

MINISTRE DE LA SANTE

.....
SECRETARIAT GENERAL

.....
**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

.....
**DIRECTION DE LA SANTE
DE LA FAMILLE**

BURKINA FASO

.....
Unité- Progrès- Justice



**PROGRAMME NATIONAL DE
PREVENTION DE LA TRANSMISSION
MERE ENFANT DU VIH 2006- 2010**

Octobre 2006

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I - PROCESSUS D'ELABORATION	6
II- CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
1- Données sociodémographiques et sanitaires	6
2- Situation de l'infection à VIH pédiatrique	8
3- La réponse du Burkina Faso.....	10
4- Recommandations techniques au niveau international sur la PTME/VIH	22
PROGRAMME DE PTME/VIH 2006-2010.....	24
I - PROBLEMES PRIORITAIRES	25
II – BUT, OBJECTIFS ET STRATEGIES.....	25
1- But	25
2- Objectifs.....	25
3- Composantes de la prévention de la Transmission mère enfant du VIH	26
4– Stratégies de mise en œuvre des activités	27
III- ACTIVITES : INDICATEURS, RESPONSABLE, COLLABORATEURS, COUT ESTIMATIF ET CHRONOGRAMME.....	34
IV- ETAPES DE MISE EN ŒUVRE	43
1- Mise en œuvre du programme 2006-2010.....	43
2- Mise en œuvre du nouveau protocole.....	44
V- ENVIRONNEMENT DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME	44
1- Facteurs favorables	44
2- Contraintes	44
VI- SUIVI – EVALUATION	45
1- Suivi	45
2- Evaluation	45
3- Indicateurs de suivi et d'évaluation du programme.....	46
VII- BUDGET ESTIMATIF	51
ANNEXES	51

ABBREVIATIONS ET SIGLES

APL	Agent de première ligne
ARV	Anti-rétroviraux
AZT	Zidovudine
BAD	Banque Africaine de Développement
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables
CDV	Conseil/ dépistage volontaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU-YO	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CMLS	Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF	Direction de l'administration et des finances
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGHSP	Direction générale de la tutelle des hôpitaux publics et du sous secteur sanitaire privé
DGIEM	Direction générale des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance
DGPML	Direction générale de la pharmacie, des médicaments et des laboratoires
DGS	Direction générale de la Santé
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DRD	Dépôt Répartiteur de District
DRH	Direction des ressources humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
DSF	Direction de la Santé de la Famille
ECD	Equipe Cadre de District
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FS	Formation Sanitaire

IGSS	Inspection générale des services de santé
IO	Infection opportuniste
IST	Infection Sexuellement transmissible
MATD	Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation
MEG	Médicament essentiel Générique
MMR	Maternité à moindre risque
MSF	Médecin sans frontière
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	Planification Familiale
PIC	Plan intégré de communication
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME/VIH	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLM	Substitut du lait maternel
SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA et les IST
SR	Santé de la reproduction
TAP	Treatment Accelerating Program
TME	Transmission mère -enfant
UFR/SDS	Unité de formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA en particulier dans son volet prévention de la transmission de la mère à l'enfant, le Burkina Faso a élaboré et adopté un premier programme PTME 2001-2005 dont la mise en œuvre a été effective en 2002. Ce programme s'inscrivait dans l'axe 1 du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2001-2005. Il a été mis en œuvre dans cent cinquante deux (125) formations sanitaires réparties dans trente sept (37) district avec l'appui de partenaires techniques et financiers. L'analyse des informations fournies par ces sites ont révélé des signes d'espoir (TME moins de 50%). Ce constat a motivé l'élaboration d'un plan d'extension afin que ce programme devienne partie intégrante du PMA des formations sanitaires.

La revue en 2004 et la collecte d'informations dans le cadre de la documentation ont révélé des insuffisances dans l'approvisionnement des intrants, l'adhésion des femmes, de leurs partenaires et de la communauté au programme. En effet moins de 50% des femmes enceintes vues en première consultation prénatale ont effectué le test de dépistage. Avec un taux faible de fréquentation des services de santé maternelle et infantile, la proportion des femmes enceintes ayant eu accès à ce paquet d'activités reste très faible.

Pour le second programme 2006-2010 qui s'inscrit aussi dans l'axe 1 du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, l'accent sera mis sur l'extension, la correction des insuffisances constatées et le changement de stratégies dans certains domaines de l'intervention. Il prendra également en compte les nouvelles données scientifiques en matière de protocoles ARV pour la PTME.

I - PROCESSUS D'ELABORATION

Pour l'élaboration de ce document la coordination a utilisé des informations issues de la revue du programme en juin 2004, des rapports de supervision et de suivi, des réunions du Comité Technique de Concertation. Les résultats de projets et recherches sur la PTME ont également été exploités pour ce programme .Une collecte des données complémentaires a été faite en décembre 2005. Sur la base de ces différentes informations un premier draft a été produit et proposé à un atelier regroupant environ trente (30) personnes. L'atelier a permis d'obtenir un projet de programme qui a été enrichi avec la mission conjointe OMS, UNICEF, Fondation Bill Clinton. Le document présent a été adopté lors d'un atelier national de consensus.

II- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1- Données sociodémographiques et sanitaires

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'ouest. Sa population est estimée à 12,722 570¹ millions d'habitants dont environ 52% de femmes. Elle croit à un rythme de 2,4% par an. Selon l'INSD, en 2003, 46% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté estimé à 72 690 FCFA par adulte et par an. Cette population vit à près de 90% en milieu rural. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 22,8 % de la population.

Au plan de l'organisation administrative, le Burkina Faso est découpé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 49 communes urbaines, et 8000 villages. La communalisation intégrale est en cours.

De nombreuses contraintes pèsent sur l'atteinte des objectifs nationaux et ceux du millénaire : la pauvreté de la population, l'ampleur des maux liés au VIH/Sida et autres maladies infectieuses.

Face à cette situation, le Gouvernement a adopté le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) comme cadre de référence pour toutes les actions de développement.

Les principaux indicateurs de santé de base sont regroupés dans le tableau I ci-dessous :

¹ Annuaire statistique 2004 de la DEP

Tableau I : Evolution des Indicateurs démographiques et de santé de base

Indicateurs	EDS – I 1993	EDS-II 1998	EDS-III 2003	Objectifs nationaux visés 2010	OMD 2015
Indice Synthétique de fécondité (F : 15 – 49)		6,8	6,2		
Taux brut de natalité (p. 1000)		45	37,8		
Taux de mortalité infantile (p. 1000)	93 ,7	108,6	81	40%	Réduction 2/3
Taux de mortalité maternelle (P. 100 000)	566	484		40%	Réduction 3/4

L'état de santé reste marqué par une morbidité et mortalité encore élevées. Le taux de mortalité infantile, bien qu'ayant diminué pendant la période 1998-2003, reste toujours élevé atteignant celui de 81 pour 1000.

Par ailleurs la proportion de naissances dont la mère a bénéficié de soins prénatals auprès des professionnels de la santé a légèrement augmenté, passant de 61 à 73% (EDS 98 et EDS 2003) ;

Seulement pour un peu moins d'une naissance sur cinq (18%), les mères ont effectué au moins les quatre visites recommandées par l'OMS avec 33% en milieu urbain et 15% en milieu rural.

