienne 1997/98 – 2004

Malgré un niveau inquiétant de la prévalence du VIH au Burkina Faso chez les femmes, on note une régression de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à la consultation prénatale en milieu urbain, cependant le potentiel infectieux reste présent.

### **II-1-3-2-AU BURKINA FASO**

C'est dans un contexte de données socio sanitaires et de coût que s'insère l'épidémie nouvelle au Burkina Faso qu'est le VIH/SIDA.

#### ➤ INDICATEURS

Le nombre de cas de SIDA déclarés à l'OMS était de 10 malades en 1986, le nombre cumulé de personnes infectées par le VIH s'élèverait à 150 000 [120 000-190 000] à la fin de l'année 2005 (ONUSIDA, 2006). Cela traduit le fait que nous sommes dans une dynamique d'évolution de la maladie au point que le Burkina Faso a été retenu par l'initiative de l'élargissement au traitement de l'OMS « 3 by 5 » comme l'un des 47 pays à prévalence significative pour l'Afrique Subsaharienne (OMS et ONUSIDA, 2005).

Le tableau III nous donne des indicateurs sur le VIH/SIDA au Burkina Faso.

**Tableau III :** Indicateurs sur le VIH/SIDA au Burkina Faso pour les années 2001, 2003, 2005

Indicateurs du VIH/SIDA	Estimation		
	2001	2003	2005
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	440 000	470 000	150 000
Adultes (15-49 ans)	380 000	150 000	140 000
Femmes (15-49 ans)	220 000	150 000	80 000
Enfants (0-15 ans)	61 000	31 000	17 000
Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les adultes (en pourcentage)	6,5	4,2	2,0
Nombre total de décès dus au SIDA	44 000	29000	12 000

Source: DMP/SPCNLS-IST (Burkina Faso). Chiffres relevés dans les sites sentinelles de consultation prénatale pour 2001 et UNICEF pour 2003, ONUSIDA pour 2006

Selon le rapport de ONUSIDA en 2005, la prévalence du VIH SIDA en zone urbaine semble en baisse au Burkina Faso. Ce même rapport a estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH à 180 000 dont 79 000 femmes et 20 000 enfants infectés. Chiffres qui sont revus à la baisse dans le rapport 2006 (ONUSIDA, 2006).

Toujours selon l'ONUSIDA et je cite : « la prévalence du VIH dans les consultations prénatales était de 2,7% en 2003, mais une tendance à la baisse de la prévalence est relevée parmi les jeunes femmes enceintes (15–24 ans) dans les zones urbaines (1,9%) ». Dans la capitale, Ouagadougou, on a noté une forte baisse des niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe, dont 59 % étaient séropositives au VIH lors de tests en 1994, et 21% en 2002 (Kintin et al, 2004). Ces tendances sont encourageantes.

Bien que la tendance de l'évolution du taux de prévalence soit à la stabilisation voire à la baisse, le Burkina Faso reste en situation d'épidémie généralisée (CNLS-IST Burkina Faso, ONUSIDA, 2005).

#### ➤ LEGISLATION EN MATIERE DE VIH/SIDA AU BURKINA FASO

Nous avons retrouvé un seul texte de loi au Burkina Faso qui fait référence au VIH/SIDA et qui est la Loi N0 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de la santé publique.

Cette loi stipule que : « Dans le cadre de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, des arrêtés du ministre chargés de la santé détermineront les modalités de surveillance, de contrôle, de sensibilisation et de prise en charge des malades infectés par le virus de l'immunodéficience acquise ».

#### ➤ REPONSES DU GOUVERNEMENT

Face à la pandémie du VIH/SIDA sévissant dans le pays, les différents gouvernements qui ceux sont succédés depuis 1986, date de déclaration du premier cas, ont adopté une réponse qui a été améliorée au fil du temps.

#### ❖ CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Depuis 1986, année de déclaration des premiers cas, le Burkina Faso met d'abord en place un plan à court terme (1987-89) puis, deux plans à moyen terme (1990-95) tels que suggéré par l'OMS à l'époque.

En 1994 dans la foulée des résultats de l'étude franco-américaine ACTG 076 de la PTME, un projet de recherche est lancé à Bobo-Dioulasso (et parallèlement à Abidjan en Côte d'Ivoire) pour évaluer l'efficacité d'un schéma court de chimioprophylaxie de la



mère à la zidovudine (AZT) dans le cadre de la PTME, avec maintien de l'allaitement au sein. La réduction de la transmission du virus, vérifiée chez les enfants à l'âge de six mois, est de 38% (Dabis F. et al, 1999).

À partir de 1996, face à la gravité de l'épidémie à VIH/SIDA le gouvernement réagit en mettant en place dans le système sanitaire la décentralisation, l'intégration des activités et la collaboration multisectorielle.

En 1998, un processus de planification stratégique est engagé. Il aboutit à l'élaboration d'un «cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2001-2005» et d'un plan national multisectoriel. Un Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS-IST) est alors mis en place pour assurer la coordination nationale des actions et favoriser la concertation entre les acteurs et les partenaires. Directement rattaché à la présidence de la République, il se dote d'un Secrétariat permanent chargé de la coordination et du suivi technique des activités (SP/CNLS-IST) par décret présidentiel N° 2001-510/PRES/PM/MS du 1er/10/2001. Des comités sectoriels, représentés par une «personne ressource» ou coordinateur, sont également créés au sein des ministères impliqués dans la lutte contre le sida, des entreprises et des ONG, ainsi qu'à chaque niveau de collectivité locale (province, commune, département, village).

Le « Cadre Stratégique de lutte contre le SIDA et les IST 2001-2005 » comprend 4 axes stratégiques qui sont (<http://www.cnls.bf>):

- **l'axe stratégique 1** : le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST;

Le programme national PTME a démarré en 2002 avec une première phase visant trois districts sanitaires : le district dit du secteur 30 (banlieue est de Ouagadougou et communes limitrophes), le district du secteur 22 (à Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays) et le district de Ouahigouya (Nord) :

- **l'axe stratégique 2** : le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;

- **l'axe stratégique 3** : l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;

- **l'axe stratégique 4** : l'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle.

Le Burkina Faso s'est doté d'un nouveau « Cadre stratégique de lutte contre le SIDA (CSLS) pour la période 2006-2010 », adopté par le Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST en session extraordinaire le 30 juin 2005.

Les actions prioritaires sont comprises dans 6 axes qui sont (<http://www.cnls.bf>):

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et la promotion du conseil-dépistage volontaire,
- le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH,
- le renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques,
- le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources ;
- le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et de la promotion de la recherche.
- Les actions que se proposent de réaliser où de renforcer le nouveau Cadre stratégique de lutte contre le SIDA (CSLS) sont :
- le Conseil-dépistage Volontaire (CDV) avec plus de 5 campagnes nationales de CDV ;
- l'extension de sites de Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH avec l'implication de 134 centres de santé dans 37 districts sanitaires ;
- le renforcement de la sécurité transfusionnelle ;
- la prise en charge des IST par la mise à disposition de kits IST à des coûts réduits ;
- les campagnes de sensibilisation sur les IST et le VIH/SIDA ;

- le renforcement des plateaux techniques des structures sanitaires en vue d'une meilleure accélération de la prise en charge médicale pour un passage à l'échelle ;
- le contrôle et le suivi de la vulnérabilité des groupes spécifiques que sont les jeunes, les routiers, les travailleurs de sexe, par des interventions ciblées.

❖ CENTRALE D'ACHAT DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS ET GÉNÉRIQUES

Sur le plan national, la gestion des antirétroviraux (ARV) revient à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) qui se charge de leur commande ainsi que de leur distribution. Il s'agit d'une association à but non lucratif de droit privé qui est sous la tutelle du ministère de la santé. Elle assure également la distribution des médicaments essentiels et génériques sur l'ensemble du territoire national.

Elle s'est intéressée aux ARV en mars 1999 à la suite d'un atelier de consensus national sur la prise en charge des personnes vivants avec le VIH par les ARV. Le premier stock d'ARV est arrivé en avril 1999 sur financement propre de la CAMEG (Sawadogo Ida S., 2006).

## **II-2- LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA (PTME)**

### **II-2-1-PROGRAMMES PTME DANS LE MONDE**

C'est en Afrique que naissent 90% des nouveau-nés infectés par le VIH. La transmission du VIH à l'enfant de moins de 15 ans est presque exclusivement de la mère à l'enfant (ONUSIDA, 1999).

La transmission du VIH de la mère à l'enfant se produit durant la grossesse (surtout au troisième trimestre), à l'accouchement ou pendant l'allaitement au sein. En l'absence de toute intervention elle est de 15 à 25 % dans les pays développés et de 25 à 35 % dans les pays en développement (ONUSIDA, 1999). Cette transmission est d'autant plus importante que l'infection de la mère progresse (Newell, 2001).

Les stratégies de santé publiques développées de nos jours pour réduire la transmission périnatale par les mères séropositives sont de (OMS, 2006):

- fournir un traitement ARV à la mère pour elle même lorsque cela s'avère nécessaire et si celui-ci est disponible,
- fournir une prophylaxie ARV à la mère pendant le travail et l'accouchement,
- fournir une prophylaxie ARV appropriée pour le nourrisson,
- proposer une césarienne électorive lorsqu'elle est sans risque et faisable,
- respecter les consignes pour un accouchement à moindre risque,
- créer un lien avec les services pouvant fournir traitement, soins et soutien social aux mères et familles infectées et affectées par le VIH,

☞ fournir des conseils en matière d'alimentation du nourrisson.

Les premiers essais de réduction de la transmission mère-enfant du VIH ont été réalisés grâce au protocole ACTG 076 (1991-1993) qui a démontré que l'administration d'un seul traitement à la mère et à l'enfant à base de zidovudine (AZT) durant six semaines permettait de réduire de 70 % le taux de transmission (Connor E.M., 1994). L'inconvénient majeur de ce protocole était son coût élevé d'où les schémas courts de prévention qui ont été élaborés. A partir de cette étude, plusieurs stratégies ont été envisagées pour les pays en voie de développement visant la réduction des coûts et des habitudes de prise en charge des femmes enceintes et s'adapter.

Le premier de ces protocoles a été mené par N. Shaffer et coll. à Bangkok (Thaïlande) a consisté en l'administration de l'AZT durant 25 jours aux mères. Dans ce cas, la réduction de la TME a été de 50,1 %, pas plus efficace que le premier essai mentionné plus haut, mais son coût était réduit (Shaffer et al, 1999). Les enfants étaient testés à la naissance par la Polymérase Chain Reaction (PCR), au 2ème et 6ème mois de vie. Ils n'étaient pas allaités au sein.

Le deuxième protocole court d'AZT a été mené à Abidjan (Côte d'Ivoire) par S. Wiktor et coll. On a noté une diminution de 37 % de la TME du VIH dans le groupe traité par AZT après test à la PCR à la naissance, à 1 et à 3 mois de vie (Wiktor et al. 1999). Tous les enfants étaient allaités au sein.

Le troisième protocole court d'AZT, a été mené en double aveugle au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire (DITRAME) mais n'a pu se poursuivre à terme du fait des résultats de l'étude thaïlandaise (Dabis et al. 1999).

Ces différentes études ont permis de mettre en place un protocole court avec AZT et alimentation artificielle qui réduit de moitié la transmission materno-fœtale du VIH.

C'est ainsi donc que le directeur exécutif conjoint des Nations Unis sur le VIH/SIDA incitait en 1999 les pays Africains à adopter une politique de PTME (Piot P. ;Coll-Seck A., 2000).

Le premier programme de PTME réalisé en Afrique du Sud a montré que son extension à grande échelle était faisable depuis 2003 (David C. et al. 2005).

L'initiative PTME-Plus a été lancée en 2001 dans le but d'offrir des possibilités de soins et de traitement à vie aux familles défavorisées infectées par le VIH/SIDA. Les pays retenus en 2002 par cette initiative étaient : 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 (OMS, 2004).

On pourrait mentionner également que plusieurs programmes PTME de recherche ont vu le jour en Afrique dont les plus importants sont les suivants (Goman P.JM, 2005):

- 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,
- DITRAME (Diminution de la transmission mère enfant du VIH/SIDA en Afrique),
- RETROCI-CDC Atlanta (centers for disease control and prevention of Atlanta avec le projet retro-ci) en Côte d'Ivoire.

Il y a maintenant une expansion rapide des programmes de PTME sur le continent Africain issues de groupe communautaire ou d'Organisation Non Gouvernementale (ONG).

## **II-2-2- PTME AU CANADA**

Au Canada on parle plutôt de dépistage prénatal du VIH. L'approche du dépistage est différente en fonction du territoire ou de la province du Canada (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2004). Le tableau IV ci-dessous nous donne les différentes approches de dépistages prénatal en fonction de la province ou du territoire du Canada.

**Tableau IV** : Approches de dépistages prénatal en fonction de la province ou du territoire du Canada

<b>Province/territoire</b>	<b>Approche concernant le dépistage</b>	<b>Année</b>
Colombie-Britannique	Le dépistage du VIH est offert dans le cadre des soins prénatals courants et s'accompagne de services de counselling avant et après le test. Les femmes doivent donner leur consentement éclairé.	1994
Yukon	Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes est fortement recommandé, et le dépistage chez les partenaires sexuels est aussi encouragé.	1994
Territoires du Nord-Ouest	Le dépistage prénatal du VIH a été introduit en 1993 dans le cadre d'un programme auquel les femmes devaient demander de participer. En 1998, le dépistage du VIH a été intégré aux soins prénatals systématiques, mais les femmes ont la possibilité de s'y soustraire.	1993, programme revu en 1998
Nunavut**	Même politique que les Territoires du Nord-Ouest	1999
Alberta	Le dépistage du VIH fait partie des tests sanguins prénatals systématiques effectués chez toutes les femmes enceintes en Alberta, et le dépistage du VIH est fait, à moins que la femme refuse (politique de retrait).	1998
Saskatchewan	Le consentement est obtenu avant le test, et des services de counselling adéquats sont offerts avant et après le test.	1999
Manitoba	Le dépistage du VIH est offert à toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals usuels; la décision de subir le test est volontaire et fondée sur un choix éclairé.	2002
Ontario	Toutes les femmes enceintes sont invitées à subir un dépistage du VIH, dans le cadre des soins prénatals, accompagné de services adéquats de counselling avant et après le test. Les femmes doivent donner leur consentement éclairé.	1998
Québec	Toutes les femmes enceintes et celles qui envisagent une grossesse sont invitées à subir un dépistage du VIH.	1997
Nouveau-Brunswick	Les médecins encouragent systématiquement toutes les femmes enceintes à subir un test de dépistage du VIH, qui s'accompagne de services de counselling adéquats avant et après le test, et à donner leur consentement éclairé.	1999
Nouvelle-Écosse	Le dépistage du VIH est offert à toutes les femmes enceintes en même temps que les autres tests prénatals durant le premier	1998

	trimestre de grossesse. Si une femme refuse de se faire tester durant le premier trimestre de sa grossesse ou si l'on sait qu'elle s'adonne à des activités à risque élevé, on lui offre le test plus tard au cours de la grossesse.	
Île-du-Prince-Édouard	Le dépistage du VIH est recommandé à toutes les femmes enceintes et est offert lors de la première consultation prénatale.	1999
Terre-Neuve-et-Labrador	Le dépistage du VIH fait partie du dépistage prénatal systématique et est effectué, à moins que la femme ne décide de s'y soustraire.	1997

L'accès des canadiennes aux programmes de dépistage prénatal du VIH a entraîné une augmentation progressive de la proportion des femmes enceintes infectées par le VIH sous antirétroviraux en 10 ans, passant de 19% en 1992 à 90% en 2002 (Santé Canada, 2003).

