

Evaluation de l'intégration des services de prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine, de santé maternelle et infantile et de santé de la reproduction en général (PTME/SMNI/SR)

Rapport final de l'étude présenté par :

**Cheikh Tidiane CISSE¹, Mouhamadou Mansour NIANG¹, Mariétou THIAM¹,
Abdou Aziz DIOUF¹, Ndeye Fatou WADE¹, El Hadj Ousseynou FAYE^{1,7},
Ibrahima MAAL⁸, Ndeye Fatou NGOM FAYE², Blami DAO^{3,6},
Lala TOURE HAIDARA⁴, Ginette HOUNKARIN⁵, René Xavier PERRIN⁶**



Sommaire

Sigles et abréviations	3
Résumé	4
1. Contexte et justification	6
2. Objectifs et questions d'évaluation	7
2-1 Objectifs	7
- Objectif général	7
- Objectifs spécifiques	7
2-2 Questions d'évaluation	7
3. Cadre conceptuel de l'évaluation	8
4. Méthodologie	8
4-1 Sites d'étude	8
4-2 Collecte et source des données	8
4-3 Analyse des données	9
5. Résultats	10
6. Commentaires	16
7. Références	18



Sigles et abréviations

ARV	: Antirétroviraux
ASGO	: Association Sénégalaise des Gynécologues-Obstétriciens
CPN	: Consultation Périnatale
DLSI	: Division de Lutte Contre le SIDA
DSRSE	: Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
eTME	: Elimination de la transmission mère-enfant du VIH
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
OMS	: Organisation Mondiale de la Sante
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNDS	: Programme National de Développement Sanitaire
PCIGA	: Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
SAGO	: Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMNI	: Santé maternelle néonatale et infantile
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SR	: Santé de la reproduction
USAID	: United States Agency for International Development
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine



Evaluation de l'intégration de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile au Sénégal

C.T CISSE¹, M.M NIANG¹, M. THIAM¹, A.A DIOUF¹, N.F WADE¹, E.O FAYE^{1,7}
I MAAL⁸, N.F NGOM FAYE², B DAO^{3,6}, L TOURE HAIDARA⁴, G HOUNKARIN⁵, R.X PERRIN⁶

Résumé

Contexte et justification : Malgré les progrès importants enregistrés au cours de la décennie écoulée, l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste une préoccupation sanitaire majeure dans les pays d'Afrique sub-saharienne qui sont les plus concernés. Les enfants paient encore un lourd tribut à ce fléau (91 % des enfants infectés le sont par le biais de la transmission mère-enfant, 92 % d'entre eux décèdent avant l'âge de 15 ans). Pour améliorer cette situation, un plan global a été adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2011 pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien de leurs mères en vie à l'orée 2015. Ce plan, qu'on appelle encore eTME, s'appuie sur plusieurs stratégies, notamment sur l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et dans les services de santé de la reproduction en général (SR).

Méthodologie : L'objectif de cette étude, menée en collaboration avec la SAGO, l'ONUSIDA et l'IPPF, était d'évaluer le degré d'intégration de la PTME dans les services de SMNI/SR au Sénégal. Elle s'est déroulée entre Août et Novembre 2014 et a comporté 5 parties :

- une revue documentaire pour évaluer la place de cette intégration dans l'énoncé des politiques, normes et protocoles sanitaires du Sénégal,
- une analyse par observation directe au niveau de 5 services de Gynécologie-Obstétrique (hôpital de Pikine, hôpital IHS, hôpital militaire de Ouakam, Centre Santé Philippe Senghor, hôpital régional de Thiès) des attitudes et pratiques de 25 prestataires de santé dans le domaine de l'intégration de la PTME dans les activités de SMNI/SR,
- une évaluation par questionnaire des connaissances et attitudes relatives à l'intégration des services de PTME/SMNI/SR de 10 prestataires offrant des services de PTME,
- un recueil par interview des opinions de 70 clientes dont 16 séropositives au VIH sur la qualité des services de PTME qu'elles ont reçues,
- une évaluation par questionnaire des connaissances et opinions sur l'intégration des services PTME/SMNI/SR de 14 décideurs/gestionnaires de programmes de santé intéressés par la cible mère-enfant.

Résultats : Au Sénégal, il existe quelques avancées dans l'intégration de la PTME au niveau de divers documents de politique, normes et protocoles relatifs à la SMNI/SR. Mais, l'enquête a révélé aussi l'existence de plusieurs contraintes qui freinent l'intégration des services de PTME/SMNI/SR: le contenu et les modalités pratiques de cette intégration ne sont pas clairement définis dans les documents de référence, les programmes PTME et SMNI/SR sont logés dans deux divisions différentes tandis que le Programme national de lutte contre le



VIH/Sida est rattaché directement à la Primature, le fonctionnement des programmes reste globalement vertical, les moyens utilisés par les différents programmes ne sont pas suffisamment mutualisés, il n'existe pas de module de formation intégré PCIGA/PTME, les supervisions PTME et SMNI/SR sont organisées séparément.

L'observation des prestataires qui prennent en charge les femmes pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et dans le post-partum montre qu'ils essaient d'intégrer la PTME dans les services SMNI/SR délivrés quotidiennement aux clientes. Mais, cette volonté est entravée par beaucoup de problèmes, notamment: le manque de locaux adaptés pour une offre de services respectant le confort et la confidentialité, l'indisponibilité du test de dépistage et des médicaments antirétroviraux dans les lieux de prestation, le déficit en formation et en supervision dans le domaine de la PTME (méconnaissance par les prestataires de l'existence des protocoles de services PTME ou difficultés à les utiliser correctement).