Au cours des cinq dernières années, 43% des accouchements survenus se sont déroulés à domicile (sans assistance d'un personnel formé) ; ce chiffre peut être revu à la hausse si on inclut les accouchements faits par les accoucheuses traditionnelles. Le taux d'accouchements assistés en 2004 étant 33,5%. La prévalence contraceptive au niveau national est de 16,39% (statistiques 2004 de la DEP) toutes méthodes confondues.

Seulement 52,1%² des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés contre les maladies cibles du P.E.V. Les taux de couverture vaccinale en 2005 sont de 111 % pour le vaccin anti-tuberculeux (BCG), 96,29 % pour trois doses du vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTCP3), 84 % pour la rougeole, et 84 % pour la fièvre jaune.

Enfin 98% des enfants nés les cinq dernières années ont été allaités et seuls 33,3% de ces derniers ont été mis au sein dès la première heure.

² Revue approfondie du PEV-Burkina 2003

L'organisation administrative du système de santé s'articule autour de trois niveaux. Le niveau central, organisé autour du cabinet du ministre de la santé, chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources. Le niveau intermédiaire comprend 13 régions sanitaires chargées de la coordination et de l'appui aux districts. Le niveau périphérique comporte 55 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.

Les structures de soins sont subdivisées en quatre échelons : les CSPS (centre de santé et de promotion sociale), les CMA (centre médical avec antenne chirurgicale), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). L'offre des soins au Burkina Faso est assurée par les services publics de santé, ceux du privé lucratif, la médecine traditionnelle, les structures privées confessionnelles et celles des ONG/Associations.

Il existe une diversité dans l'accessibilité géographique : en milieu rural le rayon d'action moyen varie entre 6,23 Km et 25,24 km, tandis qu'en milieu urbain, il est en moyenne de 4 Km.

Pour l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, les services de santé de base au niveau communautaire disposent de manière systématique de dépôt de vente MEG, dont la gestion quotidienne est assurée par un gérant. Ces réseaux de dépôts MEG sont approvisionnés par les dépôts répartiteurs de district (DRD) qui existent dans les districts sanitaires. Ces derniers s'approvisionnent au niveau de la CAMEG, et le cas échéant auprès des officines et grossistes privés.

Concernant l'infection à VIH, La prévalence du VIH/Sida accuse une baisse, passant de 7,2 % en 1997 à 4,2 % en 2002 (sites sentinelles). La troisième enquête démographique et sanitaire 2003 a trouvé un taux de 1,9 % dans la population âgée de 15 à 49 ans. Plus de 50 % des nouvelles infections surviennent chez les adolescents et 2,4 % des femmes enceintes sont infectées. Le nombre d'enfants orphelins du Sida était estimé à 80 000 en 2005. Parmi les personnes infectées (180 000), environ 12780 sont éligibles au traitement par les ARV cependant seuls 8136 sont enrôlés dans ce traitement en 2005³.

2- Situation de l'infection à VIH pédiatrique

Avec la baisse de la séroprévalence au sein de la population générale, notamment chez les femmes enceintes, le nombre d'enfants à risque de VIH par la TME a également diminué.

³ Rapport 2005 SPCNLS

Le tableau ci-dessous montre une estimation du nombre annuel d'enfants qui serait infecté par la transmission verticale, en l'absence de toute intervention entre 2001 et 2004.

Tableau II : Nombre d'enfants à risque de l'infection à VIH par la TME en l'absence d'intervention selon les données des sites sentinelles

Année	Prévalence HIV femmes enceintes (%)	Nombre d'enfants à risque de TME
2001	4,8	8625
2002	4,4	8 824
2003	2,7	5 415
2004	2,5	5 014

N.B : En moyenne **573 000** grossesses attendues par an⁴

Depuis l'élaboration du programme national de PTME/VIH 2001-2005 et sa mise en œuvre en mai 2002, l'offre des services s'appuie sur un paquet d'interventions comprenant l'utilisation de la Névirapine en monothérapie (protocole HIVNET 012), la promotion des bonnes pratiques obstétricales, la promotion d'une alimentation à moindre risque chez le nouveau-né de mère séropositive, le soutien psychosocial au couple mère-enfant et la prise en charge du couple mère-enfant et de la famille. La mesure de l'impact de ces interventions a révélé un risque global de TME de 9,3%⁵ si l'on exclu les perdus de vue et les décédés. Ce chiffre peut être revu à la hausse si l'on suppose que les derniers ont pu être infectés. Malgré une réduction du risque TME / VIH supérieure à 50%, le nombre annuel de nouvelles infections pédiatriques liées au risque résiduel de TME reste important se situerait à environ 1 333 nouveau-nés infectés chaque année.

⁴ Annuaire statistique 2000,2001,2002,2003,2004

⁵ Rapport annuel 2005 programme national de PTME

3- La réponse du Burkina Faso

3.1 L'organisation de la réponse

Depuis la reconnaissance de la pandémie du VIH/SIDA, la réponse du Burkina Faso s'est déroulée en 3 phases dont la dernière en cours actuellement, consacre un caractère multidimensionnel à la lutte, l'approche décentralisée des activités, et l'implication croissante des organisations à base communautaire (OBC) et des organisations de la société civile (OSC).

Ainsi l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des Cadres Stratégiques de Lutte contre le VIH/SIDA (CSLS) pour la période 2001-2005 et pour la période 2006-2010 ont été des tournants décisifs pour orienter l'ensemble des interventions dans la lutte au Burkina faso. Fait avec l'implication de tous acteurs de la réponse nationale, le CSLS 2006-2010 a pris en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement, les principes du three ones, les nouvelles stratégies et la santé de la reproduction.

La coordination nationale de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST est assurée par le Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS) qui se réunit en session ordinaire une fois par an. La coordination technique des activités est assurée par le Secrétariat permanent du Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (SP/CNLS) qui comporte 7 départements. Chaque année est élaboré un plan national multisectoriel qui définit les priorités d'intervention. Outre la coordination nationale par le SP/CNLS, l'organisation de la réponse s'articule autour de plusieurs structures qui sont :

- les structures de coordination décentralisées que sont les Comités Ministériels de Lutte contre le Sida (CMLS), les Comités Provinciaux de Lutte contre le Sida (CPLS), les Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA (CDLS), les Comités Villageois de Lutte contre le SIDA (CVLS) et les Comités Communaux de Lutte contre le SIDA (CCLS).
- les structures de coordination communautaires (réseaux d'associations et comités religieux de lutte contre le sida)
- les structures d'exécution (directions centrales du ministère de la santé,...)
- les structures de coordination des partenaires techniques et financiers (PTF) : Groupe Technique de Travail, Groupe Thématique Elargi, PTF-SIDA

Le Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA et les IST/ santé (CMLS/santé) assure l'organisation et la coordination de la prise en charge médicale des PvVIH et la prévention dans le secteur santé.

Le Comité technique de prise en charge médicale créé en 2004, comprend des représentants des directions centrales du Ministère de la Santé, des structures de prise en charge et des institutions de recherche.

Un programme national de prise en charge médicale des PvVIH a été élaboré en 2005 ainsi qu'un plan d'extension.

Plusieurs initiatives développées constituent des éléments importants de la réponse au Burkina Faso :

- la baisse du coût des antirétroviraux
- l'accélération de l'accès au traitement,
- l'initiative 3 by 5,
- la contribution au financement par le fonds mondial permettrait aux pays les plus touchés de bénéficier de ressources financières pour renforcer leur réponse,
- le TAP
- Le lancement de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge et à l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST en 2006

3.2 La riposte spécifique à la TME

La riposte spécifique à la transmission mère-enfant s'est traduite par :

- L'élaboration d'un programme national de PTME/VIH 2001-2005 dont la mise en œuvre a commencé en mai 2002 : ce programme qui répond au premier axe du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005 devait contribuer à réduire la propagation du VIH au sein de la population, plus spécifiquement en réduisant celle de la transmission verticale du VIH.