Les traitements antirétroviraux administrés aux mères ont entraîné une baisse du taux d'infection du VIH chez les nourrissons passant ainsi pour l'ensemble du Canada de 33% en 1994-1995 à 2,6% en 2000 (Santé Canada, 2003).

### **II-2-3- PTME AU BURKINA FASO**

Le Burkina Faso dispose d'un programme national PTME du VIH pour la période 2001-2005 qui utilise une démarche progressive de mise en œuvre. La PTME est actuellement mise en œuvre dans les 13 régions sanitaires à travers 37 (67%) districts sanitaires sur les 55 que compte le pays (Ministère de la santé, 2005). Seulement 1,1 % des femmes enceintes reçoivent une trithérapie ARV dans le cadre de la PTME (ONUSIDA, 2006).

Dans ce qui suit nous allons décrire deux des trois programmes de PTME où les données dont nous disposons permettent de parler de leur expérience:

► Ouahigouya, ville de la région du nord, est l'un des trois sites choisi par le programme national PTME pour y mener ses activités en décembre 2002. Les femmes bénéficiaient d'un dépistage, de conseils (notamment nutritionnels), d'un suivi médical pour elle et son enfant et d'un soutien psychosocial. Des difficultés ont tout de même été relevées et l'on pourrait citer (Aline M., 2004) :

- la limitation du nombre de sites (2 Santé Maternelle et infantile, 2 maternités) dans la ville ce qui réduit l'accessibilité,

- certaines femmes ne viennent pas chercher leurs résultats à cause des contraintes sociales et de l'insuffisance d'informations reçues lors du pré test,
- persistance des accouchements à domicile qui rend difficile le suivi et de la mère et de l'enfant ainsi que le conseil de l'alimentation du nouveau-né.

► Saint Camille est un centre médical confessionnel (situé dans la ville de Ouagadougou) qui avec l'aide de la coopération Italienne, du ministère de la santé, de l'OMS, du PNUD, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de bien d'autres partenaires a débuté son programme PTME en janvier 2002. Dans ce cadre, il a collaboré avec des associations de lutte contre le VIH/SIDA de son aire sanitaire ainsi qu'avec le Centre Hospitalier Universitaire National Yalgado Ouédraogo (OMS, 2004).

Après 6 mois d'activités (de mai 2002 à janvier 2003), les résultats auxquels ils sont parvenus sont les suivants (OMS, 2004):

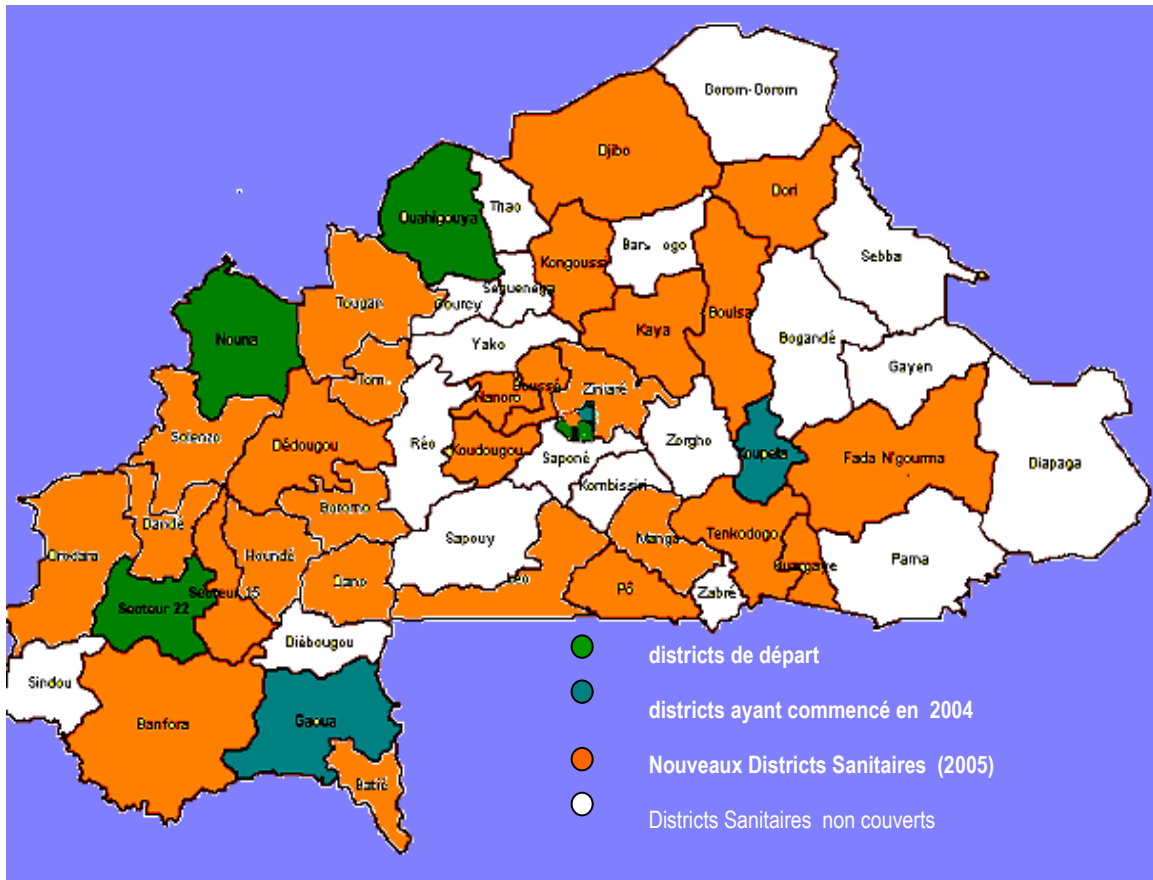
- 546 femmes sur 2464 (22,2 %) venues en CPN ont accepté le counseling pour dépistage volontaire,
- toutes les femmes ayant intégré le programme ont été suivies,
- intégration de la PTME dans le paquet minimum d'activités de la maternité.

Des difficultés ont tout de même été relevées à type de lenteur dans le démarrage effectif des activités et des difficultés d'adhésion des patientes au programme (OMS, 2004).

- Depuis son projet pilote, le programme national PTME couvre la majorité des districts sanitaires du pays illustré dans la figure 6.

La figure 6 nous représente sur la carte du Burkina Faso les districts sanitaires actuellement couverts par la PTME à la date de décembre 2005.





Source : programme TAP.

**Figure 6 :** Couverture géographique du programme PTME/VIH au Burkina Faso en 2005

Le programme PTME assure maintenant une couverture de trente six (36) districts sanitaires sites PTME et dans cinq centres de santé par district soit 105 CSPS (Ministère de la santé, 2005).

La synthèse des activités 2005 du programme national PTME est présentée dans le tableau V.

**Tableau V** : Synthèse des résultats du programme PTME national de janvier à octobre 2005

<b>ACTIVITÉS DE CPN ET DE DÉPISTAGE</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Consultation Prénatale	95 574	
Femmes enceintes ayant eu un conseil pré test	24 856	60
Femmes enceintes ayant réalisées le test VIH	19 661	79
Femmes dépistées VIH positif	832	5
<b>ACTIVITÉ DE SUIVI</b>		
Femmes enceintes VIH positif ayant accouchées dans une formation sanitaire	673	81
Schéma Nevirapine complet (mère et nouveau-né)	465	
Schéma AZT complet (mère et nouveau-né)	11	
Nombre d'enfants nés vivant de mère VIH positif	648	78

## **CHAPITRE III-STRATEGIES DE PTME**

## **III-1-PRESENTATION DU CENTRE MATERNEL ET INFANTILE SUR LE SIDA (CMIS)**

### **III-1-1-HISTORIQUE**

Au cours de l'été 1981, le CHU Sainte-Justine a posé pour la première fois le diagnostic d'infection à VIH chez un enfant. Dès 1983, année de la mise en évidence de la transmission mère-enfant du VIH, le CHU Sainte-Justine a débuté la prise en charge de la mère et de l'enfant.

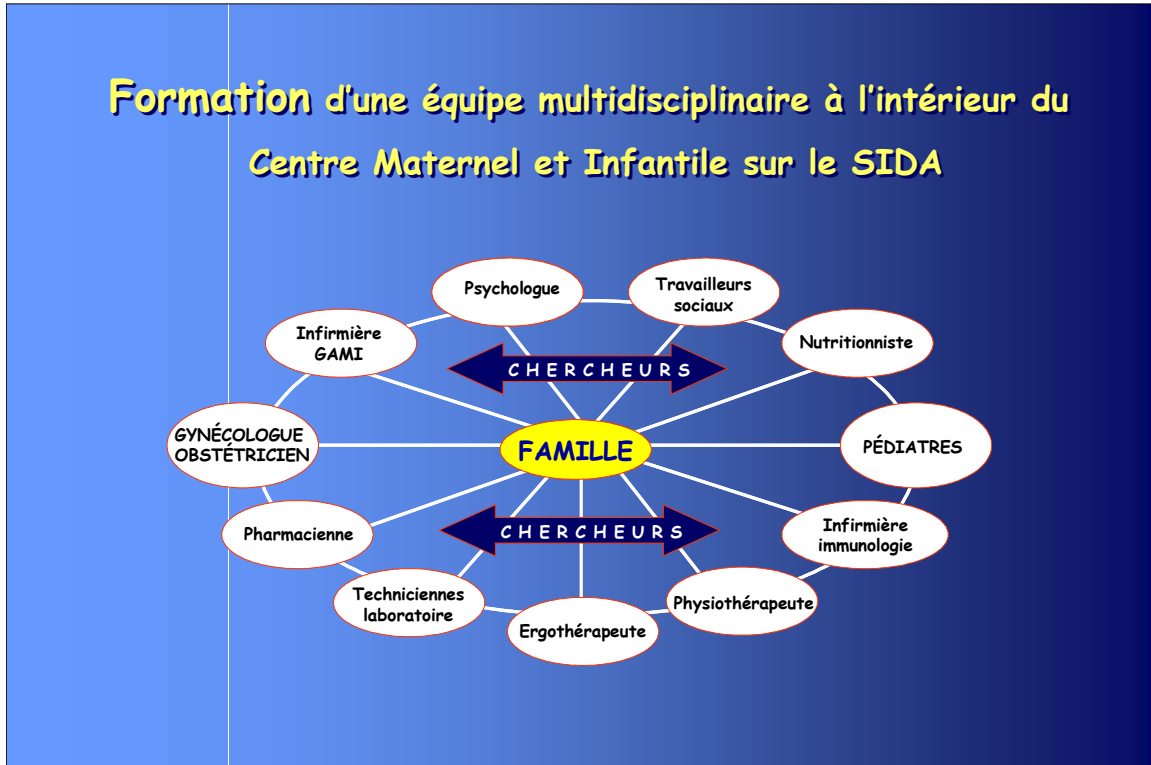
Le gouvernement du Québec a créé en 1998 le concept d'Unité Hospitalière de Recherche d'Enseignement et de Soins du SIDA (UHRESS) en réponse à la montée de l'infection à VIH dans la population pour la province du Québec. Le CHU Sainte-Justine par son Centre Maternel et Infantile sur le SIDA (CMIS) est devenu l'UHRESS responsable de la mère et de l'enfant pour la province de Québec.

### **III-1-2-CONCEPTION DE L'UHRESS HOPITAL SAINTE-JUSTINE**

Ce concept est centré sur la famille et orienté vers les services ambulatoires. Il s'agit d'un modèle qui associe deux départements à savoir : la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie. Il y a à la fois une intégration de la recherche, de l'enseignement et des soins. Tout cet ensemble fonctionne évidemment en interdisciplinarité ou tout acteur a son rôle bien précis à jouer. Cette équipe fonctionne dans un continuum de soins et de services, de l'hospitalisation à l'ambulatoire via les cliniques externes et les centres de jour jusqu'au domicile. Les disciplines que l'on rencontre sont : les infirmières, nutritionniste, pharmacienne, techniciennes de laboratoire, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue et les travailleuses sociales.

Cette unité est le principal centre de référence pour les femmes enceintes, les femmes et les enfants touchés par le VIH au Québec et au Canada.

Le schéma de l'interdisciplinarité du CMIS est représenté par la figure 7.



Source : CMIS

**Figure 7:** Schéma montrant l'interdisciplinarité au CMIS

### III-1-3-STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE MATERNEL INFANTILE SUR LE SIDA (CMIS)

Il existe deux principales voies d'accès au CMIS dans le cadre de la PTME :

- les patientes enceintes infectées par le VIH et adressées par un service ou une structure de soin de la communauté,
- les patientes enceintes suivies et dépistées à Sainte Justine.

La PTME est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de cette unité dont nous avons le schéma ci-dessus.

Durant la grossesse, la prise en charge et l'évaluation psychosociale sont assurées à la maternité :

- dans la clinique GAMI (Grossesse à risque Maladies Infectieuses) par une infirmière pivot du programme et par un gynécologue ;
- par une travailleuse sociale du programme ou au besoin par la psychologue, par la pharmacienne spécialisée dans le VIH puis elle est incluse dans un protocole de soins et éventuellement de recherche,
- le processus de décision thérapeutique antiretrovirale fait suite au bilan biologique de la grossesse, aux antécédents cliniques, au bilan immunologique et viral, à l'histoire thérapeutique antiretrovirale et au profil de résistance du virus.