Les clientes interrogées après leur contact avec les prestataires se plaignent souvent du manque d'informations reçues en matière de conseil-dépistage et prévention du VIH. Pour elles, une intégration effective des services SMNI/SR/PTME permettrait de recevoir une meilleure qualité de soins tout en diminuant le temps d'attente, le coût et le nombre de déplacements vers les structures sanitaires.

Les décideurs et gestionnaires de programmes interrogés sont convaincus de la nécessité d'une intégration des services PTME/SMNI/SR. Mais, leurs réponses révèlent des lacunes dans la compréhension et la mise en œuvre des différents éléments de cette intégration (délégation de compétences pour la prescription des ARV, intégration de la PTME au niveau du laboratoire, outils de formation intégrée, indicateurs pour évaluer l'intégration).

Conclusion : Un effort d'intégration des services SMNI/SR/PTME est fait au quotidien par les prestataires, malgré les nombreuses difficultés auxquelles ils sont confrontés (déficit en formation, manque de matériel et de locaux adaptés). Pour appuyer cette dynamique, il faut que les autorités sanitaires et les gestionnaires de programme changent de paradigme pour :

- définir clairement et mettre en œuvre des modalités d'intégration adaptées au contexte local,
- mutualiser effectivement les moyens et les compétences utilisés par la PTME et la SMNI/SR.

Mots clés : PTME - SMNI - SR- Intégration des soins - Qualité des soins.

¹Association sénégalaise des Gynécologues-Obstétriciens (ASGO), Dakar

²Division de Lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmissibles (DLSI), Dakar

⁷Direction de la santé maternelle et de la survie de l'enfant (DSRSE), Dakar

⁸Centre de Formation et de Recherche en Santé de la reproduction (CEFOREP), Dakar

³JHPIEGO, Baltimore

⁴ONUSIDA, Dakar

⁵IPPF, Nairobi

⁶Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)



Evaluation de l'intégration de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile au Sénégal

C.T CISSE¹, M.M NIANG¹, M. THIAM¹, A.A DIOUF¹, N.F WADE¹, E.O FAYE^{1,7}
I MAAL⁸, N.F NGOM FAYE², B DAO^{3,6}, L TOURE HAIDARA⁴, G HOUNKARIN⁵, R.X PERRIN⁶

1. Contexte et justification

Malgré les progrès importants enregistrés au cours de la décennie écoulée, l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste une préoccupation sanitaire majeure dans les pays d'Afrique sub-saharienne qui sont les plus concernés par ce fléau. Les enfants paient encore un lourd tribut à ce fléau (91 % des enfants infectés le sont par le biais de la transmission mère-enfant, 92 % d'entre eux décèdent avant l'âge de 15 ans) [1]. Cette situation est entretenue par la faible couverture des besoins en matière de PTME, cela est bien ressorti du dernier rapport de l'ONUSIDA qui a montré le gap important qui existe en Afrique de l'Ouest et du Centre dans la couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives et les nouveau-nés de mère séropositive [2].

C'est pour faire face à ce défi que l'Assemblée Générale des Nations Unies avait adopté en Juin 2011 la résolution 65/277 qui vise l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien de leurs mères en vie d'ici 2015 (eTME). Les grands axes de cette stratégie de l'élimination de la transmission mère enfant sont entre autres la prévention de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH (VIH+), l'accès au dépistage et aux ARVs pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches pour les femmes VIH+ ainsi que l'intégration des services [3]. L'intégration des services de la lutte contre le VIH dans les services de santé de la reproduction y compris les services de maternelle et néonatale est unanimement considérée aujourd'hui comme la stratégie majeure pour atteindre l'eTME [4].

Les bénéfices potentiels de cette intégration seraient les suivants : une meilleure utilisation des ressources, une amélioration de la qualité des soins, un plus grand accès des clients aux services, meilleure satisfaction des usagers et une pérennisation des programmes [5-8]. Beaucoup d'organismes internationaux dont l'OMS, l'ONUSIDA, l'USAID appellent de tous leurs vœux à l'intégration des services de santé maternelle, néonatale et infantile et de VIH [9-12].

En dépit de tous les avantages potentiels de l'intégration et du soutien des organismes bilatéraux et multilatéraux de coopération, plusieurs études conduites en Afrique de l'Est et du Sud, régions où la prévalence du VIH atteint entre 10-15% dans la population générale, notamment ont montré que cette intégration était loin d'être toujours une réalité [13-15]. Pourtant cette sous-région est un exemple dans la délégation des tâches qui favorise l'intégration des services contrairement à d'autres sous-régions dans lesquelles le corps médical rechigne à l'intégration des services VIH [16-18].

Des études récentes conduites dans plusieurs pays ouest africains sur l'intégration de la PTME et de la SR ont permis de faire les constats suivants [19-23] dans la plupart des pays : une absence de document de politique, normes et protocoles pour des services intégrés de santé maternelle et néonatale et de PTME, une absence de consensus sur le modèle d'intégration à mettre en œuvre, une absence ou une insuffisance de planification conjointe



des deux activités au niveau opérationnel, un niveau bas d'intégration des 2 services au niveau des points de prestations de soins, une multiplicité des outils de suivi et évaluation des 2 activités, enfin une préférence des clients pour des services offerts en un seul endroit. Mais, ces études du fait de l'outil utilisé [24], avaient une limite objective car elles n'avaient pas pris en compte 2 éléments essentiels pour juger de la réalité de l'intégration, à savoir : l'observation directe des prestations cliniques et le vécu des femmes VIH+ dans le continuum des soins depuis la CPN jusqu'aux soins postnatals. La présente enquête vient combler ce biais en prenant en compte l'observation des prestations et l'interview des femmes VIH+.