- Dans le domaine de la recherche, plusieurs protocoles utilisant soit la bi thérapie soit la trithérapie pendant une période courte ont été expérimentés ou sont en cours d'essai.

- Au cours de l'année 2004, la revue du programme PTME dans l'optique du passage à l'échelle a permis d'identifier les forces et les faiblesses de la mise en œuvre du programme.

- Un plan de couverture PTME à l'échelle nationale basé sur l'approche district a été élaboré en 2004. Des objectifs nationaux de couverture pour la période 2006-2010

ont également été fixés dans le cadre de l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge.

- Dans le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, la PTME a été réaffirmée comme une priorité dans l'axe 1.

3.2.1 La couverture PTME

La mise en œuvre du programme PTME/VIH a commencé en 2002 par une phase initiale qui a concerné 09 formations sanitaires réparties dans 3 districts sanitaires du pays avec l'appui de l'UNICEF, l'OMS, l'ONG JEREMI DIJON et la coopération italienne.

En fin 2004, le nombre de districts a atteint 14 avec les appuis des projets Fonds Mondial, TAP et d'autres ONG et Associations.

De façon globale, en fin 2005, 37 sur l'ensemble des 55 districts avaient intégré la PTME avec un total de 152 formations sanitaires; cela donne une couverture de 67,3% des districts mais seulement de 15,4% des formations sanitaires.

Concernant le taux de TME, on retrouve 27 enfants testés positifs sur un total de 291 enfants testés donnant un taux global de transmission de 9,3%. Par rapport à l'objectif du programme qui était de réduire la TME de 50%, on pourrait être tenté de dire que cet objectif est atteint. Cependant 150 enfants sont perdus de vue soit 10,47% et 117 enfants décédés soit 8,16% dont le statut sérologique reste inconnu

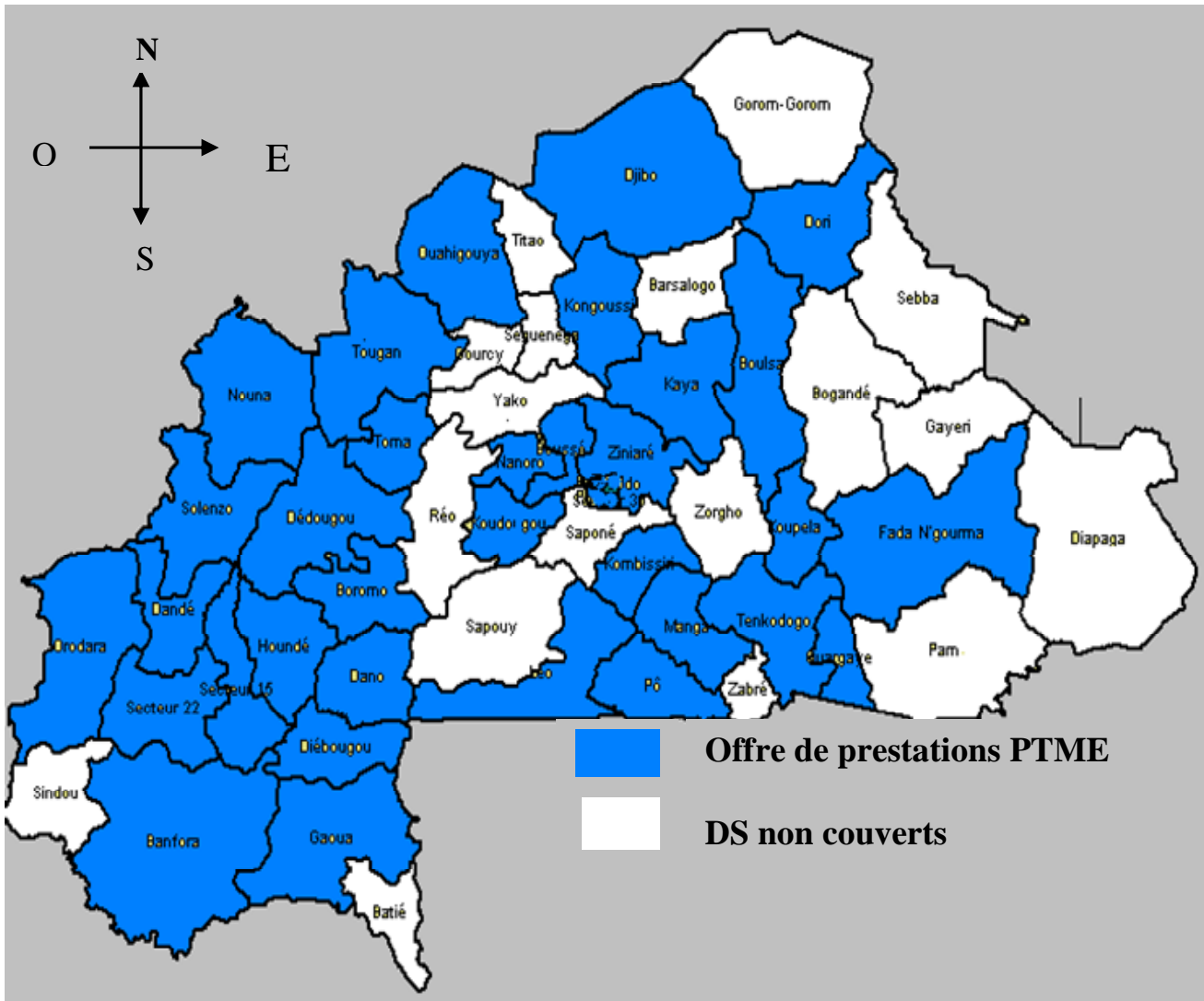


Figure 1 : Couverture des districts sanitaires en prestations PTME en fin 2005

3.2.2 Les besoins en PTME au niveau national

Selon l'annuaire statistique 2004 de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), le nombre moyen annuel des femmes enceintes pour les 5 dernières années (2000 à 2004) est de 573 000. le nombre moyen de femmes infectées par an est de 22 779.

Tableau III: Estimation du nombre de femmes enceintes séropositives (FES)

Années	Nombre moyen de grossesses attendues	Prévalence VIH	Femmes enceintes infectées
2000	573000	5.04	28879.2
2001	573000	4.8	27504
2002	573000	4.4	25212
2003	573000	2.7	15471
2004	573000	2.5	14325
Moyenne annuelle			22 779

En 2004, le nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'une assistance qualifiée à l'accouchement est de **5593** si l'on considère la prévalence chez les femmes enceintes.

Le nombre de femmes ayant accepté de faire le test de dépistage depuis le début (2002-2005) est de 40 566 dont 2250 séropositives. Il s'agit de femmes enceintes vues en CPN dans les formations sanitaires.

3.2.3 Gestion du programme

La gestion technique du programme par la DSF est inspirée de celle des autres programmes de santé.

Au niveau national, la Direction de la Santé de la Famille a initié et mis en œuvre un certain nombre d'activités qui ont permis de renforcer la mise en œuvre du programme.

En effet un comité consultatif a été mis en place et a initié des rencontres semestrielles de tous les acteurs intervenant dans la mise en œuvre du programme.