La prise en charge au cours de la grossesse a pour objectifs :

- d'accompagner et de fournir l'aide psychologique et socio-économique,
- de réduire la charge virale VIH plasmatique en dessous du seuil de transmission le plus bas possible pour diminuer la transmission voir débuter le traitement le plus précocement pour diminuer la transmission intra utérine (le risque de transmission est moins de 1% si la patiente a moins de 1000 copies de virus à la charge virale),
- de maximiser la reconstitution du système immunitaire durant la grossesse pour diminuer les risques d'infection intercurrentes ;
- de traiter précocement et activement les problèmes de santé survenant durant la grossesse.

La thérapie antiretrovirale est débutée au cours du deuxième trimestre, et était à l'origine basée sur la zidovudine (protocole ACTG 076 modifié). La patiente reçoit également une éducation nutritionnelle pendant la grossesse.

En salle d'accouchement la zidovudine est administrée par voie intraveineuse jusqu'à la sortie du nouveau-né et au clampage du cordon ombilical. A l'expulsion des annexes, un prélèvement est effectué sur le placenta. En cas de césarienne programmée, la zidovudine en intraveineuse est débutée deux heures avant l'intervention chirurgicale.

Dans le post partum immédiat la mère et le nouveau-né sont hospitalisés, en vue de prélèvements sanguins pour des analyses hématologiques et immunologiques. La mère reçoit une formation standard (une fois de plus) 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.

Au CMIS, l'utilisation des ARV durant la grossesse a évolué avec les années et maintenant la totalité des mères infectées par le VIH reçoivent une thérapie complexe (annexes 4, 5, 6, 7).

On administre aux nouveaux-nés une formule de lait artificiel pour tous les nourrissons nés de mères infectées par le VIH et on leur donne les premières doses d'antirétroviraux liquides entre la 8ème et 12ème heure après la naissance. Les antirétroviraux prescrits à l'enfant sont fonction de ceux pris par la mère durant la grossesse et ils sont donnés pour une durée de 6 semaines.

La prise en charge thérapeutique de la mère en post partum se passe en dehors du CMIS tandis que le nouveau-né y vient régulièrement pour la consultation médicale et les vaccinations. Les enfants nés de mère infectées par le VIH y sont suivis périodiquement jusqu'à l'âge de 18 ans.

La prise en charge psycho sociale met la famille au centre de toute intervention.

### **III-1-4-RÉSULTATS**

La cohorte du CMIS a les caractéristiques suivantes :

- 656 femmes infectées par le VIH dont,
- 639 couples mères-enfants, dont,
- 154 enfants infectés par le VIH, ainsi que,
- 467 enfants non infectés nés de mères infectées, auxquels s'ajoutent,
- 320 frères et sœurs affectés.

Les résultats des soins à la femme enceinte et la transmission à l'enfant sont consignés dans le tableau VI.

**Tableau VI : Soins aux femmes enceintes au CMIS du début de ses activités à nos jours**

Année	Nombre	Alimentation	Traitement	Taux de transmission (%)
Avant 1990	138			30,43
1990-1993	14	Sans alimentation maternelle	AZT, indication clinique	7,7
1993-1997	61		AZT, 3 phases	3,3
1998-2006	259		Multi thérapie + césarienne selon la charge virale	0,39
?				

On constate que depuis 1998, la transmission mère-enfant du VIH est quasi nulle au CMIS si la femme enceinte a pu profiter d'un traitement optimal durant la grossesse.

### III-1-5-CRITIQUES

Les points positifs sont les suivants:

- la continuité des soins et la prise en charge globale des femmes enceintes, des mères et des enfants,
- structure de gestion horizontale : l'accès à l'équipe pluridisciplinaire qui est assurée,
- l'accès au système de soins et de médication au Québec,
- le programme provincial de dépistage du VIH/SIDA avec test intégré à la routine des tests de suivi de la grossesse,
- certains enfants nés malheureusement infectés sont suivis et certains sont de nos jours âgés de plus de 20 ans,
- structure intégrée de soins et de recherche et d'enseignement,
- la banque de données et le tissu informatisé.

Le point à améliorer est le suivant:



- la difficulté de divulgation du statut sérologique dans certaines familles : cas des femmes cachant leur statut sérologiques à leur époux en prétextant qu'ils sont décédés ou en déplacement à l'extérieur.

## **III-2- PRESENTATION DU PROJET SIDA DE MEDECINS SANS FRONTIERES**

### **III-2-1-HISTORIQUE**

Médecins Sans Frontières a mis en place un projet de prise en charge des personnes VIH dans le district sanitaire de Pissy, un district sanitaire de Ouagadougou.

Ce projet a vu le jour en 2001 par la signature d'un protocole de partenariat tripartite (Ministère de la Santé, MSF+associations de lutte contre le VIH/SIDA de l'arrondissement de Boulmiougou et CMA de Pissy).

Le début des activités en 2002 a concerné le Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA), la consultation médicale (hôpital de jour) des infections opportunistes, les visites à domicile et les soins à domicile effectués par les membres associatifs. Quant à la PTME elle a débuté ses activités en 2003. La décentralisation des activités a permis d'installer un CDVA à la maternité du secteur 8 en 2002, en 2004 à la maternité du secteur 18, et en 2005 à la maternité de Zagtoui et des secteurs 10 et 16. Les prélèvements sanguins s'y effectuaient mais la partie laboratoire et la prise en charge relevaient du CMA.

L'objectif général du projet est d'augmenter la qualité et la durée de vie des PVVIH dans le district sanitaire de Pissy.

A côté de cette implication directe aux côtés du patient, le programme a établi des protocoles thérapeutiques adaptés qui ont été validés au niveau national.

En dernier lieu, un réseau regroupant plus de 139 associations locales a été créé afin de soutenir l'action de la société civile dans la lutte contre le SIDA. Ce réseau a milité très activement contre les Accords de Bangui, ce qui nous a permis d'importer des

médicaments génériques, et il continue à militer pour obtenir la gratuité du traitement par les ARV (<http://www.msf.lu>).

La CAMEG a signé un protocole d'accord avec Médecins Sans Frontières (MSF) en 2003 pour le ravitaillement en médicaments essentiels et génériques dont les ARV.

### **III-2-2-RESSOURCES HUMAINES**

Nous allons nous intéresser à la partie technique et non administrative.

Pour ce projet, MSF a recruté du personnel et a également utilisé le personnel de la fonction publique affecté au CMA de Pissy et à la maternité du secteur 8 (pour renforcer le personnel du CMA). Tout ce personnel a été formé sur le VIH/SIDA, la PTME et sur les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques pour permettre le démarrage des activités.

Le personnel affecté aux tâches de la PTME est composé comme suit (période de septembre 2005):

- 4 médecins généralistes à mi-temps pour les consultations médicales,
- 6 sages-femmes et accoucheuses auxiliaires pour les activités de conseil et de dépistage, des consultations prénatales et nourrissons, ainsi que des activités en salle d'accouchement. Elles étaient également chargées d'administrer des premières doses d'ARV aux nouveau-nés,
- 4 sages-femmes ou accoucheuses auxiliaires pour assurer les conseils nutrition;
- 4 laborantins,
- 3 membres associatifs pour l'accueil et l'enregistrement des patientes ainsi que les visites à domicile,
- 1 membre associatif pour le conseil observance,
- 2 personnes au dépôt pharmaceutique chargées de distribuer les médicaments prescrits,
- 2 filles de salle.

### **III-2-3- INFRASTRUCTURES**

Pour ce qui concerne les bâtiments, la PTME utilise les locaux de la nouvelle maternité et Santé Maternelle et Infantile (SMI) du CMA inaugurée en 2003 où MSF a réalisé des aménagements. La pharmacie, un bâtiment isolé a été agrandi et un nouveau local est en construction. Le laboratoire d'analyse a également été agrandi et équipé. Le matériel médico-technique et la bureautique ont été fournis par MSF.

### **III-2-4-LE CIRCUIT DE LA PTME**

Toute femme enceinte venant en consultation prénatale assiste à la causerie de groupe matinale d'une durée de 30 à 45 minutes environ assurée par une sage-femme ou par un animateur social. Cette causerie porte sur un thème de santé et de la reproduction. Et à cette occasion, celles qui le désirent partent faire leur conseil pré test avant de revenir pour la consultation prénatale.

Chaque femme qui a suivi ce conseil reçoit un numéro de conseil sur la première page de son carnet ou de sa carte SMI. Celles qui acceptent le dépistage pour le VIH bénéficient d'un prélèvement sanguin sur place et un test de détection rapide est réalisé.

Le résultat est donné lors du conseil «post-test» le jour même ou plus tard si la femme le souhaite soit par la sage-femme ayant effectuée le pré test soit par un membre associatif appartenant à l'équipe.

Parallèlement à cela se poursuit la consultation prénatale habituelle.

Lorsque le résultat du test de détection VIH est positif, il y a proposition de prise en charge, lorsqu'il est non conclusif, rendez-vous est donné pour 6 semaines, tandis que pour un résultat négatif, on encourage l'intéressé à refaire le test 3 mois plus tard.

La prise en charge des patientes est assurée par une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, sage-femme, infirmiers, techniciens de laboratoire, gérant du dépôt pharmaceutique, agents sociaux et communautaires.

Les médecins au nombre de quatre ainsi que quatre sage-femmes formées, assurent les consultations des femmes dépistées positives tous les soirs du lundi au vendredi (deux consultations matinales sont assurées par semaines) en dehors des urgences. Chaque consultation dure en moyenne 30 minutes/patientes. En cas d'urgence, la patiente se rend

directement en salle d'accouchement où elle est reçue par une sage-femme et son équipe pour les premiers soins.

Une femme membre d'une association de lutte contre le VIH Sida assure l'accueil. Elle identifie les patientes et met le dossier médical à la disposition des intervenants.

L'essentiel de ces femmes enceintes découvre leur infection au décours de la grossesse ou ce sont des femmes enceintes déjà suivies pour infection au VIH qui sont adressées pour une meilleure prise en charge.

Après la consultation, la patiente est dirigée soit vers le dépôt pharmaceutique pour son approvisionnement, soit vers le laboratoire pour examens, soit vers la salle de conseil observance en préparation à la mise sous ARV (mardi ou jeudi). L'échographie obstétricale ou d'autres examens spécifiques sont effectués dans une clinique médicale privée de proximité (clinique SUKA EL FATEH) à la charge financière de MSF en raison de l'insuffisance du plateau technique du CMA de Pissy. La consultation pour le conseil nutritionnel est effectuée dans le même temps et prépare la mère au choix nutritionnel pour son bébé et aux techniques de préparation et d'hygiène en cas de choix du lait artificiel.

Un suivi des nouveau-nés jusqu'à l'âge de 18 mois est également réalisé en maternité avec deux tests VIH (ELISA) à 9 et 18 mois. Si l'enfant à 18 mois est non infecté, il sort de la cohorte dans le cas contraire il est transféré en consultation adulte.

### **III-2-5-RESULTATS 2003-2004 DE LA PTME**

Après une année d'activités de 2003 à 2004, les résultats sont les suivants (Tiendrebeogo Raymond, Dabiré Blaise, 2005) :

- total des femmes enceintes dépistées: 3662,
- patientes infectées par le VIH: 237 (6,47%),
- 210 (88,6%) sont venues chercher leur résultat,
- 95 (68,34%) suivies jusqu'à accouchement,

- 83 (87,36%) accouchements d'enfants vivants,
- 9 (9,47%) morts- nés,
- 2 (2,1%) avortements,
- 1 (1,05%) décès maternel pendant la grossesse,
- 37 enfants de la cohorte ont maintenant plus de 18 mois,
- 5 (13,51%) enfants décédés,
- 28 (84,84%) ont négativé la sérologie positive pour le VIH transmise par la mère à l'âge de 18 mois,
- 4 enfants à tester,
- 111 femmes sont sous médication ARV triple pour elle même:
  - 14 (12,6%) étaient déjà sous médication ARV triple avant la grossesse
  - 52 (46,9%) ont été mises sous traitement ARV triple pendant la grossesse
  - 45 (40,5%) ont été mis sous ARV après la grossesse
- 4,7% de partenaires dépistés au premier trimestre 2005.

Du rapport des activités 2005 de MSF il ressort les résultats suivants :

- 222 femmes enceintes infectées par le VIH suivies dont 69,4 % de découverte fortuite lors du conseil dépistage volontaire,
- 145 accouchements d'enfants vivants,
- 9 avortements,
- 6 mort-nés,
- 2 décès maternel,
- 1 décès maternel durant la grossesse,
- Sur 145 couples mère-enfant, 46% ont suivi un protocole PTME complet.

Depuis le début du programme PTME (2003-2005), nous avons enregistré :

- 81 naissances suivies jusqu'à 18 mois du post partum,
- 56 enfants testés négatifs à 18 mois,
- 1 positif,
- 33 enfants ont reçu l'allaitement maternel avec sevrage précoce au 4ème mois,
- 48 enfants ont reçu l'allaitement artificiel dès la naissance,
- 13 décédés,
- 7 perdus de vue,

- 4 doivent être testés pour la deuxième fois à leur 18ème mois.

On n'a pas de taux de TME établi car les données disponibles ne permettent pas d'utiliser les méthodes actuellement de calcul du TME.

### **III-2-6-SUIVI DES ACTIVITES DE LA PTME**

Ce point était important car occasion de rencontre, d'échange et de partage d'expérience entre les différents intervenants. Il a consisté en (Tiendrebeogo R., 2005) :

- la supervision des activités par l'équipe cadre de district et par MSF,
- les rapports d'activités mensuels,
- le contrôle de qualité des examens réalisés au sein du laboratoire,
- une réunion mensuelle au niveau du CMA,
- un comité de pilotage toutes les deux semaines,
- un atelier d'évaluation des activités une fois par semestre.

### **III-2-7-LA RECHERCHE**

Les données sur les patientes sont collectées sur des dossiers papier correspondant au formulaire du logiciel FUCHIA puis saisies sur micro-ordinateur. FUCHIA est un logiciel de gestion et de suivi des PVVIH développé par Épicentre (annexe 10). Il permet de confectionner les rapports d'activités mais pas d'actions.