2. Objectifs et questions d'évaluation

2.1 Objectifs

Selon l'OMS [4], l'intégration est définie comme l'organisation, la coordination et la gestion de multiples activités et de ressources pour assurer la prestation de services de sorte que les bénéficiaires (clients) reçoivent, dans le temps et à travers les différents niveaux du système de santé, un continuum de services préventifs et curatifs de qualité adaptés à leurs besoins.

2.1.1 Objectif général

Il s'agissait d'évaluer le degré d'intégration des services de PTME/SMNI/SR au Sénégal.

2.1.2. Objectifs spécifiques

Ils étaient au nombre de 4 :

- déterminer l'intégration de la PTME dans la santé maternelle et néonatale dans les documents suivants : lois sur la SR, plan stratégique de SMNI, plan stratégique de lutte contre le VIH, document de politique, normes et protocoles en santé de la mère et du nouveau-né ;
- évaluer l'effectivité de l'intégration de la PTME dans les soins anténatals, perpartum et post partum ;
- identifier les conditions, les bénéfices et les contraintes de l'intégration effective de la PTME et de la SMNI/SR selon le point de vue des prestataires de soins, des gestionnaires de programme et des décideurs ;
- explorer la perception des femmes enceintes par rapport à l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle et néonatale.

2.2 Questions d'évaluation

L'enquête devait permettre de répondre aux 4 questions suivantes :

- est-ce que les lois, les documents de stratégie nationale de SMNI et de lutte contre le VIH ainsi que les politiques, normes et protocoles de santé de la mère et du nouveau-né et de lutte contre le VIH/Sida décrivent clairement le fonctionnement des services intégrés de PTME/ETME et de SMNI ?
- selon les prestataires de santé, les gestionnaires de programmes et les décideurs politiques quelles sont les conditions, les bénéfices et les obstacles pour une intégration effective de la PTME/ETME dans les services de santé maternelle et néonatale ?
- dans les services de santé maternelle et néonatale, la PTME est-elle prise en compte systématiquement lors des consultations prénatales, des soins à l'accouchement et dans le postpartum ?
- quel est le vécu et l'avis des femmes séropositives sur l'intégration des services de PTME/SMNI/SR ?



3. Cadre conceptuel de l'évaluation

Il existe 3 modèles possibles d'intégration de la PTME dans la SMNI/SR :

- counseling, dépistage, prescription des ARV et suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés en un seul endroit tout au long du continuum de soins,
- counseling et dépistage au cours des soins maternels et néonataux dans un endroit et référence pour la prescription des ARV dans un autre endroit,
- services isolés de counseling/dépistage/prescription des ARV et de soins maternels et néonataux.

Nous avons fait le choix d'évaluer le premier modèle qui assure aux femmes enceintes et à leurs nouveau-nés une offre de soins intégrés en un seul lieu au niveau des sites de prestations cliniques.

4. Méthodologie

Nous avons effectué d'une part une revue documentaire et d'autre part une « évaluation des pratiques » comportant un volet quantitatif et un volet qualitatif. L'étude, après avoir reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, s'est déroulée entre Août et Novembre 2014.

4.1 Sites d'étude

L'étude s'est déroulée, après tirage au sort sur la liste des structures de chaque niveau du système de santé, dans 5 services de Gynécologie-Obstétrique : hôpital de Pikine (niveau 3), hôpital militaire de Ouakam (niveau 2), hôpital de Thiès (niveau régional), hôpital IHS (niveau 1), Centre Santé Philippe Senghor (niveau centre de santé).

4.2 Collecte et sources des données

4.2.1. Revue documentaire

Nous avons consulté les documents suivants :

- loi sur la santé de la reproduction,
- programme national de développement sanitaire (PNDS),
- politique/stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA,
- politique/stratégie nationale de santé maternelle et néonatale,
- politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction ou en santé maternelle et néonatale,
- protocoles/guide national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH,
- feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale,
- stratégie nationale de PTME/eTME,
- guides de formation en PTME/eTME,
- guides de formation en SONU,
- organigramme du ministère de la santé et des directions centrales,
- rapport annuel d'activités pour l'année 2013 des programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida et de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale,
- rapports annuels d'activités pour l'année 2013 des formations sanitaires sélectionnées.

Pour chaque document consulté, nous avons recherché si oui ou non :

- l'intégration SMNI/SR et VIH/SIDA est mentionnée de manière explicite,
- la description des modalités pratiques de cette intégration est clairement décrite.



Pour les rapports d'activités des formations sanitaires, nous avons recueilli les données suivantes :

- % femmes conseillées sur la PTME pendant la grossesse, le travail et le postpartum,
- % de femmes enceintes testées pendant les CPN, le travail et dans les suites de couches, séroprévalence du VIH pendant la grossesse, le travail et dans les suites de couches,
- % de femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié de la PTME,
- % de femmes mises sous ARV pour des indications maternelles,
- % de nouveau-nés ayant bénéficié d'une prophylaxie à la naissance,
- % de femmes revues après l'accouchement,
- % d'enfants nés de mères séropositives et testés.

4.2.2. Interview des décideurs et des gestionnaires des programmes

Au total, 14 décideurs et les responsables de programme ont été interrogés sur les six éléments suivants: gouvernance, ressources humaines, médicaments, consommables et équipements, système national d'information sanitaire, financement et prestations de services.