Ces rencontres ont permis d'échanger sur les résultats, les difficultés et de proposer des solutions pour améliorer la mise en œuvre ; en outre les sorties de suivi dans les DRS et districts ont permis de discuter avec les responsables au niveau local des résultats et problèmes rencontrés, d'échanger des informations dans le cadre du programme.

La coordination a également élaboré et mis à la disposition des acteurs des documents techniques (Document du programme, directives, indicateurs, PIC) pour les orienter dans l'exécution des activités.

Une insuffisance d'implication des Directions Régionales de la Santé chargées de coordonner les activités de santé au niveau des régions a été observée. Ceci pourrait être dû à un déficit de personnel qualifié ayant une expérience antérieure dans le domaine et de moyens financiers pour cette activité. La capitalisation des acquis à ce niveau reste à construire.

Concernant le niveau périphérique, les districts sanitaires impliqués ont intégré les activités du programme dans leurs plans d'action. Dans certains districts et hôpitaux la mise en œuvre des activités a connu des difficultés relatives à l'insuffisance quantitative et qualitative en personnel, au manque de motivation du personnel, la perception verticale du programme et l'insuffisance de compétences pour certaines activités notamment le counseling et l'insuffisance de ressources financières.

Par ailleurs certaines associations réalisent des activités en faveur de la PTME sans qu'il ne soit possible de capitaliser leurs efforts. Cependant des initiatives sont développées par les districts et hôpitaux pour impliquer les associations et ONG dans la mise en œuvre de la PTME (recherche de perdus de vue et soutien/ accompagnement).

3.2.4 L'approvisionnement en intrants PTME

L'approvisionnement des sites en intrants reste un défi pour le programme. En effet, les partenaires et initiatives tels l'OMS, l'UNICEF, acquièrent les intrants (réactifs de dépistage VIH, ARV, consommables, équipement) par leurs centrales d'achat et les mettent à la disposition de la coordination nationale qui se charge de la répartition aux districts sanitaires. D'autres comme Fonds Global, BAD, PADS les acquièrent par la CAMEG sur la base de l'expression des besoins de la DSF. L'avantage de ce système est que ces partenaires acquièrent une quantité importante qui permet à la coordination de doter beaucoup plus de districts. Mais il faut noter que les intrants arrivent souvent après de longs délais qui ne sont pas toujours maîtrisés.

Les ONG Internationales comme MSF, Médecins du Monde qui appuient directement certains districts acquièrent les intrants au niveau du pays à la CAMEG ou avec d'autres fournisseurs pour ensuite les mettre directement à la disposition des formations sanitaires qu'elles appuient. Le programme bénéficie également de la donation de Axios en tests de dépistage.

Des cas de ruptures en réactifs et en consommables ont été notés au niveau des districts, souvent liées à des insuffisances dans la gestion des stocks, dans l'estimation des besoins et des délais de livraison et l'insuffisance de coordination de ces approvisionnements.

Il faut noter que l'approvisionnement en substituts du lait maternel pose un problème de pérennisation ; en effet, seuls quelques partenaires ont pris en compte cet aspect. Les besoins en la matière ne sont donc pas couverts ce qui pourrait poser le problème de la qualité de l'alimentation de substitution.

3.2.5 Le renforcement des compétences des acteurs

Parmi les stratégies de mise en œuvre développées dans le programme figure le renforcement des compétences de tous les acteurs. C'est ainsi qu'au terme de ce programme soixante (60) formateurs régionaux et un nombre important d'agents de santé et d'acteurs communautaires ont reçu une formation sur la PTME. Mais il existe au niveau opérationnel une disparité des modules de formation en PTME malgré la disponibilité de modules nationaux. Les modules de formations élaborés abordent les thèmes sur les généralités sur le VIH, la PTME, les soins obstétricaux, le conseil dépistage volontaire, l'alimentation du nourrisson né de mère séropositive, la gestion du programme PTME, la communication, le suivi et l'évaluation.

La mobilité du personnel formé en PTME handicape la mise en œuvre des activités dans certaines structures d'où la nécessité de l'introduction de l'enseignement de la PTME dans la formation du personnel de la santé (ENSP, UFR/SDS).

3.2.6 La participation communautaire

La coordination a élaboré un Plan Intégré de Communication (PIC) qui donne des orientations générales sur la communication en faveur du programme ; les districts devaient s'en inspirer pour élaborer leurs plans intégrés adaptés à leur contexte.

Les différentes sorties de suivi, la revue et la collecte complémentaire ont permis de se rendre compte que le document était disponible mais la mise en œuvre était limitée pour insuffisance de financement; en effet seuls quelques districts appuyés par l'UNICEF, PLAN BURKINA et quelques ONG ont pu réaliser des activités dans ce domaine. Ainsi on peut citer les districts sanitaires du secteur 30 de Ouagadougou, 22 et 15 de Bobo-Dioulasso, de Ouargaye, Dori et Gaoua.

L'insuffisance de collaboration entre les districts et les associations a également limité la mise en œuvre de cette composante du programme.

3.2.7 Le counseling et le dépistage

Le conseil de groupe et le counseling pré-test pour le dépistage ont été intégrés aux activités de SMI des formations sanitaires sites PTME. Il faut noter que ces deux activités ne sont pas disponibles tous les jours dans certaines formations sanitaires pour entre autres des raisons de personnel mais aussi pour s'adapter aux habitudes de la population dans certains cas. Le non retour pour les résultats du test et le nombre élevés de perdus de vue pourraient entre autre s'expliquer par la faible qualité des services, avec la longue attente pour les résultats et l'insuffisance dans l'organisation du circuit des femmes. L'utilisation des tests rapides sur sang total au sein des sites de PTME pourrait augmenter les taux de retour pour les résultats et améliorer l'adhésion.

En termes de résultats, le taux de dépistage parmi les nouvelles CPN était de 41,3% en fin 2005 ; ce taux qui est en dessous de l'objectif visé (50%) s'explique entre autre par le démarrage progressif des activités de PTME dans les formations sanitaires, la faible connaissance du programme, l'insuffisance dans l'offre des services notamment de CDV et de prise en charge médicale pour les femmes enceintes séropositives et leurs familles.

La séropositivité VIH moyenne parmi les femmes qui ont réalisé le test est de 5,5% au début du programme. Cette séropositivité connaît une baisse qui concorde avec une évolution de la séoprévalence au niveau de la population générale.

Si l'adhésion au test au niveau des femmes enceintes connaît une progression significative, il n'en est pas de même pour l'adhésion des hommes ; en effet, sur 40566 femmes testées, seuls 1769 hommes ont accepté le dépistage, soit un ratio de moins d'un (01) partenaire pour 20 femmes testées. Parmi ces partenaires testés 159 sont séropositifs soit un taux de séropositivité de 8,9%. Ces données concernant les partenaires doivent être relativisées car ces derniers préfèrent réaliser leur dépistage dans les centres de dépistage volontaire et ne sont donc pas pris en compte dans les rapports des sites PTME.

3.2.8 La prise en charge globale de la mère VIH+ et de son enfant

La prise en charge de la mère séropositive et de son enfant organisée au niveau des formations sanitaires consiste en :

- la consultation prénatale, la prise en charge des infections opportunistes, des IST, l'accouchement avec administration prophylactique des ARV à la mère et à l'enfant, la PF, le suivi post natal ;
- les conseils et le soutien en alimentation pour la mère et le bébé ;

- la référence vers les structures de prise en charge médicale y compris par les ARV ;
- la vérification du statut de l'enfant à 18 mois de vie ;
- la référence aux associations de lutte contre le VIH/SIDA pour le soutien communautaire. Celle ci connaît cependant des insuffisances si bien que les femmes dépistées dans le cadre du programme ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge psychosociale adéquate;

Quant à l'administration de l'ARV, 75,6% des couples mère enfant en ont bénéficié pour la prévention de la TME entre 2002 et 2005. Ce chiffre montre une insuffisance dans le suivi des femmes après le dépistage où on retrouve également un pourcentage non négligeable de perdues de vue.