### **III-2-8-AUTRES ACTIVITÉS**

Certaines activités et non des moindres sont également menés. Il s'agit de :

- la prise en charge communautaire qui consiste en l'accompagnement, les visites et soins à domicile des patientes et de leur enfant,
- la prise en charge psychosociale avec un soutien psychologique, socio-économique,

- un support nutritionnel et la caisse de solidarité qui sert à payer la scolarité des enfants, les examens ou médicaments non génériques (spécialités) et à organiser la fête de Noël,
- la formation à la fois pratique et théorique des agents du district sanitaire de Pissy et d'autres formations sanitaires intéressées de la ville de Ouagadougou et même de d'autres régions sanitaires.

### **III-2-9-LES LIMITES DU MODÈLE DU CMA DE PISSY**

Après avoir détaillé la PTME au CMA de Pissy, nous avons relevé de nombreux points à améliorer qui sont :

- l'insuffisance en ressources humaines, aussi bien en nombre qu'en personnel qualifié, non utilisé de façon efficiente,
- la non implication du personnel du bloc opératoire,
- la faible proportion des jeunes filles en âge de procréer et des femmes enceintes qui font leur dépistage VIH,
- le nombre important de perdu de vue et de décès,
- la difficulté d'établir le taux réel de TME du VIH.

Malgré ces limites, certains points forts méritent d'être soulignés :

- l'accompagnement communautaire,
- la gratuité de certains produits tels que la poudre de lait, des médicaments dont les ARV, les examens de laboratoires,
- la gratuité du suivi,
- l'élargissement débutant de la PTME à d'autres sites dans le district sanitaire de Pissy.

Néanmoins, nous croyons que pour rendre le modèle du CMA de Pissy efficace, on pourrait s'enrichir de l'expérience du CMIS, en suivant les recommandations du « 3 by 5 » qui sont:

- l'augmentation du nombre de personnes sous traitement par la multiplication des sites de prises en charge, par l'organisation d'un système efficace d'approvisionnement et de distribution des médicaments ainsi que la réduction du coût de la prise en charge;

- le renforcement des services de santé par la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) et l'utilisation optimale des services de santé déjà existants;
- un engagement fort des politiques et des partenaires.

### **III-3- EN QUOI L'EXPERIENCE DU CMIS PEUT ETRE UTILE AU CMA DE PISSY?**

La stratégie mise en place par le CMIS est la multidisciplinarité effective mais surtout la famille est au centre de l'action.

Dans ce qui suit, nous vous proposons une adaptation du projet sida de MSF, basée sur les éléments de l'évaluation et les nouvelles connaissances provenant du CMIS. Ce nouveau modèle devrait pallier les faiblesses de l'actuel projet et être au moins, aussi performant que l'ancien projet pour répondre aux objectifs initiaux, c'est à dire : comment arrivera-t-on (avec quelle stratégie) à soumettre un nombre important de femmes au programme PTME en préservant la logique de services gratuits et accessibles, qui sont intégrés, continus et globaux et si possible renforçant le système de santé dans sa globalité ?

Par ailleurs, nous allons proposer les éléments appris lors de notre stage professionnel au CMIS de l'hôpital Sainte-Justine et que nous pensons réalisables et adaptables dans notre contexte.

#### **POUR LE PERSONNEL DE SANTE**

- Renforcement de la formation continue

Ce point ci est capital pour la réussite du projet car va permettre d'exposer notre nouvelle orientation, de la faire ancrer dans l'esprit des agents de santé et d'être au diapason des nouveautés. Cette formation continue aura pour objectif de mettre tous les acteurs de la PTME au même niveau d'information et de maintenir à jour les connaissances au fil du temps.



Elle sera plus systématisée qu'auparavant et comportera à la fois une phase théorique et une phase pratique. Elle va constituer une sorte de motivation car elle sera sanctionnée par la remise d'une attestation.

Elle consistera également en :

- la participation à des rencontres, à des conférences locales et internationales,
- faire venir des visiteurs pour un partage d'expérience
- formation par courrier électronique, Internet, satellite,
- la mise à jour de la bibliothèque du CMA de Pissy.

Une partie de ces activités pourrait être financée par le PNUD, OMS, ONUSIDA, les firmes pharmaceutiques et les privés.

➤ Le développement d'un modèle multi et interdisciplinaire

Il s'agira d'inclure différents intervenants de santé dans le développement du nouveau modèle et d'arriver à un consensus de groupe quand au programme retenu, ses modalités et le rôle à jouer par chacun.

Nous allons créer une ambiance de travail qui va permettre à tout un chacun d'exprimer son point de vue.

Nous allons solliciter la participation à notre projet des rares médecins ou agents de santé spécialistes qui exercent dans la capitale Ouagadougou. Nous allons former ou recycler les personnes s'intéressant à un domaine bien particulier du projet et créer les conditions pour une équipe dynamique et durable.

➤ La recherche

On va chercher à savoir comment développer une méthodologie adaptée au calcul de la TME en tenant compte des perdus de vue, et des décès. On va développer des banques de données et utiliser les données existantes. Il s'agira pour nous de présenter et publier les résultats de notre cohorte.

➤ Favoriser l'intégration de la communauté

Nous allons renforcer la présence déjà existante des membres associatifs. Leur rôle sera important dans la réduction du nombre de perdus de vue. Il s'agira d'augmenter leur nombre et leur donner un pouvoir décisionnel.

## **POUR LES PATIENTES**

### ➤ Intégration de la famille

Auparavant on ne s'intéressait qu'à la seule patiente même si des propositions non fermes lui étaient faites pour l'association de sa famille quant au dépistage et à la prise en charge. Il s'agira de faire évoluer le modèle de soins en le centrant sur la famille plutôt que sur l'individu infecté.

Notre modèle sera centré sur la famille, et la femme enceinte en sera le point d'entrée majeur mais il pourra s'agir de tout autre membre de la famille.

### ➤ La prophylaxie antirétrovirale

Elle aura pour but de prévenir la TME du VIH et couvrira la période allant de la grossesse au sevrage (si allaitement maternel). Elle aura pour objectif de couvrir plusieurs semaines de la grossesse avec un contrôle de la répllication virale plasmatique et tissulaire.

Il serait souhaitable d'avoir de la zidovudine intraveineuse en salle d'accouchement.

Chez l'enfant une trithérapie sera administrée jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine de vie et non en une seule dose comme c'est le cas actuellement.

### ➤ Le dosage de la charge virale plasmatique du VIH

Il s'agit d'un paramètre biologique important car couplé à d'autres éléments tels que le taux de CD 4 permet de prédire la TME du VIH et de savoir si le protocole thérapeutique

est adapté ou non à la mère. Il permet également de voir poindre la résistance virale au traitement utilisé et éventuellement de moduler les options thérapeutiques. Il est souhaitable d'avoir une charge virale indétectable dans les limites des appareils disponibles afin de réussir un tel programme. Mais le coût des appareils et la réalisation des examens en réduisent son utilisation courante.

A Ouagadougou il n'est disponible qu'au CHUN YO et qu'au CHU Charles De Gaulle. Son coût forfaitaire subventionné est de 10 000 francs CFA. D'où la possibilité d'établir un partenariat.

#### ➤ La césarienne programmée

C'est un acte chirurgical qui nécessite une équipe bien formée et rigoureuse car mettant en jeu la vie de deux êtres vivants dont la mère est infectée par le VIH.

La césarienne programmée a l'avantage de réduire à elle seule considérablement la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en évitant le contact avec la filière génitale. Elle permet de réduire de 50 % environ la TME du VIH si elle est pratiquée avant le travail et la rupture prématurée des membranes (European Mode of delivery collaboration.1999).

Dans le cadre de la PTME, la césarienne programmée est réalisée chez la femme asymptomatique avec une baisse progressive des CD4.

#### ➤ Allaitement artificiel

Dans le contexte Africain et plus particulièrement burkinabé, l'allaitement maternel est primordial et source d'affection et de maternité. Mais étant donné les risques de TME du VIH nous allons proposer l'allaitement artificiel.

Difficile à réaliser, l'allaitement artificiel nécessite des frais élevés pour l'achat du produit et des matériels ainsi que des conditions rigoureuses d'asepsie. D'où la nécessité d'un fort partenariat.

Le risque de TME du VIH augmente de 14% si l'infection de la mère est ancienne mais ce risque double et passe à 29% si la mère s'infecte pendant la lactation (Dunn D.*et al.*, 1992).

L'allaitement artificiel permet dans ce cas d'arrêter la médication ARV de la mère si elle en n'avait pas besoin.

## **CHAPITRE IV : PROJET DE RENFORCEMENT DE LA PTME AU CMA DE PISSY**

## IV-1-FICHE TECHNIQUE DU PROJET

**Tableau VII :** Présentation de la fiche technique du projet.

<b>Titre du projet</b>	Renforcement de la PTME au CMA de Pissy
<b>Objectif général du projet</b>	Réduire de moitié le nombre d'enfants nés infectés du VIH et dû à la TME du VIH dans le district sanitaire de Pissy de 2008 à 2012.
<b>Cibles du projet</b>	Femmes enceintes et enfants infectés par le VIH/SIDA et leur famille.
<b>Principaux résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toutes les femmes venant en CPN sont dépistées et celles qui sont infectées se font suivre,</li> <li>- baisse de la TME du VIH,</li> <li>- tous les agents de santé du CMA sont formés et intégrés à la PTME</li> </ul>
<b>Principales activités du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- activités de sensibilisation et de dépistage,</li> <li>- suivi médical, psychologique et</li> </ul>

	nutritionnel des femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que leur famille, - formation continue des agents de santé,
<b>Lieu de réalisation</b>	CMA de Pissy Ouagadougou
<b>Durée du projet</b>	Cinq années renouvelables
<b>Période d'exécution</b>	Dès acquisition du financement
<b>coût total du projet</b>	<b>210 622 500</b> francs CFA
<b>Coordonnateur et initiateur du Projet</b>	Dr SANOU Philippe Z.
<b>Assistant de projet</b>	Coordinateur médical de MSF
<b>Responsable/superviseur du projet</b>	Médecin responsable du CMA de Pissy

## **IV-2-PRESENTATION DU CMA DE PISSY**

Confère le chapitre « cadre d'étude » dans la méthodologie.

## **IV-3-JUSTIFICATION DU PROJET**

Il s'agit d'un projet qui viendra en renfort de celui déjà initié par le projet SIDA de MFS en ce basant sur l'expérience du CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal.

MSF en voyant la problématique du VIH/SIDA a décidé d'installer un projet au sein du CMA de Pissy depuis 2001. Son volet PTME a démarré ses activités en 2003.

### **IV-3-1-PROBLEMATIQUE DE LA PTME (synthèse)**

Face à l'épidémie de SIDA, il a été noté la vulnérabilité de la femme, vulnérabilité qui débute dès le plus jeune âge. La proportion des femmes infectées par le VIH dans le monde est en nette progression (ONUSIDA, 2004).

L'ONUSIDA fait de la prévention du VIH parmi les femmes et la jeune fille une priorité mondiale car, leurs capacités à se protéger de l'infection à VIH sont limitées par les désavantages sociaux, économiques et juridiques.

L'une des priorités dans la lutte contre l'infection à VIH de nos jours est basée sur la prévention des jeunes et particulièrement les femmes. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » met la PTME en tête de liste dans sa stratégie de prévention du VIH et préconise la levée des obstacles à l'accès de la femme aux services de santé.

Au Burkina Faso il existe un engagement national et des partenaires au développement à travers le programme national PTME ce qui traduit une volonté politique de stopper la TME du VIH.

Le programme national PTME mis en place au Burkina Faso pour la période 2001-2005 a démarré ses activités avec deux sites pilotes, de nos jours, 37 districts sanitaires sur 55 en sont couverts. Néanmoins, des difficultés ont été notées (Ministère de la santé du Burkina Faso, 2006) :

- le retard à l'extension du programme dans toutes les formations sanitaires,
- l'insuffisance d'appropriation du programme par le niveau opérationnel,
- les perdus de vue tant chez les femmes dépistées que chez les enfants,
- la faible adhésion des partenaires des femmes enceintes dépistées,
- le suivi des femmes infectées au sein de la communauté,
- le mode d'alimentation du nouveau-né de mère infectée par le VIH.

C'est en tant que partenaire que MSF à travers son projet SIDA a débuté les activités de PTME en 2003. Les difficultés rencontrées sont :

- le recul du taux d'acceptation d'une prise en charge PTME passant de 68 % en 2004 à 54,2 % en 2005,
- les patientes perdues de vue (105 grossesses suivies, 7 enfants),
- l'absence de test immunologique précoce pour le suivi des nouveaux-nés (PCR),
- la décentralisation de la prise en charge effective des PVVIH car 42 % des patients mis sous ARV ne relèvent pas de l'aire sanitaire du district sanitaire de Pissy,
- la mesure du taux de TME du VIH dans le contexte actuel.

C'est pour aplanir voire effacer ces difficultés que nous proposons le projet qui suit.

#### **IV-3-2-BENEFICIAIRES**

Les bénéficiaires de notre projet sont les populations du district sanitaire de Pissy et plus particulièrement les couches suivantes:

- les jeunes de 14 à 25 ans,
- les femmes en âge de procréer,
- les familles nucléaires des patientes enceintes infectées par le VIH.

Mais, au delà de la population du district sanitaire de Pissy nous allons donner des soins à toute personne malade qui en a besoin comme c'est cas le actuellement à condition de ne pas pouvoir se prendre en charge.

#### **IV-3-3-AXES D'INTERVENTION**

Notre projet sera structuré autour de trois grands volets d'intervention :

- la formation continue des agents de santé du CMA de Pissy,
- la prévention de la transmission du VIH à travers la PTME et la santé de la reproduction des jeunes, dans un modèle centré sur la famille,
- la modification du modèle de prise en charge, le développement de la recherche et l'intégration du communautaire à l'équipe de soins.

#### **IV-4-OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS**

##### **IV-4-1-OBJECTIF GENERAL**

Faire évoluer le modèle de prise en charge vers un modèle plus performant en réduisant de moitié le nombre d'enfants nés infectés du VIH et dû à la TME du VIH dans le district sanitaire de Pissy de 2008 à 2012.

##### **IV-4-2-OBJECTIFS SPÉCIFIQUES**

Il s'agira pour nous de :

- 1- Accroître d'au moins 50% la proportion des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes qui adhèrent au dépistage du VIH,
- 2- doubler la participation communautaire au modèle,
- 3- Développer un calendrier d'objectifs de formation pour le personnel et développer des axes de recherche,
- 4-Faire évoluer le modèle d'aide de soins vers la multi et l'interdisciplinarité,
- 5- Permettre à toutes les femmes et enfants infectés d'accéder à un traitement efficace et adéquat.