4.2.3. Observation et interview des prestataires de services

Les prestations cliniques ont été observées directement dans chaque site pour 5 nouvelles clientes de CPN, 5 clientes de la salle d'accouchements et 5 clientes du postpartum, soit un total de 75 prestations observées. Les prestataires ont été sélectionnés en prenant le plus ancien au niveau de la consultation prénatale, de la salle d'accouchement et des suites de couches. Ils ont été interrogés sur la nature des soins qu'ils prodiguent, leur compréhension de l'intégration, quels en sont les bénéfices et les inconvénients et comment offrir de meilleurs soins intégrés de SMNI/AR et de PTME (14).

4.2.4. Interview des clientes

Dans 4 sites les enquêteurs ont interrogé 15 clientes dont 3 clientes séropositives connues (une cliente VIH+ en CPN, une cliente VIH + en salle d'accouchement et une cliente VIH+ en consultation post-natale) Dans le 5^{ème} site ont été incluses 10 clientes VIH+ dont 4 gestantes venues en CPN. Le nombre total d'interviews de clientes était alors de 70 dont 16 VIH+.

4.3 Analyse des données

Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive simple avec le calcul des proportions, des moyennes et des fréquences en utilisant le logiciel EPI INFO. Les données qualitatives ont été transcrites et analysées à l'aide du logiciel Nvivo pour dégager des tendances.

5. Résultats

5.1 Revue documentaire et rapport d'activités PTME des structures

Il ressort des différents documents consultés qu'il n'y existe pas de description claire du contenu relatif à l'intégration des services de PTME et de SMNI /SR. Les modalités pratiques du fonctionnement de cette intégration ne sont pas également explicitées. Les structures administratives qui s'occupent de PTME et de SMNI/SR sont logées dans des démembrements différents de l'état : le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA est rattaché à la Primature, la PTME est gérée par la DLSI tandis que la SMNI/SR est sous la responsabilité de la Direction de la Santé de la reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE),



Tableau I : rapports d'activités PTME 2013 des structures sanitaires concernées par l'étude

	H1	H2	H3	H4	H5
% femmes conseillées sur la PTME pendant la grossesse, le travail et le postpartum	41,3	100	21,2	100	90
% de femmes enceintes testées pendant les CPN, le travail et dans les suites de couches	22,1	46,7	9,1	100	85,2
Séroprévalence globale du VIH chez les femmes prises en charge pendant la grossesse, le travail et dans les suites de couches	0,5	0,5	0,15	0,78	0,5
% de femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié de la PTME	100	100	100	100	100
% de femmes VIH+ mises sous ARV pour des indications maternelles	18,2	20	100	14,3	40
% de nouveau-nés ayant bénéficié d'une prophylaxie à la naissance	100	100	100	100	100
% de femmes VIH+ revues après l'accouchement	100	80	50	80	100
% d'enfants nés de mères VIH+ testées	100	100	50	100	100

H1: Hôpital Militaire de Ouakam, H2: EPS1 Institut d'Hygiène Sociale de Dakar, H3: Centre Hospitalier National de Pikine
H4: Centre de Santé Philippe Maghilène Senghor, H5: Hôpital Régional de Thiès

Globalement, les structures visitées au cours de l'enquête ont une activité PTME plus ou moins importante ; elles sont assez représentative des centres de référence nationaux qui existent actuellement au Sénégal. La prévalence moyenne du VIH chez les femmes prises en charge dans ces structures est de 0,5%.

Des taux de couverture très élevés sont notés en ce qui concerne les femmes VIH+ ayant bénéficié de la PTME, les nouveau-nés de mère VIH+ ayant reçu une prophylaxie ARV à la naissance, le suivi post-natal des accouchées VIH+ et la réalisation du test VIH chez les nouveau-nés de mère séropositive. Par contre, des déficits plus ou moins importants sont notés par rapport au conseling et au dépistage lors des CPN, de l'accouchement et dans le post-partum.



5.2 Observation des prestations

Tableau II : Niveau d'intégration de la PTME au cours des consultations prénatales (N=25)

	Oui (%)	Non (%)
Demande à la femme si elle a déjà fait le test de dépistage VIH	60	40
Si oui demande à voir le résultat du test	66,7	33,3
Si non propose systématiquement un dépistage	40	60
Recherche systématiquement des infections opportunistes si la femme enceinte est VIH+	52	48
Propose à la femme enceinte systématiquement un counseling sur le VIH et plus spécifiquement sur la PTME	64	36
Le test de dépistage du VIH est disponible en salle de CPN	60	40
Tous les prestataires qui conduisent la CPN ont été formés pour faire le test de dépistage	40	60
Le prestataire fait le test de dépistage du VIH	32	68
Le prestataire communique le résultat du test à la femme avant son départ	87,5	12,5

La majorité des prestataires qui font les CPN (60 %) n'ont pas les compétences requises pour faire le dépistage du VIH. Le test de dépistage du VIH n'est proposé aux femmes enceintes que dans 40 % des cas. Ce test n'est disponible dans la salle de CPN que dans 40 % des cas. Même dans les situations où ce test était disponible, il n'a été utilisé que dans 1/3 des cas (tableau II).