Sur le terrain plusieurs protocoles thérapeutiques de bi ou trithérapie sont utilisés dans certains sites en plus de la mono prophylaxie recommandée par le programme national 2001-2005 ; une harmonisation de ces protocoles thérapeutiques, ainsi que l'assurance des conditions de mise en œuvre de ces protocoles sont nécessaires.

Les difficultés d'intégration des femmes dépistées séropositives dans le cadre du programme dans les files actives de prise en charge médicale et le faible accès aux examens complémentaires pour un bilan pré-thérapeutique limitent la prise en charge médicale de ces femmes.

3.2.9 L'alimentation de la mère et de l'enfant

Selon les rapports mensuels transmis par les districts, 60,2% des mères choisissent l'allaitement maternel exclusif et 33,8% l'alimentation artificielle exclusive ; il ressort que 6% d'entre elles pratiquent une alimentation mixte. .

Les supervisions des prestataires par les ECD ont également mis en exergue l'insuffisance de compétences des acteurs y compris des agents de santé en matière de conseils et soutien aux mères dans le domaine de l'alimentation infantile.

La peur de la stigmatisation influence le choix et le respect du mode d'alimentation des enfants de mères infectées par le VIH.

La pérennisation et la régularité des dotations en substituts de lait maternel (SLM) ne sont pas toujours assurées et peuvent donc constituer des limites à la mise en œuvre du programme.

3.2.10 La collaboration/ partenariat

La collaboration intra sectorielle préconisée dans le programme n'a pas connu une exécution satisfaisante. En effet dans la planification des activités, le lien n'est pas

toujours fait entre la PTME, la prise en charge médicale, la Maternité à Moindre Risque (MMR) et la PCIME ainsi qu'avec le Programme National de Santé des jeunes.

Le partenariat au niveau périphérique qui devait permettre d'assurer le continuum de soins aux femmes et à leurs enfants n'est pas encore bien organisé dans tous les districts. Néanmoins il existe des motifs de satisfaction dans d'autres districts où la qualité de ce partenariat a permis d'améliorer l'atteinte des résultats.

Les mécanismes de coordination au niveau national qui existent sont les réunions semestrielles du comité de concertation impliquant tous les partenaires intervenant dans la PTME.

Au niveau régional et district, ce sont les rencontres de concertation PTME spécifiques ou intégrées aux cadres de concertation existants qui réunissent les agents de santé de la région, les membres d'associations et agents communautaires ; ceux ci devraient être promus pour améliorer le suivi global de la mère et de l'enfant né de mère séropositive.

3.2.11 L'utilisation des ressources

IL n'y a pas eu d'affectation spécifique de personnel pour la PTME, mais dans certains cas, des redéploiements ont dus être faits à l'intérieur des formations sanitaires pour permettre la réalisation des activités. Cependant dans d'autres districts, des ONG ont procédé à un recrutement de personnel spécialement affecté aux activités de PTME.

Quant aux ressources matérielles, elles ont intéressé le renforcement du plateau technique dans tous les sites de PTME afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations de SMI.

Il est difficile de faire le point de toutes les contributions financières faites au niveau central (DSF) et au niveau décentralisé. D'une manière générale, il n'a pas été possible de faire le point de l'utilisation des ressources allouées aux districts faute de mise en place de mécanismes fiables de collecte des données. Le budget estimatif pour la mise en œuvre de la PTME dans un district la première année est d'environ 25 000 000 de francs CFA si l'on n'inclut pas le renforcement du plateau technique. Ce coût peut atteindre 46 000 000 de francs CFA si l'on prend en compte les frais inhérents au renforcement en équipement médico-technique.

3.2.12 Suivi /évaluation

Dans le domaine du suivi, les données collectées par les formations sanitaires devraient être synthétisées et analysées au niveau des formations sanitaires puis des DS et DRS avant d'être transmises à la DSF. Cette analyse qui devrait permettre d'améliorer la qualité et de rechercher des solutions locales à certains problèmes reste insuffisante. En outre, les données transmises sont de faible qualité due entre autre à la complexité de la fiche de rapport mensuel qui ne permet pas le calcul de certains indicateurs.

Les données PTME ne sont pas encore intégrées dans le SNIS. Cependant, certains aspects positifs comme les sorties de suivi par la coordination, la mise en place d'une base de données dans certains districts sont à retenir.

3.2.13 Acquis de la mise en œuvre du premier programme

- L'extension progressive des activités de PTME dans les districts passant de 3 en 2002 à 37 en fin 2005;
- L'existence de comité de pilotage PTME au niveau de certaines régions;
- Existence de points focaux PTME au niveau de certains DS ;
- L'appui des partenaires techniques et financiers et des associations pour la mise en œuvre de la PTME
- La mise en œuvre effective des PIC/ PTME à travers des émissions radio et d'activités de communication dans certains districts;
- La mise en place du système de dépistage à l'aide de tests rapides sur sang total dans certains sites PTME ;
- L'utilisation des acteurs communautaires pour le conseil dépistage, et le suivi des femmes dépistées ;
- L'utilisation des produits de la gratuité des soins prénatals aux bénéficiaires des femmes enrôlées dans le programme PTME ;
- L'amélioration progressive de l'organisation des activités par les différents acteurs ;
- L'existence de documents de référence et de gestion, d'une coordination assez bien fonctionnelle et le dépistage de 40 566 femmes enceintes ;
- L'existence d'une expertise locale et nationale en matière de PTME.

3.2.14 Difficultés

Malgré les résultats obtenus, des difficultés existent et doivent être résolues pour améliorer la mise en œuvre et l'impact du programme. A ce sujet on peut citer :

- L'insuffisance dans la gestion du mode d'alimentation des enfants nés de mères infectées par le VIH ;
- Les longs rendez-vous pour les résultats du dépistage sérologique dans certains sites ;
- Le faible accès à la prise en charge médicale pour les femmes séropositives dans le cadre des programmes et initiatives de prise en charge médicale
- Faible accessibilité financière aux examens biologiques des femmes dépistées positives pour le suivi médical et celui de la grossesse,
- Faible mobilisation de la population en particulier des hommes en faveur de la PTME/VIH.
- Perception verticale du programme PTME par la plupart de prestataires ;
- L'insuffisance dans l'inclusion systématique de la PTME dans les plans d'action des districts selon le plan de passage à l'échelle.
- La faible implication des DRS dans la gestion du programme PTME et la faiblesse du système de suivi surtout au niveau intermédiaire et opérationnel.
- Absence d'un système d'approvisionnement pérenne en intrants PTME en général et particulièrement en substituts du lait maternel ;
- Faible capacité de gestion des intrants (rupture de réactifs, de substitut de lait maternel, de médicaments pour la PEC des infections opportunistes, d'ARV ...) dans certains sites ;
- Insuffisance dans la collaboration entre districts sanitaires et hôpitaux pour le suivi médical du couple mère-enfant du programme PTME
- La dépendance du programme vis à vis des partenaires techniques et financiers extérieurs ;
- La mobilité du personnel notamment formé à la PTME
- L'insuffisance de collaboration entre district et associations/ONG
- L'insuffisance d'infrastructures adéquates pour le counseling.