##### **IV-4-3-RESULTATS ATTENDUS**



Les résultats attendus du présent projet sont les suivants;

- accroître de 50% les femmes venant en CPN et qui se font dépistées et viser que 100% des femmes infectées aient accès à la médication gratuite,
- à mi-temps du plan, le programme devient centré sur la famille et non sur l'individu,
- baisse du nombre d'enfants nés d'un suivi PTME et testés positif au VIH,
- tous les agents de santé du CMA sont formés et intégrés à la PTME,
- à mi-course du plan que l'équipe opère sur la base d'interdisciplinarité,
- mise en place d'un groupe et d'un programme de recherche dans la première année,
- développement au cours des 6 premiers mois une conférence de consensus avec les communautaires.

#### **IV-5-STRATÉGIE D'INTERVENTION**

Notre projet s'appuiera sur une structure fonctionnelle au sein du CMA de Pissy et visera à renforcer certains points. Il s'agit d'une stratégie qui va impliquer tous les acteurs du domaine de la santé opérant dans le district sanitaire de Pissy étant donné que le CMA en est la structure de référence. Nous allons également associer les responsables du programme national PTME en tant que point focal et tous les services du ministère de la santé intervenant dans le domaine du VIH/SIDA.

Le projet venant en renfort de celui qui existe nous allons en garder la même organisation technique et administrative au sein du CMA de Pissy. Un comité de suivi restreint sera assuré par la coordination du CMA.

##### **IV-5-1-RESSOURCES HUMAINES**

Il a été noté une insuffisance en médecins spécialistes aussi bien sur le plan national que local au niveau du district sanitaire de Pissy. Nous allons dans la mesure du possible désintéresser les médecins ou infirmiers spécialistes de la ville de Ouagadougou à participer à notre projet comme vacataires en attendant que d'autres programmes en région prennent le relais.

##### **IV-5-2-FORMATION**

Avec le grand nombre de médecins généralistes dont dispose le CMA (par rapport aux autres structures du même genre) ainsi que des infirmiers, nous allons proposer de leur donner des notions théoriques dans plusieurs domaines que sont : la pédiatrie, la néonatalogie, la nutrition, l'ergothérapie, la physiothérapie et la psychologie.

Des infirmiers et des sages-femmes pourront être spécialement formés dans les domaines ci-dessus par le biais d'un stage pratique d'une durée de 3 à 6 mois auprès de spécialiste de la matière.

Un module de formation élaboré par le programme national PTME sera dispensé à tout le personnel ainsi qu'aux associations de l'arrondissement de Boulmiougou. Il commencera en début de projet puis tous les 6 mois pour une mise à niveau. Cette formation concernera 20 personnes par séance et sera sous la forme de formation continue.

De plus nous allons élaborer un programme de conférence débat et d'échange sur le VIH dans notre communauté et la discussion sur notre modèle et les résultats obtenus.

#### **IV-5-3-LE COMMUNAUTAIRE**

Nous allons favoriser la collaboration de la communauté en effectuant un recensement des groupes communautaires intéressés à la santé des femmes et des enfants. Puis, nous allons convoquer une conférence de consensus sur les méthodes à prendre pour favoriser une meilleure collaboration entre le groupe et la communauté. Un rapport sera produit sur les objectifs à atteindre au cours du plan.

#### **IV-5-4-LA RECHERCHE**

Nous allons organiser un groupe d'intervenant intéressé à la recherche qui produira un calendrier de développement de projet. Ce groupe va développer des contacts extérieurs pour que le projet soit associé à des programmes de recherche au niveau national, régional ou international.

#### **IV-5-5-INFRASTRUCTURES**

En plus des bâtiments existants, un agrandissement et de nouvelles constructions s'imposent afin de permettre un bon déroulement des activités. On pourrait également

penser à une décentralisation des consultations et des sessions de groupe dans les associations de lutte contre le VIH/SIDA possédant une unité médicale.

La construction de deux bureaux de consultation et agrandissement du bloc opératoire seront inscrits au programme.

#### **IV-5-6-PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE INFECTÉE ET DE SON NOUVEAU-NÉ**

La prise en charge de la femme enceinte infectée se fera selon le programme PTME établi auparavant mais avec certaines modifications que nous énoncerions dans ce qui suit.

➤ Accueil au sein du CMA : recrutement des patientes

Nous proposons de fixer des panneaux d'information sur la PTME dès la porte d'entrée du CMA ainsi que dans la cours. Toute jeune fille ou femme en âge de procréer qui se rend au CMA pour une consultation quelconque, il lui sera proposé le Conseil Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA) et elle sera informée de l'existence de la PTME.

Lors des séances de causeries à la maternité, nous allons insister sur l'intérêt du dépistage familial. Cette animation pourrait être assurée par une femme membre d'une association et de préférence vivant avec le VIH/SIDA.

Nous proposons aux autorités sanitaires d'ajouter un volet PTME au sein du carnet de consultation prénatale ce qui permettrait de savoir tout ce qui a été fait sur le plan médical à la mère et à l'enfant.

Nous allons y associer la coordination de la stratégie avec les groupes communautaires intéressés qui consistera à l'accompagnement des femmes enceintes lors des CPN et de l'accouchement et de l'aider sur le plan juridique en cas de conflit conjugal.

➤ Consultation prénatale

Assurée par les gynécologues ou médecins généralistes ou par des sages-femmes et aura pour point de départ le résultat du test de dépistage VIH ou la proposition de nouveau de le faire (cela s'il s'agit d'une première consultation prénatale).

En plus des examens biologiques courants nous allons y associer des examens biologiques et immunologiques spécifique du VIH/SIDA s'il existe une notion d'infection VIH.

La consultation spécialisée de la femme enceinte infectée par le VIH y sera également pratiquée dans le même temps et va consister en :

- l'administration de la prophylaxie contre les infections opportunistes,
- la mise sous ARV en cas de nécessité,
- les conseils nutritionnels pour une bonne alimentation au lait maternisé du nouveau-né,
- on encouragera fortement la consultation de couple, la femme enceinte est accompagnée de son partenaire et des autres enfants du couple.

➤ Salle d'accouchement

La patiente en travail sera reçue par la sage-femme de service et son équipe, en plus des gestes courants qui seront effectués, les gestes supplémentaires sont les suivants :

- remplir le volet du carnet de suivi de grossesse réservé à la PTME,
- s'assurer de la présence du futur père,
- assurer et surveiller la perfusion de zidovudine en intraveineuse à la femme en travail si utilisée,
- effectuer un accouchement propre,
- effectuer les différents prélèvements en cas d'étude ou de recherche clinique,
- donner les premiers soins (ARV) aux nouveau-nés.

➤ Bloc opératoire

L'équipe du bloc opératoire va intervenir le plus souvent pour les césariennes programmées par le médecin spécialisé en gynécologie/obstétrique à la 38<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

On y associera un protocole de zidovudine en perfusion intraveineuse 2 heures avant le début de la césarienne si utilisée.

➤ Suivi de la mère et du nouveau-né

Ce suivi sera intégré et considéré comme celui du post partum mais il sera plus rapproché chez le nouveau-né pour une meilleure surveillance clinique et biologique. Pour la mère son suivi sera gynécologique et obstétrical au 14<sup>ème</sup> jour puis au 45<sup>ème</sup> jour s'il n'y a pas de problème, sinon, le reste se fera avec les PVVIH.

Le suivi du nouveau-né sera de 24 mois en cas d'allaitement maternel et 18 mois en cas d'allaitement artificiel. Le rythme des visites médicales du nouveau-né est : 14<sup>ème</sup> jour de vie, 1<sup>er</sup> mois, 4<sup>ème</sup> mois puis tous les 6 mois.

Les nouveau-nés seront mis sous trithérapie 6 semaines durant, ce qui n'était pas le cas auparavant. On y associera un test VIH à 9 et 18 mois voir au 24<sup>ème</sup> mois de vie ou si c'est possible faire la PCR une fois au moins après le 9<sup>ème</sup> mois si allaitement artificiel ou à l'arrêt de l'allaitement maternel (sevrage).

La nutrition des nouveau-nés à partir du lait artificiel se fera à partir du lait obtenu auprès des institutions ou organismes tels que : MSF, du PAM, de l'UNICEF. Il s'agira d'un aliment de substitution subventionné.

Nous évoluons dans des sociétés patriarcales, ce qui signifie que l'enfant appartient au père et donc aucune médication ne peut lui être administré sans son autorisation. C'est cette approche qui sera utilisée pour essayer d'impliquer la famille avec l'aide des agents communautaires.

➤ Collaboration avec d'autres structures

Le Centre Hospitalier Universitaire Charles De Gaulle disposant de la PCR pourrait servir pour le dépistage précoce chez les nouveau-nés et le CMA de Pissy va leur transférer les enfants après 24 mois de suivi car il s'agit d'un centre spécialisé en pédiatrie.

La collaboration avec la clinique médicale Suka el Fateh sera maintenue pour la réalisation des échographies obstétricales ou autres types d'imagerie médicale entrant dans le cadre de la PTME.

La maternité du CHU National Yalgado Ouédraogo sera notre centre de référence pour les pathologies compliquées associées à la grossesse.

Dans le cadre de la recherche une collaboration avec des structures de recherche spécialisées est nécessaire. Ces structures vont initier les recherches, assurer la partie technique et d'encadrement. Les structures que nous avons identifiées sont : l'OMS, le PNUD, l'ONUSIDA, l'université de Ouagadougou et l'Institut National de Recherche en Sciences de la Santé.

Cette liste n'est pas exhaustive et nous sommes prêt à travailler avec les étudiants ou toute autre personne morale lorsque nous aurions convenu d'un accord.

## IV-6-DESCRIPTION DES COMPOSANTES DU PROJET

**Tableau VIII :**

**Objectif spécifique 1 :** Accroître d'au moins 50% la proportion des femmes en âge de procréer et de femmes enceintes qui adhèrent au dépistage du VIH

Stratégies	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Vérification
Communication pour le Changement de comportement (CCC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer l'éducation sur le VIH/SIDA et les IST dans tout service de consultation au CMA</li> <li>- Renforcer le contenu des messages publicitaires et augmenter leur distribution dans les lieux publics et formations sanitaires du district sanitaire de Pissy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration du taux d'acceptation du test de dépistage par les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes.</li> <li>- Augmentation des cas d'IST pris en charge selon l'algorithme de prise en charge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de femmes en âge de procréer dépistées / Nombre de femmes en âge de procréer reçues</li> <li>- Nombre de femmes enceintes dépistées/ Nombre de femmes enceintes reçues en CPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- registres de consultation</li> <li>- registre du conseil dépistage volontaire et anonyme</li> <li>- registre du dépôt pharmaceutique (kit IST)</li> <li>- quantité de dépliants distribués</li> </ul>

**Tableau IX :**

**Objectif spécifique 2 : doubler la participation communautaire au modèle.**

<b>Stratégies</b>	<b>Actions</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateur de résultat</b>	<b>Vérification</b>
Plaidoyer auprès des associations de lutte contre le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parrainage des patientes,</li> <li>- rattacher chaque patiente à une association,</li> <li>- organisation d'activités récréatives et d'échange pour les patientes au sein des associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- augmentation du nombre de membre associatif participant aux activités de PTME,</li> <li>- parrainage de chaque patiente par une autre patiente ou un membre associatif,</li> <li>- diversification et régularité des activités proposées dans les associations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de membre associatif inscrit pour le volet PTME,</li> <li>- nombre de patientes parrainées,</li> <li>- variété et nombre d'activités réalisées par les associations.</li> </ul>	Rapport d'activité des associations

**Tableau X :**



**Objectif 3:** Développer un calendrier d'objectifs de formation pour le personnel et développer des axes de recherche,

Stratégies	Actions	Résultats attendus	Indicateur de résultat	Vérification
Formation continue et recyclage du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participation à des congrès, séminaire et échange sur la PTME,</li> <li>- organisation au sein du CMA de Pissy d'une formation continue une fois par semestre sur un point bien précis de la PTME,</li> <li>- mise en place d'une mini bibliothèque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout le personnel du CMA de Pissy est formé et informé sur la PTME,</li> <li>- Le personnel maîtrise les outils et s'intéresse à la PTME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'agents de santé formé ou recyclé,</li> <li>- Nombre de congrès, séminaires ou échanges auxquels le personnel a participé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rapport de formation,</li> <li>- rapport de mission,</li> <li>- registre de prêt à la bibliothèque.</li> </ul>
Recherche action ou d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rencontre avec les structures de recherches afin de proposer les services du CMA,</li> <li>- formation et composition d'une équipe de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les structures de recherches sont intéressées par le CMA,</li> <li>- l'équipe de recherche est fonctionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accord de recherche,</li> <li>- un membre de l'équipe au moins fait de la recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- résultat de la recherche,</li> <li>- publication de l'enquête.</li> </ul>

**Tableau XI :**

**Objectifs spécifiques 4 et 5 :** faire évoluer le modèle d'aide de soins vers la multi et l'interdisciplinarité

Permettre à toutes les femmes et à tous enfants infectés d'accéder à un traitement efficace et adéquat

<b>Stratégies</b>	<b>Actions</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Indicateur de résultat</b>	<b>Vérification</b>
Cadre de travail multi et interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- définition des tâches de chaque membre de l'équipe,</li> <li>- présence de disciplines variées dans l'équipe,</li> <li>- cadre de concertation régulier ouvert à tout intervenant dans la PTME,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'équipe de travail est multi et interdisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de spécialistes intervenants dans la PTME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composition de l'équipe de travail</li> <li>- Les registres de consultation</li> </ul>
Prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer l'équipe pluridisciplinaire,</li> <li>- faire de la recherche action,</li> <li>- diversifier le profil des intervenants à la consultation médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- augmentation du nombre de spécialiste intervenant dans la PTME,</li> <li>- publication d'un article scientifique par année</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre d'intervenants spécialistes,</li> <li>- protocole de recherche disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la revue dans laquelle l'article est publié,</li> <li>- le registre de consultation médicale</li> </ul>

## **IV-7- MONITORAGE, SUPERVISION ET ÉVALUATION DU PROJET**

### **IV-7-1-MONITORAGE**

Il va permettre de suivre les activités menées au CMA en rapport avec la PTME, ceci en collaboration avec tout le personnel impliqué et il permettra de rectifier le tir en temps opportun. Pour ce faire nous pourrions nous aider d'un logiciel de type Microsoft Project 2003 actuellement disponible ceci après une formation à son utilisation.