Tableau III : Niveau d'intégration du dépistage du VIH pendant l'accouchement (N=25)

	Oui (%)	Non (%)
Demande à la femme si elle a déjà fait le test de dépistage VIH	55	45
Si oui demande à voir le résultat du test	36,4	63,6
Si non propose systématiquement un dépistage	27,3	72,7
Recherche systématiquement des infections opportunistes si la femme enceinte est VIH+	10	90
Propose systématiquement à la parturiente un counseling sur le VIH et plus spécifiquement sur la PTME	00	100
Le test de dépistage du VIH est disponible en salle d'accouchement	45	55
Tous les prestataires qui font les accouchements ont été formés pour faire le test de dépistage	60	40
Le prestataire fait le test de dépistage du VIH si la femme donne son accord et si le test est disponible	25	75

Aucune patiente admise en salle d'accouchement n'a bénéficié d'un counseling sur la PTME. Le statut sérologique des parturientes est rarement vérifié ; parmi celles qui n'ont jamais fait le test, seul ¼ d'entre-elles ont reçu une proposition de dépistage. Le test est rarement disponible en salle d'accouchement ; même s'il est disponible très peu de prestataires l'ont utilisé chez les parturientes qui avaient donné leur accord pour être testées (tableau III).



Tableau IV : Niveau d'intégration de l'utilisation des ARV pendant l'accouchement (N=25)

	Oui (%)	Non (%)
S'assure que la femme a pris ses ARV pendant la grossesse	00	100
Les ARV sont disponibles en salle d'accouchement	30	70
Administre les ARV à la femme en travail selon le protocole national en vigueur	16,7	83,3
S'assure que les ARV pédiatriques sont disponibles en salle d'accouchement	16,7	83,3
Les ARV pédiatriques sont effectivement disponibles en salle d'accouchement	83,3	16,7
Administre les ARV au nouveau né selon le protocole national en vigueur	16,7	83,3

Les prestataires ne vérifient pas systématiquement si les parturientes séropositives ont effectivement pris leur traitement antirétroviral. Les ARV pour la mère sont par ailleurs rarement disponibles (30 % des cas) en salle d'accouchement. Les protocoles d'administration de ces ARV sont méconnus par 8 prestataires sur 10 (tableau IV).

Tableau V : Niveau d'intégration de la PTME dans les consultations post-natales (N=25)

	Oui (%)	Non (%)
Vérifie si la femme a reçu un counseling sur le dépistage du VIH	76	24
Recherche systématiquement des infections opportunistes si la femme est VIH+	16	84
Vérifie si la femme avait fait un dépistage du VIH pendant la grossesse ou lors de l'accouchement	76	24
Propose à la femme de faire un dépistage si elle ne l'avait pas encore fait	15,8	84,2
S'assure que le dépistage est fait avant le départ de la femme si elle est d'accord	36,8	63,2
Peut administrer les ARV à la femme selon le protocole national en vigueur	00	100
Peut administrer les ARV au nourrisson selon le protocole national en vigueur	00	100

Dans près de 8 cas sur 10, les prestataires ont vérifié le statut sérologique des patientes reçues en consultation post-natale ; mais, ils ont rarement proposé un test de rattrapage à celles qui n'en avait pas eu. Les protocoles d'administration des ARV sont méconnus par tous les prestataires interrogés responsables de la consultation post-natale (tableau V).

5.3 Interview des clientes

Au total, 70 clientes ont été interrogées pour recueillir leurs opinions sur les services de PTME/SMNI/SR qu'ils ont reçus dans la structure sanitaire visitée.



Tableau VI : Motifs de consultation des clientes au niveau des centres visités (N=70)

<i>Pour quel type de service êtes-vous venue dans le Centre ?</i>	<i>Nombre</i>	<i>(%)</i>
Consultation prénatale	27	38,6
Accouchement	23	32,8
Consultation post-natale	20	28,5

Les motifs de fréquentation des structures visitées étaient dominés par la consultation prénatale. Très peu de clientes (5 soit 7 %) avaient demandé un service spécifique de PTME (tableau VI).

Tableau VII : Principaux services délivrés par les prestataires aux clientes au niveau des centres visités (N=70)

<i>Services délivrés par les prestataires aux clientes</i>	<i>Nombre</i>	<i>(%)</i>
Offre de préservatifs pour la prévention des IST/VIH	5	7,1
Conseil/dépistage du VIH	28	40
PTME	19	27,1

En dehors des services délivrés en rapport avec les 3 motifs de consultation listés plus haut, seules 40 % des clientes ont reçu des informations relatives au VIH durant leur temps de contact avec le prestataire. En particulier, la question de la PTME n'a été abordée que dans ¼ des consultations observées (tableau VII).

Tableau VIII : Avantages exprimés par les clientes VIH+ par rapport à la délivrance des services de PTME/SMNI/SR par un même prestataire (N=16)

<i>Avantages exprimés par les clientes</i>	<i>Nombre</i>	<i>(%)</i>
Réduction du nombre de rendez-vous	10	62,5
Amélioration de l'efficacité des services	13	81,1
Diminution du coût du transport	14	87,5
Diminution du coût des soins	11	68,7
Réduction du temps d'attente	9	56,2
Facilité d'accès à d'autres services	14	87,5
Réduction de la stigmatisation relative au VIH	10	62,5

Les clientes VIH+ interrogées ont exprimé beaucoup d'avantages liés à l'intégration des services PTME/SMNI/SR. Les avantages les plus fréquemment cités ont été : la diminution des coûts de transport et la facilité d'accès à d'autres services.

Concernant d'éventuels inconvénients qui pourraient découler d'une telle intégration, 5 % en ont relevé et ont parlé notamment du risque de diminution de la qualité du service, de l'augmentation du temps d'attente, de la diminution de la confidentialité.