3.2.15 Leçons apprises

- La mise en place d'un comité de pilotage spécifique au programme PTME dans une région sanitaire permet de suivre les activités, de corriger rapidement les problèmes rencontrés et de coordonner les différentes interventions dans la région ;
- L'utilisation des animatrices formées pour le conseil dépistage et surtout le suivi des femmes séropositives est à pérenniser pour réduire les perdus de

vue à tous les stades du processus de mise en œuvre de la PTME/VIH, sensibiliser les femmes à l'utilisation des services de SMI ;

- L'utilisation des tests rapides sur sang total dans les sites augmente le taux d'adhésion au CDV, réduit significativement les résultats non rendus et améliore le suivi ; cependant, l'expérience mérite des réflexions plus poussées pour garantir la fiabilité et la qualité des tests et du dépistage ;
- La collaboration entre DRS, DS, CHR, Associations/ONG et autres partenaires est une nécessité pour une mise en œuvre adéquate du programme PTME/VIH ;
- La mise en œuvre du PIC est une condition essentielle pour la réussite de la PTME ;
- La mise en œuvre de la PTME contribue à l'amélioration de la qualité des prestations dans les FS ;
- L'amélioration de l'accès au traitement ARV accroît l'adhésion à la PTME ;
- l'intégration des prestations de PTME/VIH dans le PMA des formations sanitaires nécessite parfois des réaménagements tant du point de vue de architectural que du point de vue de l'organisation du travail de l'équipe de santé ;
- La forte mobilisation des financements pour la lutte contre le VIH/SIDA a modifié le comportement des prestataires sur les activités en rapport avec le VIH. Cela se traduit souvent par une demande d'intéressement pour la réalisation des activités de PTME.
- La mise en œuvre de ce programme a permis de développer une expertise nationale dans le domaine, une amélioration de la qualité des prestations dans les sites et des capacités des structures.

4- Recommandations techniques au niveau international sur la PTME/VIH

Le choix des protocoles ARV, doit prendre en compte l'efficacité et l'innocuité mais également et surtout les contraintes opérationnelles pour les pays à ressources limitées. La faisabilité au niveau opérationnel est un élément important dans le choix des protocoles. En effet, les combinaisons sont plus efficaces que les mono prophylaxies, cependant elles sont beaucoup plus complexes au plan opérationnel. En outre, l'existence de résistances est un fait avéré pour la Névirapine mais selon certaines études cette résistance ne compromet pas toujours la trithérapie future des mères car elle est transitoire.

Quant à l'alimentation de l'enfant né de mère infectée par le VIH, il est nécessaire de développer une politique nationale claire en la matière. Les recommandations de l'OMS à ce sujet sont les suivantes:

- Alimentation de substitution si acceptable, faisable, abordable, durable et saine ;
- Sinon allaitement maternel exclusif suivi d'un arrêt le plus tôt possible ;

Les interventions dans ce domaine ne doivent pas se limiter seulement aux conseils mais doivent également porter sur le soutien et l'encadrement des mères.

Le paquet minimum des services PTME recommandé comprend :

- le conseil pour le dépistage volontaire et confidentiel dans le cadre de la PTME/VIH (femme et conjoint) ;
- le dépistage sérologique du VIH dans le cadre de la PTME/VIH ;
- les soins obstétricaux chez une femme infectée par le VIH ;
- les soins néonataux d'un nouveau-né de mère infectée par le VIH ;
- le traitement des IO, Bilan initial, Accès aux ARV dans la mesure du possible ;
- le suivi prénatal, post natal de la mère infectée par le VIH et de son bébé ;
- les conseils et le soutien sur l'alimentation de la mère infectée par le VIH et de son enfant ;
- la vérification du statut de l'enfant ;
- la planification familiale chez une femme infectée par le VIH
- la prise en charge médicale, psychosociale et communautaire de la mère infectée par le VIH, de son l'enfant, son conjoint et les autres membres de la famille ;
- l'administration de cotrimoxazole aux enfants nés de mères VIH + ;
- la communication en faveur du programme ;
- la prévention primaire chez les femmes en âge de procréer.

PROGRAMME DE PTME/VIH 2006-2010

Ce second programme vise d'une part à combler les insuffisances constatées lors de la mise en œuvre du premier programme (l'insuffisance de couverture géographique, le faible taux d'adhésion des femmes au dépistage, l'insuffisance de la prise en charge de la mère et de l'enfant) et d'autre part à tenir compte des nouvelles stratégies et protocoles plus efficaces.

Aussi ce second programme s'inscrit dans un environnement favorable à la lutte contre le VIH/SIDA que sont : l'engagement du Gouvernement, l'appel à l'action d'Abuja, la disponibilité accrue des services de prise en charge médicale, la multiplicité des partenaires et l'engagement des prestataires sur le terrain.

I - PROBLEMES PRIORITAIRES

- 1) La couverture des cibles primaires en activités de PTME/VIH est insuffisante
- 2) L'adhésion des femmes enceintes et leurs partenaires au programme PTME/VIH est faible
- 3) La prise en charge médicale, nutritionnelle, psychosociale et communautaire de la mère et de l'enfant est insuffisante

II – BUT, OBJECTIFS ET STRATEGIES

1- But

Contribuer à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA.

2- Objectifs

Objectif Général

Réduire le taux de transmission mère-enfant du VIH de 50% d'ici fin 2010.

Objectifs spécifiques :

- Augmenter la couverture des districts sanitaires en activités PTME de 67,3% à 100% et des FS de 15,4% à 80% d'ici fin 2010
- Augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes vues en CPN de 41,3% à au moins 80% d'ici fin 2010.
- Porter le taux de couverture des femmes enceintes dépistées VIH + et ayant reçu l'ARV pour la PTME de 75,6% à 90%

L'évolution de ces objectifs d'ici fin 2010 est présentée dans le tableau ci-dessous

Tableau IV : Evolution des objectifs durant le programme

Indicateurs	Référence (2005)	2006	2007	2008	2009	2010
Districts avec PTME	67,3%	70%	90%	100%	100%	100%
Formations sanitaires PTME	15,4%	30%	60%	70%	80%	80%
Taux de dépistage des femmes vues en CPN	41,3%	50%	60%	70%	75%	80%
Couverture des femmes enceintes infectées en ARV	75,6%	80%	85%	85%	90%	90%

3- Composantes de la prévention de la Transmission mère enfant du VIH

Il existe cinq (5) composantes. Il s'agit de la prévention primaire de l'infection au VIH, de la prévention des grossesses indésirables surtout chez les femmes séropositives, de la prévention de la transmission du VIH par des mères infectées à leurs nourrissons, des conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant et des soins aux femmes, aux bébés, à leurs conjoints et à leurs familles.

➤ **Prévention primaire de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes**

Elle contribuera dans une large mesure à prévenir la transmission du VIH aux nourrissons et aux jeunes enfants et à l'atteinte d'autres objectifs de prévention de manière générale.

Les activités doivent viser les femmes exposées et leurs partenaires, les jeunes et doivent être adaptées aux besoins des femmes enceintes et des mères allaitantes car le risque de TME est élevé en cas d'infection primaire pendant la grossesse.