### **IV-7-2-SUPERVISION**

C'est une activité qui sera réalisée une fois par trimestre par une équipe mixte de personnes ressources composée à la fois des membres de l'équipe cadre de district (ECD) de Pissy, MSF, de la direction régionale du centre et du programme national PTME. Elle va s'intéresser aux différents supports, au personnel, aux patients, aux infrastructures, aux matériels médico-techniques et autres difficultés éventuelles rencontrées dans le cadre de la mise en œuvre de notre projet.

### **IV-7-3-EVALUATION**

Elle va permettre de mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés au départ du projet. Il s'agira d'une évaluation interne (auto-évaluation) tous les 6 mois et d'une évaluation externe tous les 12 mois associée à un audit financier. Il s'agira également d'une évaluation médico-économique (efficience).

## **IV-8-BUDGET PREVISIONNEL ET FINANCEMENT DU PROJET**

Le budget est une estimation et ne prend pas en compte les différentes variations liées à une quelconque inflation des prix. Certaines sommes proposées sont forfaitaires et ne sauraient en aucun cas refléter la réalité. Les grands traits du budget sont affectés :

- à la formation du personnel,
- au fonctionnement,

- à l'équipement des locaux,
- à la communication et la sensibilisation.

Le budget total du projet s'élève à **210 622 500 francs CFA** soit **407.275,441625 dollars US**.

Le financement sera fait à plusieurs niveaux après soumission et acceptation de notre projet:

- intervention de l'état Burkinabé par son expertise et sa subvention annuelle, laquelle subvention proviendrait de la coopération bilatérale et multilatérale
- les ARV, les médicaments anti-infections opportunistes, les réactifs de laboratoires seront acquis sur les dons et prêts internationaux liés au VIH/SIDA, dans le cadre des accords de coopération ou de donation,
- MSF interviendrait toujours et aura en plus à sa charge le coût des supervisions, monitoring et évaluations ainsi que le personnel inter et multidisciplinaire,
- Le CMIS par son expertise et une participation au volet de recherche.

Les grandes lignes du budget se trouvent résumées dans le tableau XII.

**Tableau XII : Détails du budget prévisionnel du projet**

ACTIVITÉS	DURÉE (année)	UNITÉ	COÛT UNITAIRE (CFA)	COÛT TOTAL (CFA)
<b>1- INFRASTRUTURES</b>				
- Réfection des locaux usagés du CMA de Pissy	1	4	200 000	800 000
- Agrandissement et normalisation du bloc opératoire	1	1	5 000 000	5 000 000
- Construction de deux bureaux de consultation	1	2	5 000 000	10 000 000
- Entretien et maintenance	5		500 000	500 000
<b>Sous total 1</b>				<b>16 300 000</b>
<b>2- TÉLÉCOMMUNICATION ET INTERNET</b>				
- Abonnement téléphonique	1	1	25 000	25 000
- Abonnement internet	1	1	35 000	35 000
<b>Sous total 2</b>				<b>60 000</b>
<b>3-FOURNITURE ET MATÉRIEL DE BUREAU</b>				
- Bureaux	1	2	150 000	300 000
- Fauteuils de bureau	1	2	75 000	150 000
- Bancs	1	10	5000	50 000
- Chaises visiteurs	1	6	15 000	90 000
- Tables d'examen gynécologique	1	2	150 000	300 000
- Meubles de rangement	1	2	100 000	200 000
- Consommables de bureau	1		2 000 000	2 000 000
- Réfrigérateur	1	1	250 000	250 000
- Climatiseur	1	2	150 000	300 000
- Maintenance du matériel de froid	5		100 000	500 000
<b>Sous total 3</b>				<b>4 140 000</b>
<b>4-FORMATION</b>				
<b>MANUELS DE FORMATION</b>				
- Révision des modules existants	5	1	30 000	150 000
- Confection des guides de formation	10	20	2500	500 000
<b>FOURNITURE DE BUREAU POUR LA FORMATION</b>				
- Bloc note	10	20	1500	300 000
- Stylo a bille bleue	10	20	75	15 000
- Crayon de papier	10	20	50	10 000
- Gomme	10	20	200	40 000

- Chemise plastique a rabat	10	20	500	100 000
<b>FORFAIT TRANSPORT</b>				
- Formateurs	10	3 x 7 jours	15 000	3 150 000
- Participants	10	3 x 7 jours	5000	7 000 000
<b>RESTAURATION/PAUSE-CAFÉ</b>	10	23 x 7 jours	1000	1 610 000
<b>Sous total 4</b>				<b>12 875 000</b>
<b>5- FONCTIONNEMENT</b>				
- Forfait carburant				3 000 000
- Indemnités annuelles de motivation des cadres du CMA	5		10 000 000	50 000 000
- Indemnités annuelles de motivation du personnel de soutien	5		10 000 000	50 000 000
- Forfait reversé aux associations pour la motivation de leur membre	5		5 000 000	25 000 000
- Frais annuels téléphoniques	5		600 000	3 000 000
- Frais annuels Internet	5		420 000	2 100 000
<b>Sous total 5</b>				<b>133 100 000</b>
<b>6- SENSIBILISATION</b>				
<b>Sous total 6 forfait sensibilisation</b>				<b>25 000 000</b>
<b>Total</b>				<b>191 475 000</b>
<b>IMPREVUS (10 % du total)</b>				<b>19 175 000</b>
<b>TOTAL BUDGET (CFA)</b>				<b>210 622 000</b>
<b>TOTAL BUDGET (Dollar US)</b>				<b>407.275,441625</b>

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

## **IV-9-OBSTACLES PROBABLES ET PERSPECTIVES DU PROJET**

A l'issue de la mise en place de notre projet, nous nous attendons à certains obstacles qui prévus tôt peuvent trouver solution entièrement ou partiellement. Ainsi donc nous pouvons citer :

- les obstacles socio-culturelles : les femmes ne peuvent pas toujours se libérer pour assister aux activités se déroulant en dehors du cadre familial, donc il faudrait que nos activités soient matinales et rapides pour leur permettre de s'occuper de leur famille,
- les obstacles économiques : la baisse des recettes de la formation sanitaire due à la gratuité du projet, les patients en participant à nos activités auront soit un manque à gagner soit des charges supplémentaires dues aux moyens de transport, donc prévoir une compensation du manque à gagner,
- obstacle lié à l'acceptation de notre projet par les agents de santé, par le ministère de la santé ou par les différents bailleurs de fonds, donc prévoir dans quel cadre notre projet pourrait être remodelé ou déplacer vers une autre structure,
- les perdus de vue et les décès pourraient survenir à chacune des étapes de la prise en charge, donc il va falloir insister sur le rôle à jouer par les membres des associations de lutte contre le VIH/SIDA.

Au delà de ces obstacles, nous pensons que notre projet ouvre des perspectives qui sont :

- la contribution à la réalisation des activités du programme national PTME,
- la mise en place d'un réseau d'experts dans le domaine de la PTME au sein du CMA de Pissy,
- plus globalement la contribution à la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

#### IV-10-CHRONOGRAMME DES ACTIVITÉS

Année Mois	2008												2009				2010				2011				2012						
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	...	D	J	F	...	D	J	F	...	D	J	F	...	D			
Présentation du projet aux autorités administratives, aux partenaires et aux différents intervenants	■																														
Acquisition du matériel, construction bureaux et agrandissement du bloc opératoire	■	■	■																												
Formation du personnel	■					■								■		■		■		■		■		■		■		■		■	
Activité de dépistage et de prise en charge médicale				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Supervision						■				■				■				■				■				■				■	
Évaluation										■				■				■				■				■				■	



## CHAPITRE V : CONCLUSION

Au départ de l'infection à VIH, l'on mettait l'accent sur la prévention, puis ce fut le temps de la prise en charge des infections opportunistes, puis la trithérapie antiretrovirale. Mais on a observé à une certaine période un relâchement de la prévention. De nos jours, l'infection à VIH est considérée comme une maladie chronique car il existe de très bonnes molécules et le suivi est bien codifié permettant de maintenir et de prolonger la qualité de vie. La PTME prend en compte aussi bien l'aspect préventif que l'aspect curatif de l'infection à VIH.

Au Burkina Faso, le programme national PTME s'installe progressivement sur l'ensemble du territoire national avec intégration au paquet minimum d'activités de la maternité/SMI.

Au terme de notre étude nous avons relevé que la PTME avait bien démarré au CMA de Pissy et que des résultats intéressants ont été obtenus mais tout de même certains points restaient à améliorer. D'où, notre stage au CMIS du CHU Sainte-Justine de Montréal afin de comparer les deux systèmes et de proposer une stratégie pour l'amélioration de la PTME au CMA de Pissy.

La stratégie que nous avons proposée est un plan de renforcement de la PTME au sein du CMA de Pissy qui va s'étaler sur cinq années. Nous allons mettre l'accent sur la formation, la recherche et l'implication de la famille des patientes à travers l'action des associations.

Pour HOUNTON et coll., au regard de tous les facteurs de vulnérabilités des femmes vis-à-vis de l'infection à VIH/SIDA, il est important de considérer l'« empowerment » des femmes, les problèmes d'inégalités de genre et la pauvreté comme la base des stratégies dans les programmes de prévention de l'infection à VIH/SIDA (Hounton et al., 2005).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**AGONNOUDE T M.** La lutte contre les IST/VIH/SIDA: propositions inspirées de l'expérience des organismes communautaires montréalais dans ce domaine pour une approche intégrée en milieu rural [la commune de Glazoué dans le département des Collines (Bénin)]. *Université Senghor, mémoire de DEPA*, 2005, 124p.

**Aline M.** Difficultés pour suivre le circuit de PTME à Ouahigouya. Août 2004, *Développement et Santé*, n°172, 3p.

**Centre Médical avec Antenne Chirurgicale de Pissy.** Micro plan 2006. 2005, 33p.

**CHU Sainte-Justine.** Le centre hospitalier universitaire mère-enfant. Avril 2006; 24p.

**CNLS-IST Burkina Faso, ONUSIDA.** Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. *Rapport UNGASS-Burkina Faso*, 2005. 19p.

**Connor 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** (18): 1173-1180.

**Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST :** cadre stratégique.

Consulté le 12 mai 2006 sur le site web : [www.cnls.bf](http://www.cnls.bf)

**Dabis F, Msellati P, Meda N. et al.** Six-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 Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre. *The Lancet*, 1999, 353, 786-92.

**David C. ; Katherine H. ; Andrew B. ; Beverley D. ; Fareed A. ; Eric G.** Efficacité du premier programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, mené en Afrique du Sud à l'échelle du district. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005; 83:489-494.

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

**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.

**Forbes J.; Samson L.; Alimenti A.; Money D.; Singer J.; Lapointe N.** Perinatal HIV transmission seen in the Canadian Perinatal HIV Surveillance Projet from 1990 to 2005. Presentation of Canadian Pediatric AIDS Research Group; 24 diapositives.

**Kintin FD et al.** Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les travailleuses du sexe et leurs partenaires masculins à Ouagadougou, Burkina Faso. *Conseil national de lutte contre le sida et les IST, CIDA, CCSID*, Ouagadougou, 2004.

**Hankins C.A; Laberge C.; Lapointe N.; Lai Tung M.T.; Racine L.; O'Shaughnessy.** HIV infection among Quebec women giving birth to live infants. *CAN MED ASSOC J* 1990; 143 (9); p. 885-893.

**HOUNTON H. S., CARABIN H., HENDERSON N. J.** *Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: A cross sectional survey.* *BMC Public Health* 2005, **5**:8.  
Consulté le 27 juillet 2006 sur le site web : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/8>

**Institut National de Statistiques et de Démographie (INSD) :** Résultats de l'Enquête Burkinabè sur les Conditions de Vie des Ménages (EBCVM). Ouagadougou, 2003.

**Goman P.JM.** Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Cote-d'Ivoire a partir de l'expérience Canadienne (hôpital Sainte-Justine de Montréal). *Université Senghor, mémoire de DEPA*, 2005, 94p.

**Médecins Sans Frontières/Luxembourg** : projet Sida à Ouagadougou.

Consulté le 04 mai 2006 sur le site web : [www.msf.lu](http://www.msf.lu)

**Médecins sans Frontières**. Prise en charge des PVVIH/SIDA dans le district sanitaire de Pissy : rapport annuel 2005. Avril 2005, 50p.

**Ministère de la santé (Burkina Faso)**. Statistiques Sanitaire 2004. 2005, 102 p.

**Ministère de la santé (Burkina Faso)**. État d'avancement de la mise en œuvre du programme d'accélération de l'accès au traitement par les ARV (TAP) Deuxième Réunion Panel Régional des Conseillers (PRC). Présentation PowerPoint, , Décembre 2005, 34p.

**Ministère de la santé et des services sociaux (Canada), Agence de santé publique du Canada**. Actualités en épidémiologie sur le VIH. Mai 2005. p.39.

**Ministère de la santé et des services sociaux (Canada), Agence de santé publique du Canada**. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA*. Mai 2004. p 110.

**Newell M.L.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : un défi pour cette décennie. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (12) : 1138-1144.

**OMS**. Des soins novateurs pour les affections chroniques. ISBN : 9242590177, 2003, 105p.

**OMS**. Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso : une démarche contractuelle originale, étude de cas. *Bibliothèque de l'OMS*, 2004, ISBN 92 4 259129 7; 36p.

**OMS**. Traitement antirétroviraux : perspectives et réalité sauver des mères, sauver des familles : l'initiative PTME plus. 2004, ISBN 92 4 259089 4, 17p.

**OMS**. Résumé du rapport mondial sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. 2005, 21p.

**OMS, CDC.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : manuel générique de formation, manuel du participant. 2006, ISBN 978 92 4 259204 7, 245p.

**OMS, ONUSIDA.** Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà. Mars 2006, 84p.

**ONUSIDA.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. 1999, 18p.

**ONUSIDA, OMS.** Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2002, 42p.

**ONUSIDA.** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : 4ème rapport mondial. Juillet 2004, 236 p.

**ONUSIDA, OMS.** Le point sur l'épidémie : rapport spécial sur la prévention du VIH. Décembre 2005, 104p.

**ONUSIDA.** Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2006 : édition spéciale 10ème anniversaire de l'ONUSIDA, 676p.