5.4 Interview des prestataires

Au total 10 prestataires ayant une expérience moyenne de 11 années ont été interrogés par rapport à leurs connaissances et opinions vis-à-vis de l'intégration des services PTME/SMNI/SR. La majorité des prestataires (60 %) pensent que les services de PTME/SMNI/SR doivent être offerts dans une même unité de soins, par un même prestataire et en un seul temps. Par contre, pour les 40 % restants, il serait préférable que les services soient délivrés dans deux unités différentes et par des prestataires différents.



Seuls 30 % des prestataires affirment connaître l'existence de protocole de prestation PTME/SMNI/SR, 1 prestataire sur 10 déclare être en mesure d'utiliser correctement ces protocoles.

Tableau IX : Contraintes et défis à l'intégration des services PTME/SMNI/SR énoncés par les prestataires (N=10)

<i>Contraintes et défis à l'intégration des services PTME/SMNI/SR selon les prestataires</i>	<i>Majeures</i>	<i>Modérés</i>	<i>Mineurs</i>	<i>Absents</i>
Manque de matériel pour offrir des services intégrés	3	-	2	3
Manque de locaux adéquats pour offrir des services privés et confidentiels	5	2	1	1
Insuffisance de formation du personnel	7	-	-	2
Supervision inappropriée/insuffisante du personnel	4	2	2	2
Manque de motivation du personnel	7	-	-	-

Selon les prestataires, les obstacles majeurs à franchir pour obtenir une bonne intégration des services de PTME/SMNI/SR sont les suivants : inadaptation des locaux pour offrir des services privés et confidentiels, insuffisance des compétences et manque de motivation du personnel (tableau IX).

Tableau X : Retombées en rapport avec l'intégration des services PTME/SMNI/SR énoncés par les prestataires (N=10)

<i>Retombées de l'intégration des services PTME/SMNI/SR selon les prestataires</i>	<i>Diminution</i>	<i>Statut quo</i>	<i>Augmentation</i>	<i>Ne sait pas</i>
Coût des services pour le Centre	1	8	1	-
Coût des services pour la cliente	4	6	-	-
Efficacité des services	-	3	7	-
Stigmatisation des clientes VIH+	1	4	5	-
Charge de travail des prestataires	4	4	-	1
Temps passé par la cliente au niveau du Centre	2	1	5	1
Espace et intimité des clientes	1	6	2	1
Utilisation matériels et consommables médicaux	-	3	5	1

Concernant les retombées de l'intégration des services PTME/SMNI/SR, la majorité des prestataires pense que la qualité des services sera améliorée. Mais, un prestataire sur deux craint que cette intégration n'augmente sa charge de travail, allonge le temps d'attente des clientes et nécessite des besoins accrus en matériel et consommables médicaux (tableau X).

5.5 Interview des décideurs et des gestionnaires de programmes

Au total, 14 personnes ayant une expérience moyenne de 10 ans dans le management de programmes de SMNI/SR ou PTME ont été interrogées par rapport à leurs connaissances et opinions vis-à-vis de l'intégration des services PTME/SMNI/SR.



Tableau XI : Connaissances de décideurs et gestionnaires de programmes sur certaines questions relatives à la PTME (N=14)

Connaissances décideurs et gestionnaires de programmes sur des questions relatives à l'intégration PTME/SMNI/SR	Oui	Non	Ne sait pas
Il existe un groupe technique qui travaille actuellement sur l'intégration PTME/SMNI/SR	5	3	6
La PTME et la SMNI sont logées dans la même Direction au niveau du Ministère de la Santé	8	5	1
Les sages-femmes et les Infirmiers ont l'autorisation de faire le test de dépistage du VIH	13	-	1
Les sages-femmes et les Infirmiers ont l'autorisation de prescrire les ARV aux femmes enceintes	9	4	1
Les sages-femmes et les Infirmiers sont formés pour la prescription des ARV aux femmes enceintes	8	4	2
Les consommables médicaux utilisés pour la PTME et la SMNI/SR sont actuellement mutualisés	11	2	1
Les services PTME et SMNI/SR sont actuellement intégrés au niveau des Laboratoires	10	1	3
Il existe des dossiers et registres séparés pour la PTME et la SMNI/SR dans les structures de santé	8	5	1
Les rapports trimestriels d'activités sont séparés pour la PTME et la SMNI/SR	8	5	1
Il existe des indicateurs pour évaluer le degré d'intégration de la PTME.SMNI/SR	5	1	8
Il existe des modules de formation intégrée PTME/SMNI/SR	8	4	2
La formation intégrée PTME/SMNI/SR est effective au niveau des écoles de santé	6	6	2
Il existe un module de supervision intégrée PTME/SMNI/SR	4	6	4
La supervision PTME/SMNI/SR est effectivement intégrée	5	7	2

Les réponses rapportées dans le tableau XI montrent que les décideurs et gestionnaires de programmes ne sont pas toujours parfaitement informés de certaines questions pratiques en rapport avec la PTME. Par exemple, 65 % d'entre eux ne savent pas qu'il existe un groupe technique qui travaille actuellement sur l'intégration des services PTME/SMNI.

Plus de la moitié des personnes interrogées n'ont pas donné une bonne réponse par rapport à : la prescription des ARV par les sages-femmes, la mutualisation des consommables PTME/SMNI, l'intégration des services PTME/SMNI au niveau du laboratoire.

Le tableau XI donne également un aperçu des réponses inadéquates données par la majorité des décideurs et gestionnaires par rapport à l'intégration de la formation et de la supervision PTME et SMNI.



6. Commentaires

Au Sénégal, l'infection à est caractérisée comme une épidémie de type concentré. Les résultats de l'EDS5 [25] ont montré que 0,7 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs ; cette prévalence globale est restée stable au cours des 10 dernières années si on la compare à celle mesurée par l'EDS4 en 2005 [26]. Par contre, elle a baissé chez les femmes, avec 0,8 % actuellement contre 0,9% en 2005.