➤ **Prévention des grossesses non désirées surtout chez les femmes séropositives**

Il est nécessaire de renforcer les services de PF pour toutes les femmes. En particulier celles qui sont séropositives doivent bénéficier de soins et soutiens essentiels de SR afin de prendre en connaissance de cause les décisions relatives à leur santé génésique future.

➤ **Prévention de la Transmission du VIH par des mères infectées à leurs nourrissons**

Les interventions préconisées à cet effet comprennent :

- l'utilisation d'ARV pour réduire la TME,
- la pratique d'accouchements à moindre risque,
- l'offre de soins et prise en charge selon une approche familiale,
- l'offre de conseil et de dépistage du VIH : ils jouent un rôle majeur dans la mesure où une femme infectée qui est informée à temps de sa séropositivité peut tirer profit de ce paquet d'interventions.

➤ ***Conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant***

L'offre de conseils et soutien en matière d'alimentation du nourrisson permet de réduire la transmission du VIH par le lait maternel.

➤ ***Soins aux femmes, à leurs conjoints et à leurs familles***

Le programme de PTME contribuera au dépistage des femmes enceintes et des membres de leur famille. Il faudrait donc renforcer les liens entre ce programme et les programmes de prise en charge afin que les femmes, leurs nourrissons et leur famille puissent bénéficier de services dont ils ont besoins.

Les interventions dans le domaine des soins incluent :

- la prévention et le traitement des infections opportunistes (cotrimoxazole pour les enfants exposés)
- les traitements antirétroviraux (trithérapie)
- le soutien psychosocial et nutritionnel
- les soins de santé génésique y compris la PF

L'amélioration de l'accès aux soins et au soutien pour les mères infectées et leurs nourrissons, nécessite de la part de la communauté un soutien accru en faveur des programmes de PTME et une promotion du recours aux interventions telles que le dépistage du VIH.

4– Stratégies de mise en œuvre des activités

Pour la mise en œuvre de ce deuxième programme les stratégies ci-après seront utilisées pour accélérer la couverture des cibles primaires.

4.1 Mobilisation de tous les partenaires et acteurs de terrain autour du programme PTME

La mise en œuvre du programme PTME nécessite la mobilisation de ressources financières. Ainsi l'atteinte des objectifs du Gouvernement en matière de la PTME au Burkina Faso demande que tous les partenaires et acteurs mettent à disposition des

ressources aussi bien techniques que financières pour soutenir ce programme. Aussi, doivent ils adhérer aux normes et directives nationales en matière de formation des prestataires, de protocole ARV, de protocole de dépistage, d'approvisionnements en intrants et d'indicateurs de suivi et d'évaluation.

4.2 Renforcement des capacités opérationnelles (ressources humaines, infrastructures, équipements/logistiques)

C'est une condition essentielle qui vise à donner les capacités nécessaires aux structures pour la réalisation du paquet d'activités PTME/VIH et la coordination. Il s'agira aussi de renforcer les infrastructures, les équipements et la disponibilité en intrants.

L'introduction du conseil pour le dépistage volontaire dans le paquet d'activités des formations sanitaires nécessitera une réorganisation de l'espace de travail pour assurer la qualité du CDV. Il s'agira de faire en sorte que les femmes (et/ou leurs partenaires) qui désirent bénéficier d'un CDV puissent l'avoir dans un cadre approprié. Pour certains cas il faudrait procéder à un aménagement des locaux existants.

L'amélioration du plateau technique des formations sanitaires contribuera à offrir des prestations de qualité aux cibles ; elle concerne le matériel de CPN, d'accouchement, de consultation du nourrisson et de prise en charge médicale des femmes et de leurs enfants.

Les intrants nécessaires à la réalisation des activités PTME/VIH comprennent les réactifs, les consommables médicaux et de laboratoire, les ARV, les médicaments pour les infections opportunistes (en particulier le cotrimoxazole) et les substituts de lait maternel. La disponibilité de ces intrants est indispensable pour la qualité des prestations.

Ce renforcement prendra également en compte la coordination nationale, les hôpitaux, les niveaux intermédiaire et opérationnel.

4.3 Normalisation du VIH dans les activités de santé maternelle et infantile

L'intégration complète dans le paquet minimum des services avec l'offre systématique de dépistage par les prestataires (opt out) pendant la grossesse et au cours de l'accouchement reste une stratégie importante à la réussite du programme. Ainsi, après une phase initiale où la prise en charge du VIH au sein de la SMI a été traitée comme une intervention verticale, tous les services relatifs au VIH y compris l'IEC, le conseil et le dépistage doivent faire partie intégrante et être administrés avec

les activités déjà menées. A la CPN, le conseil se fera en groupe et le test sera offert systématiquement avec celui de la syphilis, le taux d'hémoglobine, l'albumine/ sucre, le groupe sanguin/rhésus... Le conseil individuel pourra être réservé aux sites qui gèrent un nombre limité de patientes en CPN, aux femmes qui ont besoin de plus d'information y compris celles qui ont décliné la première offre.

Le programme de PTME doit être intégré dans les plans d'actions des DRS, DS et hôpitaux.

4.4 Introduction de protocoles ARV plus efficaces

Les différentes expériences ont montré à travers le monde l'insuffisance de la monothérapie à la Névirapine. Il est préconisé une association d'antirétroviraux si on veut avoir une réduction significative de la TME. Avec l'augmentation de la disponibilité du traitement en ARV, le protocole national de la PTME doit être modifié de la dose unique de la Névirapine à la biprophylaxie pour les femmes non éligibles et la trithérapie pour celles qui sont éligibles. Le protocole préconisé par l'OMS (voir annexe) sera retenu et introduit progressivement en différentes phases en fonction des capacités opérationnelles des formations sanitaires.

4.5 Réalisation de test de dépistage sur le site

La réalisation du test de dépistage sur site par du personnel paramédical non technicien de laboratoire formé permettra d'améliorer le taux de retour pour les résultats et de prendre en charge toutes les femmes dépistées positives.

4.6 Dépistage précoce des nourrissons de mères infectées par le VIH

Le dépistage précoce par la détection de l'antigène viral chez les nourrissons nés de mères infectées dès la 6^{ème} semaine de vie améliorerait de façon considérable le suivi des enfants infectés et soulagera les parents de ceux qui seront séronégatifs.

4.7 Amélioration de l'accès des femmes, des enfants et de leurs familles à la prise en charge médicale

Des efforts doivent être faits pour faciliter le suivi biologique des femmes lors de la consultation prénatale et après l'accouchement. Les femmes enrôlées dans le programme PTME doivent être prioritaires dans la file active pour la prise en charge médicale. Il en est de même pour les enfants séropositifs issus de ce programme.

Les sites PTME seront organisés en réseau autour des centres de prise en charge médicale pour faciliter l'accès des femmes, des enfants et des familles à cette prise en charge.

4.8 Référence et contre référence

Il est nécessaire d'organiser la référence et contre référence non seulement à l'intérieur des formations sanitaires mais aussi entre les formations sanitaires de premier niveau et les structures de prise en charge. L'organisation de la référence sera indispensable pour assurer une prise en charge adéquate des femmes et des nouveau-nés.

Quant à la contre référence, elle devra être systématique afin de permettre un suivi adéquat des femmes et des nouveau-nés après leur sortie de la maternité. Elle contribuera également à la formation du personnel.

Cette référence et contre référence doit également être organisée avec les structures de prise en charge psychosociale et communautaire.