**Piot P., Coll-Seck A.** Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, recueil d'articles n°2, 2000, réf. 0357, p. 9-10.

**Shaffer N., Chuachoowong R., Mock P., Bhadrakom C., Siriwasin W., Young N.L., Chotpitayasunondh T., Chearskul S., Roongpisuthipong A., Chinayon P., Karon J., Mastro T.D., Simonds R.J.** Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand. *The Lancet*, 1999, 353, 773-80.

**Santé Canada.** *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 31 décembre 2002.* Ottawa : Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, *Santé Canada*, avril 2003.

**Sawadogo I., S.** Expérience de la CAMEG dans l'approvisionnement en ARV/ Expérience de la CAMEG dans l'approvisionnement en ARV. Présentation PowerPoint, Dakar 2006, 39 diapositives.

**Tiendrebeogo R., Dabiré B.** Projet Sida de Médecins Sans Frontières : PTME/VIH. Présentation PowerPoint, Mai 2005, 23 diapositives.

**UNICEF.** Appel à l'action : les enfants la face cachée du SIDA. ISBN-13: 978-92-806-3927-8, 2005, 28p.

**UNICEF** – En bref : Burkina Faso – Statistics.

Consulté le 04 mai 2006 sur le site web :

[http://www.unicef.org/french/infobycountry/stas\\_popup1.html](http://www.unicef.org/french/infobycountry/stas_popup1.html)

**VAN ENGELGEM Ian.** Stratégies novatrices de prise en charge des maladies chroniques; Proposition d'un modèle de prise en charge des PVVIH à Conakry, Guinée. Mémoire fait à l'Institut de Médecine Tropicale *Prince Léopold*, 2005, 54p.

**Wiktor S., Ekpini E., Karon J.M., Nkengasong J., Severin S.T., Roels T.H., Kouassi M.K., Lackritz E.M., Coulibaly I.-M., Greenberg A.E.** Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire. *The Lancet*, 1999, **353**, 781-85.

# **ANNEXES**

**Annexe 1 :  
Femme enceinte infectée par le VIH**

**PROTOCOLE DE PRÉLÈVEMENTS ET DE SUIVI**

<b>1<sup>er</sup> trimestre ou première visite (0-12 semaines)</b>	<b>Surveillance Toxicité 2 semaines Post Tx</b>	<b>2<sup>e</sup> trimestre (13-28 semaines)</b>	<b>3<sup>e</sup> trimestre (29-42 semaines)</b>	<b>Post partum (6 semaines)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Groupe sanguin RH</b> <b>Séro-immunologie (4)</b> VIH routine anti-VIH <b>Hépatite A (Ac)</b> <input type="checkbox"/> HAIGG Hep A IgG <b>Hépatite B (Ac)</b> <input type="checkbox"/> HBSAG anti-HBs-Ag <b>Hépatite C (Ac)</b> <input type="checkbox"/> HCVAC anti-HCV <b>Toxoplasmose</b> <input type="checkbox"/> TOXO agglutination <input type="checkbox"/> TOXOG Toxo IgG			<b>Séro-immunologie (4)</b> <b>Hépatite A (Ac)</b> <input type="checkbox"/> HAIGG Hep A IgG <b>Hépatite B (Ac)</b> <input type="checkbox"/> HBSAG anti-HBs-Ag <b>Hépatite C (Ac)</b> <input type="checkbox"/> HCVAC anti-HCV	
<b>Biochimie-1</b> TSH Hémoglobines/protéines <input type="checkbox"/> Électrophorèse des Hb		<b>Biochimie-1</b> Épreuves fonctionnelles DGL50 diabète gestationnel		
<b>Virologie : anticorps</b> <input type="checkbox"/> rubéole IgG (DO) Cytomégalovirus IgG (DO) <input type="checkbox"/> Syphilis RPR			<b>Virologie : anticorps</b> <input type="checkbox"/> Syphilis RPR	
<b>Hématologie (2)</b> <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle <input type="checkbox"/> HHSD test falciformation	<b>Hématologie (2)</b> <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle		<b>Hématologie (2)</b> <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle	



**Annexe 1 (suite) :**  
**Femme enceinte infectée par le VIH**  
**(Suite )**

**PROTOCOLE DE PRÉLÈVEMENTS ET DE SUIVI**

1 <sup>er</sup> trimestre ou première visite (0-12 semaines)	Surveillance Toxicité 2 semaines Post Tx	2 <sup>e</sup> trimestre (13-28 semaines)	3 <sup>e</sup> trimestre (29-42 semaines)	Post partum <b>(6 semaines)</b>
Hématologie : coagulation <input type="checkbox"/> coagulogramme <input type="checkbox"/> T Prothrombine /INR		Hématologie : coagulation <input type="checkbox"/> coagulogramme <input type="checkbox"/> T Prothrombine /INR	Hématologie : coagulation <input type="checkbox"/> coagulogramme <input type="checkbox"/> T Prothrombine /INR	
<b>Chimie générale (3) ou (4)</b> <input type="checkbox"/> ALB Albumine <input type="checkbox"/> BUN3 Azote uréique <input type="checkbox"/> CREA Créatinine <input type="checkbox"/> URIC Ac urique <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine totale <input type="checkbox"/> ALT ALT <input type="checkbox"/> AST AST <input type="checkbox"/> CK Créatinine kinase <input type="checkbox"/> GGT $\gamma$ -GT <input type="checkbox"/> ALK posphatase alcaline <input type="checkbox"/> LDHSP LDH	<b>Chimie générale (3) ou (4)</b> <input type="checkbox"/> ALB Albumine <input type="checkbox"/> BUN3 Azote uréique <input type="checkbox"/> CREA Créatinine <input type="checkbox"/> URIC Ac urique <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine totale <input type="checkbox"/> ALT ALT <input type="checkbox"/> AST AST <input type="checkbox"/> CK Créatinine kinase <input type="checkbox"/> GGT $\gamma$ -GT <input type="checkbox"/> ALK posphatase alcaline <input type="checkbox"/> LDHSP LDH	<b>Chimie générale (3) ou (4)</b> <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine totale <input type="checkbox"/> ALT ALT <input type="checkbox"/> AST AST <input type="checkbox"/> CK Créatinine kinase <input type="checkbox"/> GGT $\gamma$ -GT <input type="checkbox"/> ALK posphatase alcaline <input type="checkbox"/> LDHSP LDH	<b>Chimie générale (3) ou (4)</b> <input type="checkbox"/> BILT Bilirubine totale <input type="checkbox"/> ALT ALT <input type="checkbox"/> AST AST <input type="checkbox"/> CK Créatinine kinase <input type="checkbox"/> GGT $\gamma$ -GT <input type="checkbox"/> ALK posphatase alcaline <input type="checkbox"/> LDHSP LDH	
<b>Biochimie-/Urine</b> <input type="checkbox"/> UROUT Analyse de routine				

**Annexe 1 (suite) :**  
**Femme enceinte infectée par le VIH**  
**(Suite )**

**PROTOCOLE DE PRÉLÈVEMENTS ET DE SUIVI**

1 <sup>er</sup> trimestre ou première visite (0-12 semaines)	Surveillance Toxicité 2 semaines Post Tx	2 <sup>e</sup> trimestre (13-28 semaines)	3 <sup>e</sup> trimestre (29-42 semaines)	<b>Post partum (6 semaines)</b>
Bactériologie /Urine Mi-jet Culture				
Immuno-hématologie spéciale <b>(phénotypage)</b> Lymphocytes T CD3 CD4 CD8 Lymphocytes B CD19 Cellules NK CD16 CD56		Immuno-hématologie spéciale <b>(phénotypage)</b> Lymphocytes T CD3 CD4 CD8 Lymphocytes B CD19 Cellules NK CD16 <input type="checkbox"/> CD56	Immuno-hématologie spéciale <b>(phénotypage)</b> Lymphocytes T CD3 CD4 CD8 Lymphocytes B CD19 Cellules NK CD16 <input type="checkbox"/> CD56	
<b>CMIS immunologie (6)</b> <input type="checkbox"/> étude immunologique VIH 20 ml EDTA 5 ml tube sec <input type="checkbox"/> charge virale VIH 10 ml EDTA <input type="checkbox"/> génotypage résistance VIH 5 ml EDTA		<b>CMIS immunologie (6)</b> <input type="checkbox"/> étude immunologique VHC 20 ml EDTA 5 ml tube sec <input type="checkbox"/> charge virale VIH 10 ml EDTA	<b>CMIS immunologie (6)</b> <input type="checkbox"/> étude immunologique VHC 20 ml EDTA 5 ml tube sec <input type="checkbox"/> charge virale VIH 10 ml EDTA <input type="checkbox"/> génotypage résistance VIH 5 ml EDTA	<b>CMIS immunologie (6)</b> <b>Sur demande</b> <b>Tél à Martine</b> <input type="checkbox"/> étude immunologique VIC 20 ml EDTA 5 ml tube sec <input type="checkbox"/> charge virale VIH 10 ml EDTA

(1) gris  
lavande

(3) vert héparine (4) rouge (5) heure et date dernière dose

(6) **CMIS immunologie, téléphone 6218 (Martine Caty) porte 3713**

**Annexe 2 :** HÔPITAL SAINTE-JUSTINE  
**PROGRAMME SIDA**  
**PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH**

ÉTAPES D'INTERVENTION	ÉTAPE 1	ÉTAPE 2	ÉTAPE 3
	Salle d'accouchement	Post partum	Nouveau-né
	Utiliser l'ordonnance médicale correspondante		
CONSULTATIONS	<p><b>Dès l'arrivée de la patiente, AVISER :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infirmière clinique GAMI Joanne MOREAU ☎ 2860, pagette 5618</li> <li>✓ CMIS (laissez message) ☎ 6466</li> </ul>	<p><b>AVISER :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infirmière clinique GAMI Joanne MOREAU ☎ 2860, pagette 5618</li> <li>✓ Infirmière clinique immunologie spéciale Manon DIONNE ☎ 5939, pagette 6272</li> </ul>	<p>En cas de problèmes, :</p> <p><b>faire signaler le médecin de garde SIDA</b></p>
LABORATOIRES	<p><b>PLACENTA</b></p> <p>Voir réquisition pathologie jointe</p>	<p>Prélèvements sanguins</p> <p>Voir ordonnance correspondante</p>	<p><b>Prélèvements sanguins</b></p> <p>Voir ordonnance correspondante</p>
ENSEIGNEMENT		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseignement standard à la nouvelle mère</li> <li>✓ Enseignement sur alimentation avec lait artificiel</li> <li>✓ Enseignement sur la prise de médicaments</li> </ul>	
PLANIFICATION	<p>Chambre privée</p> <p><b>Très important : FAXER</b> sommaire d'accouchement aux 4897, 4794, 4878</p>	<p><b>1<sup>er</sup> RV pour la mère</b> : 6 semaines post partum organisé par l'infirmière GAMI (Joanne Moreau)</p> <p><b>1<sup>er</sup> RV pour le bébé</b> : 15 jours de vie organisé par l'infirmière de la clinique d'immuno-spéciale (Manon Dionne)</p>	
SOUTIEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <b>accorder une attention constante au respect de la confidentialité</b></li> <li>♦ contacter l'équipe du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA pour tout problème particulier (<i>voir liste au verso</i>)</li> </ul>		


## Annexe 3 :

## CENTRE MATERNEL ET INFANTILE SUR LE SIDA

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

**Annexe 4 :** HÔPITAL STEINTE-JUSTINE  
 CHU mère-enfant, Université de Montréal

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_  
 PATHOLOGIES CHRONIQUES : \_\_\_\_\_  
 ALLERGIES : \_\_\_\_\_  
 AUCUNE ALLERGIE CONNUE   
 Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_ S.C. (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

DATE	INFIRMÈRE	ORDONNANCES MÉDICALES
HEURE DE PRESCRIPTION	<b>Cochez lorsque fait</b>	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
		<b>PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH</b> <b>ÉTAPE 1 : SALLE D'ACCOUCHEMENT</b>
	<input type="checkbox"/>	✓ Débuter la <b>zidovudine (AZT) i.v.</b> dès l'admission de la patiente et poursuivre jusqu'au clampage du cordon ombilical ✓ Si <b>césarienne éleçtive</b> , débuter la <b>zidovudine (AZT) i.v. 2 heures</b> avant l'intervention
	<input type="checkbox"/>	Préparation de la solution de zidovudine à 4 mg / ml <b>ENLEVER 40 ML D'UN SAC DE 100 ML DE D5% + NaCl 0,45% OU DE D5%</b> <b>AJOUTER 2 AMPOULES SOIT 40 ML (400 MG) DE ZIDOVUDINE (AZT) IV</b> Chaque ampoule contient 10 mg/ml (20ml) NB : Il y a des ampoules dans la pharmacie de la salle d'accouchement
		<b>ADMINISTRATION DE LA ZIDOVUDINE SURVEILLANCE IV</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Dose de charge :</b> (à l'admission) 2 mg/kg x dose iv en 60 minutes : <b>2 mg x _____ kg = _____ mg + 4 mg/ml = _____ ml / heure</b> <b>pour 1 heure</b> ✓ Installer la perfusion sur pompe, en dérivé du soluté primaire ; ✓ Signes vitaux chaque 15 minutes
	<input type="checkbox"/>	<b>Dose de maintien :</b> jusqu'à l'accouchement : <b>1 mg/kg</b> <b>1 mg x _____ kg = _____ mg + 4 mg/ml = _____ ml / heure</b> <b>jusqu'au clampage</b> ✓ Signes vitaux chaque heure ✓ Renouveler la solution aux <b>8 heures</b> ✓ À l'expulsion du <b>placenta</b> envoyer en pathologie avec requête ci-jointe : ♦ 1 morceau dans formol ♦ 1 morceau à congeler à -70°C
	<input type="checkbox"/>	<b>PAS</b> d'allaitement maternel pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>I M P O R T A N T</b>  <b>AVANT LE TRANSFERT EN POST PARTUM</b> ✓ DEMANDER une chambre privée (prescription médicale) ✓ <b>REPRESCRIRE ANTIRÉTROVIRAUX pour période d'hospitalisation</b> <b>dans le doute re-prescrire ce que la patiente prenait durant la grossesse</b> <b>VOIR PRESCRIPTION PAGE SUIVANTE</b> ✓ FAXER le sommaire d'accouchement (recto/verso) <b>4897 : clinique d'immunologie spéciale</b> <b>4794 : CMIS</b> <b>4878 : GAMI</b>