Chaque année, dans le cadre de la PTME les services de santé du Sénégal doivent prendre en charge en moyenne 1200 femmes enceintes séropositives (0,7% des femmes enceintes) [27]. Une première évaluation d'impact du programme de la PTME au Sénégal a été faite en 2011 à travers une enquête nationale menée sur les 14 régions et qui a concerné les enfants nés de mère séropositive, entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010 dans les structures de santé répertoriées comme sites PTME. Les résultats de cette étude ont rapporté un taux de TME global de 5,1% et un taux spécifique de 1,1% pour les enfants ayant reçu une prophylaxie complète [28]. Ces résultats montrent que la prise en charge correcte de la PTME n'est pas insurmontable et que l'eTME est un objectif réalisable à court terme grâce notamment à une intégration des services PTME/SMNI/SR.

Malgré les efforts faits et la volonté plusieurs fois affirmée par les autorités sanitaires, l'intégration des services est insuffisante ; l'approche de la PTME reste encore globalement verticale et parcellaire. La gestion opérationnelle de la PTME et de la SMNI/SR par des entités différentes ne favorise pas l'intégration des services. Aussi, les décideurs devraient changer de paradigme et promouvoir sans tarder une approche transversale de toutes les questions relatives à la santé maternelle et infantile.

En attendant cette refonte souhaitée du système et la gestion de toutes ces questions par un seul démembrement du ministère de la Santé, il faudrait créer une cellule de coordination pour déterminer les voies et moyens de cette intégration et en faciliter la mise en œuvre. Cette cellule de coordination devrait être élargie aux associations professionnelles (Gynécologues-Obstétriciens, Pédiatres, Infectiologues, Pharmaciens, Travailleurs sociaux...), à la Société civile, aux représentants des collectivités locales et des communautés.

Actuellement au Sénégal, tous les hôpitaux et les Centres de santé sont théoriquement considérés comme des sites principaux en matière de PTME ; à ce titre ils doivent offrir des services complets aux femmes et aux enfants aussi bien dans le dépistage et la prévention que dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Mais, les résultats de notre étude montrent des gaps plus ou moins importants selon les structures et en fonction des composantes spécifiques à la PTME.

Globalement les femmes enceintes séropositives sont plus ou moins correctement prises en charge selon les protocoles actuellement en vigueur ; mais, les femmes dont le statut VIH n'est pas connu ne bénéficient pas toujours de services adéquats en vue de l'élimination de la TME du VIH. Ce déficit est observé aussi bien en période gynécologique que lors de la gravidité-puerpéralité. Il concerne notamment les points suivants : recherche du statut VIH, counseling spécifique TME, proposition du test de dépistage, disponibilité du test VIH en salle de soins aussi bien pour les mères que pour les nourrissons, disponibilité des ARV en salle de soins, connaissance des protocoles d'administration des ARV. Ces gaps avaient été déjà mis en évidence par les résultats de l'enquête nationale menée en 2011 [28].



Au niveau opérationnel, l'observation des pratiques montre qu'il existe une réelle volonté des prestataires d'intégrer les services de PTME/SMNI/SR. Mais, ils sont limités par beaucoup d'obstacles, parmi lesquels nous avons relevés :

- le sous équipement des maternités,
- la faible accessibilité examens de laboratoire,
- le manque de locaux adaptés pour offrir des services respectant le confort et la confidentialité des clientes,
- l'insuffisance des compétences du personnel (surtout des sages-femmes et des infirmiers)
- une supervision irrégulière et inadaptée aux besoins de développement professionnel des prestataires.

Pour améliorer cette situation, il faudrait :

- confectionner et diffuser des protocoles de prise en charge intégrés PTME/SMNI/SR,
- mettre en œuvre une formation intégrée PTME/PCIGA du personnel,
- favoriser une délégation accrue de compétences aux sages-femmes et infirmiers,
- diminuer la charge de travail des prestataires concernés par cette intégration en renforçant la disponibilité en personnel qualifié au niveau des structures.

La mise en œuvre de ces mesures permettra de profiter de toutes les opportunités offertes aux prestataires pour sensibiliser, dépister et prendre en charge au besoin les femmes et les enfants concernés.

Nos résultats montrent également qu'il est nécessaire de procéder à une remise à niveau des décideurs et gestionnaires de programme concernés par la PTME. Cela leur permettra de prendre les décisions les plus appropriées pour une utilisation optimale des ressources, une mutualisation opérationnelle des moyens et en définitive pour une intégration plus efficiente des services.

Conclusion

Il est possible d'atteindre rapidement l'eTME au Sénégal, pour y arriver il faut passer nécessairement par une intégration effective des services de PTME/SMNI/SR. Cette intégration est encore très insuffisante malgré la volonté réelle des prestataires qui font beaucoup d'efforts dans ce sens en dépit de multiples contraintes qu'ils rencontrent au quotidien.

Les décideurs et les gestionnaires des différents programmes de santé maternelle et infantile doivent changer de paradigme pour en finir avec les approches verticales et favoriser la mutualisation effective des moyens et des compétences.

Les associations professionnelles ont un rôle important à jouer dans ce challenge ; en effet, le développement d'un leadership opérationnel très fort de chaque Gynécologue-Obstétricien au niveau de son lieu d'exercice est un facteur déterminant pour relever les défis majeurs en rapport avec la santé maternelle et néonatale en général, la PTME en particulier.



7. Références

1. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004, 364:1236-43.
2. UNAIDS Report on the global AIDS epidemic Genève, 2013: 272 p
3. UNAIDS Countdown to Zero: Global Plan towards elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015. Genève, ONUSIDA, 2011: 48p
4. WHO HIV/MNCH Technical Working Group. Technical Consultation on the Integration of HIV Interventions into Maternal, Newborn and Child Health Services [whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO MPS Genève 08.05](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_MPS_Genève_08.05.pdf): 59p
5. Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study. *J Int AIDS Soc* 2010, 13:3.
6. Delvaux, T., J. Konan, O. Ake-Tano Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire. *Trop Med Intern Health*. 2008 13(8):970-79.
7. Ong'ech, J., H. Hoffman, J. Kose Provision of Services and Care for HIV-exposed Infants: A Comparison of Maternal and Child Health (MCH) Clinic and HIV Comprehensive Care Clinic (CCC) Models. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012,61:83-89.
8. C. Cohen, R. Smith, E. Bukusi Patient Satisfaction with Integrated HIV and Antenatal Care Services in Rural Kenya. *AIDS Care* 2010, 24(11):1442-47.
9. Cochrane HIV/AIDS Group and USAID. 2011. Systematic Review of Integration of Maternal Neonatal and Child Health and Nutrition, Family Planning and HIV. Final report. <http://www.ghtechproject.com/files/MNCHN-HIV>
10. The Global Fund. MNCH practical Guidance Tool, Strengthening support for maternal, newborn and child health within the Global Fund proposals, August 2011. www.theglobalfund.org/documents/rounds/11/R11_MNCH_Guidance
11. WHO WHO Technical Guidance Note: Strengthening Inclusion of Reproductive Health and Maternal, Newborn, and Child Health in Proposals to the Global Fund and Other Partners. Geneva, 2011
12. OMS Rapport Atelier OMS d'orientation sur les outils d'intégration des interventions de PTME dans les services de santé de la reproduction et de santé maternelle et infantile pour les pays d'Afrique francophone -Ouagadougou, 07-11 Octobre 2013 : 30 p



13. Blazer Cassandra, Bisola Ojikutu, Karen Schneider, and Molly Higgins Biddle. 2012. Assessment of the Integration of PMTCT within MNCH Services at Health Facilities in Tanzania. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One>
14. Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service (SAfAIDS) and Youth Vision Zambia (YVZ) 2011. Situational Analysis on Sexual and Reproductive Health and HIV in Zambia. <http://www.saf aids.net/files/Situational-Analysis-on-Sexual-and-Reproductive-Health-and-HIV-in-Zambia.pdf>
15. Chung J, O'Brien M, Price J, Shumbusho F: Quantification of Physician time saved in a Task Shifting Pilot Program in Rwanda. AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference. Abstract no. WEAB0205 .
16. Hulela E, Puvimanasinghe J, Ndwapi N, Ali A, Avalos A, Mwala P, Gaolathe T, Seipone K: Task shifting in Botswana: empowerment of nurses in ART roll-out. AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference. Abstract WEPE0108 .
17. Cohen R, Lynch S, Bygrave H, Eggers E, Vlahakis N, Hilderbrand K, Knight L, Pillay P, Saranchuk P, Goemaere E, Makakole L, Ford N: Antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho: observational cohort assessment at two years. Journal of the International AIDS Society 2009, 12:23.
18. Braun M, Kabue MM, McCollum ED, Ahmed S, Kim M, et al. Inadequate coordination of maternal and infant HIV services detrimentally affects early infant diagnosis outcomes in Lilongwe, Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2011; 56(5): 122-128.
19. Ministère de la Santé du Bénin et UNFPA 2009. Etude Rapide de l'Intégration de la Santé Sexuelle et de la Reproduction et du VIH/SIDA,
20. Ministère de la Santé du Burkina Faso et UNFPA 2010. Evaluation de l'Intégration des Activités de Lutte contre le VIH et les Services de Santé Sexuelle et de la Reproduction.
21. Kapet GK, UNFPA 2009. Evaluation Rapide sur l'Intégration du VIH et la Santé Sexuelle et de la Reproduction en Côte d'Ivoire.
22. UNFPA 2010. Rapport : Évaluation Rapide de l'intégration du VIH et de la Santé Sexuelle et de la Reproduction au Niger.
23. UNFPA 2011. Évaluation rapide de l'intégration du VIH et de la santé sexuelle et de la reproduction au Togo.
24. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, RGP+, ICW et Young Positives 2009. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH .Guide générique : 88p
25. A.N.S.D. Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton, Maryland, USA: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], ICF International; 2012.



26. Salif Ndiaye, Mohamed Ayad. Enquête Démographique et de Santé - 2005. Dakar, Sénégal - Calverton, Maryland USA: Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro;2006

27. Ministère de la santé et action sociale : Rapport d'analyse des goulots d'étranglement et équité dans la mise en œuvre de la PTME au Sénégal, août 2012
Primature, SE/CNLS, Plan stratégique de lutte contre le sida 2011-2015

28. Ministère de la santé et action sociale, Division de la lutte contre le Sida, Rapport enquête nationale sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Sénégal, Dakar 2011.

Remerciements

Nous remercions :

- les membres du comité de coordination de l'enquête,
- les responsables et les prestataires des 5 sites qui ont été visités lors de l'enquête,
- les membres du Comité d'éthique de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
- les enquêteurs,
- les décideurs et gestionnaires de programmes qui ont accepté de répondre au questionnaire,
- l'ASGO, la SAGO, l'IPPF, l'ONUSIDA pour leur soutien technique et financier.