**ORDONNANCES DU MÉDECIN** Programme SIDA

Créé janvier 2002

Révisé : juin 2004 Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

# F4221-1

MD responsable : Dr Marc Boucher

MD Traitant

**Annexe 5 : HÔPITAL SAINTE-JUSTINE**  
**CHU mère-enfant, Université de Montréal**

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_  
 PATHOLOGIES CHRONIQUES : \_\_\_\_\_  
 ALLERGIES : \_\_\_\_\_  
 AUCUNE ALLERGIE CONNUE   
 Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_ S.C. (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

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
			<b>PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH ÉTAPE 2 : POST PARTUM</b>
	<input type="checkbox"/>		✓ Chambre privée _____ _____ _____
			<b>PRÉLÈVEMENTS :</b>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Hématologie</b> <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle <b>Immuno-hématologie spéciale (phénotypage)</b> <input type="checkbox"/> CD3 <input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> CD8 <input type="checkbox"/> CD19 <input type="checkbox"/> CD16 <input type="checkbox"/> CD56 <b>CMIS immunologie</b> charge virale VIH (10 ml EDTA) voir requête ci-jointe) <b>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)</b> (En dehors de ces journées, le prélèvement sera fait lors du rendez-vous en clinique externe d'immunologie spéciale)
			<b>PLANIFICATION DU DÉPART :</b>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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

Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ F4221-1  
 MD responsable : Dr Marc Boucher MD traitant

**Annexe 6 : 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 <sup>2</sup> ) : _____																					
DATE	INFIRMÈRE	ORDONNANCES MÉDICALES																					
HEURE DE PRESCRIPTION	<b>Cochez lorsque fait</b>	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																					
		<b>PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH</b> ÉTAPE 3 : NOUVEAU-NÉ																					
	<input type="checkbox"/>	✓ Donner une formule de <b>lait artificiel</b> 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 <b>8 et 12 heures après la naissance</b> Si le bébé doit rester <b>NPO</b> , aviser immédiatement le <b>MD de garde SIDA</b>																					
		<b>PRESCRIPTION : agents antirétroviraux</b>																					
	<input type="checkbox"/>	les agents prescrits à l'enfant sont fonction de ce que la mère prenait durant la grossesse.																					
		<table border="1"> <tr> <td><b>POSOLOGIE :</b></td> <td>MÈRE</td> <td>NOUVEAU-NÉ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>zidovudine (AZT, Rétrovir) : 2 mg / Kg</b></td> <td>Double Tx</td> <td>AZT-3TC</td> </tr> <tr> <td>_____ (poids) x 2 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 6 heures</td> <td>Triple ou quadruple</td> <td>AZT-3TC-NFV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>lamivudine (3TC, Épivir) : 2 mg / Kg / dose</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____ (poids) x 2 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 12 heures</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>nelfinavir (NFV, Viracept) : 40 mg / Kg / dose</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____ (poids) x 40 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 12 heures</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>POSOLOGIE :</b>	MÈRE	NOUVEAU-NÉ	<input type="checkbox"/> <b>zidovudine (AZT, Rétrovir) : 2 mg / Kg</b>	Double Tx	AZT-3TC	_____ (poids) x 2 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 6 heures	Triple ou quadruple	AZT-3TC-NFV	<input type="checkbox"/> <b>lamivudine (3TC, Épivir) : 2 mg / Kg / dose</b>			_____ (poids) x 2 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 12 heures			<input type="checkbox"/> <b>nelfinavir (NFV, Viracept) : 40 mg / Kg / dose</b>			_____ (poids) x 40 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 12 heures		
<b>POSOLOGIE :</b>	MÈRE	NOUVEAU-NÉ																					
<input type="checkbox"/> <b>zidovudine (AZT, Rétrovir) : 2 mg / Kg</b>	Double Tx	AZT-3TC																					
_____ (poids) x 2 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 6 heures	Triple ou quadruple	AZT-3TC-NFV																					
<input type="checkbox"/> <b>lamivudine (3TC, Épivir) : 2 mg / Kg / dose</b>																							
_____ (poids) x 2 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 12 heures																							
<input type="checkbox"/> <b>nelfinavir (NFV, Viracept) : 40 mg / Kg / dose</b>																							
_____ (poids) x 40 mg/kg = _____ mg p.o. chaque 12 heures																							
		(Arrondir à la dizaine près) L' <b>AZT</b> et le <b>3TC</b> sont servis en sirop, à une concentration de <b>10 mg / ml</b> . Le <b>NFV</b> 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)																					
		<b>VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B :</b>																					
		<b>STATUT de la mère</b>																					
	<input type="checkbox"/>	VACCINATION du nouveau-né																					
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">HBsAg</td> <td>+</td> <td><input type="checkbox"/> Globuline hyperimmune HBIG (0,5 ml) <i>i.m.</i> Délai : moins de 12 heures après la naissance</td> </tr> <tr> <td>ou inconnu</td> <td><input type="checkbox"/> RECOMBIVAX sans thimérosal (10 mcg / ml) Dose : 0,5 ml / <i>i.m.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> <td><input type="checkbox"/> RECOMBIVAX sans thimérosal (10 mcg / ml). Dose : 0,5 ml / <i>i.m.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ou en cours de vaccination</td> <td></td> </tr> </table>	HBsAg	+	<input type="checkbox"/> Globuline hyperimmune HBIG (0,5 ml) <i>i.m.</i> Délai : moins de 12 heures après la naissance	ou inconnu	<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>		ou en cours de vaccination											
HBsAg	+	<input type="checkbox"/> Globuline hyperimmune HBIG (0,5 ml) <i>i.m.</i> Délai : moins de 12 heures après la naissance																					
	ou inconnu	<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>																					
	ou en cours de vaccination																						

**ORDONNANCES DU MÉDECIN**

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

Signature : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
 MD responsable : Dr Normand Lapointe MD traitant

DIAGNOSTIC : _____ PATHOLOGIES CHRONIQUES : _____ ALLERGIES : _____ AUCUNE ALLERGIE CONNUE <input type="checkbox"/> Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ S.C. (m <sup>2</sup> ) : _____		
DATE	INFIRMÈRE	ORDONNANCES MÉDICALES 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
HEURE DE PRESCRIPTION	Cochez lorsque fait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FAXER À LA PHARMACIE DATE-HEURE-INIT
PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PÉRINATALE DU VIH ÉTAPE 3 : NOUVEAU-NÉ (suite)		
<input checked="" 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. <input checked="" type="checkbox"/> Noter le poids du bébé chaque jour <b>Les médicaments doivent être administrés au moment des biberons</b> (Faire l'enseignement à la mère et la faire pratiquer)		
PRÉLÈVEMENTS : <input checked="" type="checkbox"/> AVANT DE DÉBUTER LA MÉDICATION ANTIRÉTROVIRALE		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Bilan pré-médication	<b>Hématologie</b> <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle <b>Chimie générale</b> <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
<input checked="" type="checkbox"/> AVANT LE DÉPART		
	Bilan de toxicité	<b>Hématologie</b> <input type="checkbox"/> FSCA F.S.C. et différentielle <b>Chimie générale</b> <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 <b>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).</b>
PLANIFICATION DU DÉPART :		
		<input checked="" 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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



## Encadré 1

### **LE CADRE DE REFERENCE DE WAGNER/OMS (RESUME)**

Wagner était un des premiers à décrire ce changement de paradigme de soins pour les maladies aiguës vers les soins pour les maladies chroniques. Son concept a été repris récemment par l'OMS.

Au centre de cette nouvelle approche se trouve le patient et son entourage direct.

Les systèmes de soins doivent les intégrer de plus en plus comme des acteurs actifs dans la prise en charge de leur maladie. Des valeurs telles que la **continuité des soins**, la prise en charge du patient dans sa **globalité** et la **participation communautaire** sont mises en avant.

Source : Van Engelgmen Ian

## **Annexe 9 : Protocole thérapeutique du CMA de Pissy**

Le protocole administré est en parfaite adéquation avec les recommandations du programme national PTME et de l’OMS.

### **- Prophylaxie**

#### ➤ CHEZ LA MÈRE

Cette prophylaxie comporte les médicaments suivants :

- Cotrimoxazole 960 mg /j après le 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse,
- 1 comprimé de multi vitamine /j,
- 1 comprimé de fer/j,
- 3 comprimés de chloroquine 100 mg/ semaine.

#### ➤ CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Un seul produit est proposé, il s’agit du Cotrimoxazole 480 mg suspension 5ml/kg fois 3 par semaine.

### **- Prophylaxie PTME-ARV**

La mise sous ARV des femmes enceintes est fonction des CD4 et du stade OMS (Tiendrebeogo R., 2005).

Il en découle deux possibilités :

- stade OMS 1 ou 2 et CD4>350 cellules/ $\mu$ l, prévention de la TME par protocoles antirétroviraux PTME et choix d’un type d’allaitement a moindre risque,
- stade OMS 3 et 4 et/ou CD4<350 cellules/ $\mu$ l, trithérapie antiretrovirale traite la femme elle-même et qui servirait pour la TME.

Ainsi en fonction du sérotype du VIH on a les protocoles PTME suivants :

#### ➤ Schéma VIH 1 ou VIH 1+2

Mère sous protocole PTME selon la situation clinique:

- Soit 200 mg NVP (1 cp 200 mg) en prise unique pendant le travail,
- Soit 600 mg AZT (2 cp 300 mg) en prise unique pendant le travail,
- Soit AZT 300mg deux fois par jour pendant 1 semaine après l'accouchement.

Nouveau-né :

- Soit 1 seule dose de NVP sirop à raison de 2mg/kg (0,2ml/kg) juste après la naissance (pour minimiser les perdus de vue),
- Soit AZT sirop 4 mg/kg (0,4ml/kg) 2 fois par jour pendant 1 semaine en commençant juste après la naissance.
  - Schéma VIH 2 (AZT uniquement)

Mère sous protocole PTME :

- AZT 600mg en début de travail

Nouveau-né :

- AZT 4 mg/kg (0,4ml/kg) 2 fois par jour pendant 7 jours en commençant aussi tôt que possible après la naissance

NB: Quand on ne connaît pas le type de VIH, appliquer le protocole VIH1+2

➤ Les régimes ARV possible de la mère

- 3TC+D4T+NVP
- ou 3TC+D4T+NFV
- ou AZT+3TC+NVP
- ou AZT+3TC+NFV

sous protocole PTME

**Annexe 10 : Fiche FUSCHIA pour patiente de la PTME au CMA de Pissy**

N° d'identification cohorte : 007101105		CMA : Pissy			
M - F	Date de nais.. 25.01.1997	Age : 35ans	Taille : 1m64		
Origine géographique : Sect 09			Mode d'entrée : CMA/P		
N° de contact: 70-25-43-19			Profession : Sage-femme Active? oui		
Situation matrimoniale: célibataire			HIV positive: <input checked="" type="checkbox"/> oui / non / pas spécifié <input checked="" type="checkbox"/> VIH1 / VIH2 / VIH1+2/?		
Nombre d'enfants: 00			Si oui, la date du premier test: 15.10.2000		
<b>Allergie :</b>					
ATCD	Date	27/1/05			
Clinique	A temps/ Trop tard/Non planifié	AC			
	Consultation / Hospitalisation	C			
	Date de sortie de l'hôpital				
	Motif de sortie de l'hôpital Trans/Absente/Decede/Ac Med/Stage Term				
Poids :	BMI :	60kg			
Antécédents cliniques/ Symptômes cliniques durant la consultation : codes N: Nouveau/C: Continu/R: Recidivant					
Stade asymptomatique					
A	Perte de poids <10%				
	Manifest cutanéomuqueuses mineures	C			
	Herpes Zoster ( <5 ans)				
	Infection respir sup récurrentes				
	Garde le lit < 50% du jour				
	Perte de poids > 10%				
	Diarrhée chronique > 1 mois				
A	Fièvre const ou intermit > 1 mois				
	Candidose orale				
	Candidose vulvo-vag >1 mois				
	TBP ( 12 mois précédents )				
	Pneumonie bact sévère				
	Autre infection bact sévère				
	Leucoplasie chevelue orale				
	Garde le lit > 50% du jour				
	Syndrome cachectique				
	Cryptococcose extrapulm.				
	PCP				
	Toxoplasmose cérébrale				
	Eucephalopathie, démence				
	Candidose oesoph., Trachée				
	TB extrapulmonaire				
	Lymphome				
	HSV > 1 mois / viscéral				
	Septicémie salm non typhi				
	Mycose disséminée				
	Sarcome de Kaposi				
	Autre diagnostique 1				
	Autre diagnostique 2				
PTME	Cocher à partir du 1° CPN à 6 mois postnatale	CPNA			
	Durée de la grossesse	12SA			
Allaitment Art Exclus/Mat Exclus/Mixed					
	Date du prochain RDV	05/02/05			
	Référé vers				
	Médecin	Kamline			



<b>No d'identification:</b>	007101105				
date de consultation	2.7.101105	2.7.101105			
<b>date d'examen</b>		2.7.101105			
hémoglobinémié (g/dl)					
lymphocytes total (/mm3)					
CD4 (/mm3)		X			
crachats BAAR					
VS					
VDRL					
KOP					
radio pulm					

<b>ATCD</b>	<b>Médicaments:</b> code de prescription:D:début/C:continu/CI:continu avec intolérance/R:redémarrer/AE:arrêt pour échec/AI:arrêt pour intolérance/AC: arrêt pour non compliance/AD:arrêt sur demande du patient/AA:arrêt pour autres causes				
d4T/3TC/NVP					
AZT/3TC					
AZT Zidovudine					
d4T Stavudine					
3TC Lamivudine					
DDI Didanosine					
EFV Efavirenz					
NVP Nevirapine					
NFV Nelfinavir					
AZT Zidovudine PTME					
NVP Nevirapine PTME					
Cotrimoxazole 400 + 80 mg(proph prim)					
Cotrimoxazole sirop ( desensibilisant )					
Dapsone 100 mg (proph prim)					
chloroquine 100mg cp					
Par cp					
multi vitamine cp					
<b>Effets secondaires</b>					
<b>Appareils</b>	molécules	grade I	grade II	grade III	grade IV
Intolérance gastro-intestinale					
cutanéomuqueuses					
psychiatrie					
neurologiques					
<b>Biologie</b>					
toxicité hépatologique					
toxicité hématologique					
troubles métaboliques					