4.9 Prophylaxie au cotrimoxazole des enfants nés de mères séropositives

Cette prophylaxie sera entamée dès la huitième semaine de vie jusqu'au contrôle du statut de l'enfant. Si l'enfant est séronégatif, elle est interrompue mais dans le cas contraire, elle est poursuivie. Cette prophylaxie réduit le risque d'infections opportunistes chez les enfants.

4.10 Mobilisation des communautés et participation des acteurs communautaires

Pour une couverture nationale de la PTME surtout avec le nouveau protocole et en rapport avec l'objectif à long terme qui est d'éliminer le VIH chez les enfants, des efforts additionnels sont nécessaires pour amener le plus grand nombre de femmes en âge de procréer notamment celles infectées à utiliser les services de SMI.

Pour atteindre les cibles du programme, il faut l'amélioration et la disponibilité des prestations, mais aussi une mobilisation des bénéficiaires pour qu'ils les utilisent. Cela passera par le développement et la diffusion de messages clairs et ciblés à travers la mise en œuvre d'un plan intégré de communication (PIC).

L'implication des acteurs communautaires dans la promotion des services de consultation prénatale, d'accouchement dans les centres de santé, de planification familiale, dans l'identification et la référence des femmes enceintes, dans le suivi à

domicile des femmes aurait une contribution significative. Les associations et ONG seront aussi impliquées dans la prise en charge communautaire.

A cet effet le rôle des acteurs du monde associatif et des acteurs communautaires sera d'appuyer les districts et les hôpitaux par :

- l'information et la sensibilisation sur la PTME/VIH avec des moyens et des messages adaptés ;
- le soutien psychosocial et économique des femmes infectées par le VIH ainsi que leur entourage ;
- la recherche des femmes enceintes ou des femmes infectées accouchées avec leurs bébés et perdues de vue ;
- le soutien dans l'observance des prescriptions ;
- l'accompagnement dans l'alimentation des enfants nés de mères infectées par le VIH ;
- les visites à domicile, à l'hôpital ;
- l'orientation vers les structures de santé en cas de besoin ;
- l'aide à la réinsertion sociale et professionnelle ;
- l'appui juridique en cas de besoin ;
- la distribution de certains produits non prescriptibles ;
- appui aux formations sanitaires en counseling si nécessaire.

Certaines activités du programme seront réalisées sous forme contractuelle avec des structures, des ONG ou associations et des personnes compétentes dans des domaines précis.

4.11 Coordination, suivi, évaluation et recherche

La coordination du programme PTME sera assurée à tous les niveaux du système de santé. Pour ce faire les ECD superviseront les agents des formations sanitaires une fois par trimestre sur les prestations tandis que les équipes des Directions Régionales superviseront les ECD et les équipes des hôpitaux sur la gestion avec la même périodicité. La coordination nationale du programme effectuera des sorties semestrielles de suivi dans les DRS et les hôpitaux.

Les données collectées au niveau des formations sanitaires seront analysées au niveau district, hôpital et régional pour ensuite transmises trimestriellement à la DSF. De nouveaux indicateurs sont nécessaires pour prendre en compte les aspects d'accès au traitement des femmes et des enfants. La collaboration de la DSF avec la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) permettra d'intégrer les indicateurs PTME au SNIS.

Une évaluation à mi-parcours sera faite en 2008 et la finale en début 2010. Leurs résultats serviront de base pour l'écriture du 3ème programme.

Les thèmes de recherche seront identifiés et réalisés tant au niveau de la coordination du programme qu'au niveau opérationnel pour répondre à des préoccupations précises.

III- ACTIVITES : INDICATEURS, RESPONSABLE, COLLABORATEURS, COUT ESTIMATIF ET CHRONOGRAMME

Les activités sont définies par objectif spécifique et par stratégie.

Objectif spécifique 1 : Augmenter la couverture en activités PTME des districts sanitaires de 67,3% à 100% et des FS de 15,4% à 80% d'ici fin 2010.

Stratégie 1 : Mobilisation de tous les partenaires et acteurs de terrain autour du programme PTME

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
1.1.1	Organiser un plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires pour une mobilisation des ressources dans la mise en oeuvre du programme PTME	Taux de mobilisation des ressources	DSF	DGS, DAF Partenaires	PM	X	x	x	x	X
1.1.2	Faire le plaidoyer pour le financement des activités de PTME des DS	- proportion de DS ayant intégré la PTME - proportion de FS mettant en oeuvre des activités de PTME	DSF, DRS, DS	DSF, DGSP, DRS, DS, DAF, Partenaires	PM	X	x	x	x	X
1.1.3	Faire un plaidoyer auprès des partenaires pour l'utilisation des outils standardisés	proportion de FS mettant en oeuvre des activités de PTME selon les normes nationales	DRS, DS, hôpitaux	DSF, DGSP, DRS, DS, DAF, Partenaires	PM	X	x	x	x	X
1.1.4	Tenir un atelier d'orientation des enseignants des écoles de formation de base sur la PTME	Nombre d'enseignants orientés	DSF	UFR/SDS ENSP INFTS	1825925	X				

Stratégie 2 : Renforcement des capacités opérationnelles (ressources humaines, infrastructures, équipements/logistiques)

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
1.2.1	Construire/Réhabiliter les infrastructures	Nbre d'infrastructures construits/nbre prévu Nbre d'infrastructures réhabilités/Nbre prévu	DAF	DS, DRS, DAF, DGIEM, DRH, Partenaires, DGHSP	PM		x	x	x	X
1.2.2	Réviser les directives nationales et les modules de formation en PTME	Existence de modules et directives révisés	DSF	DRS, ECD, partenaires	30069790	X				
1.2.3	Elaborer des directives sur l'alimentation de l'enfant exposé au VIH	Directives élaborées	DSF	DGS DN IPFAN	7000000	X				
1.2.4	Doter les FS en équipements adéquats pour la mise œuvre des activités	Proportion FS disposant d'équipement adéquat	DSF	DS, DRS, DAF, DGIEM, DRH, Partenaires, DGHSP	386452000	X	x	x	x	X
1.2.5	Former en 5 sessions la 1ere année puis 2 sessions par an des formateurs régionaux sur la PTME	Nombre de formateurs formés sur le prévu	DSF	DRS Partenaires	97427440	X	x			
1.2.6	Former/recycler en 5 sessions pqr DS (2 la 1ere année et 1 les autres années) le personnel des formations sanitaires sur la PTME	Proportion d'agents formés	DS	DRS Partenaires	687500000	X	x	x	x	X
1.2.7	Former en 1 session par DS par an les agents de santé à la technique de dépistage sérologique du VIH à l'aide des tests rapides	- Nombre de FS réalisant le dépistage sur site - taux de retour pour le post test	DS	DSF CMLS SP/CNLS DGPLM	330000000	X	x			
1.2.8	Former 1 session par an les membres des ECD, des DRS et des hôpitaux à la gestion des programmes de SR	Proportion de membres formés sur le nombre prévu	DSF	DRS, DS, Partenaires	38400400		x	x	x	X

1.2.9	Intégrer les SLM dans la liste des médicaments essentiels génériques	SLM intégré dans la liste des MEG	DGPML DSF	CAMEG, partenaires	PM		x			
1.2.10	Doter régulièrement les formations sanitaires en réactifs et consommables de pour la réalisation des tests	Taux de disponibilité des réactifs	DSF DGPML	DRS, DS, CMLS, CAMEG Partenaires	1189545125	X	x	x	x	X
1.2.11	Doter régulièrement les formations sanitaires en ARV selon le protocole	Taux de disponibilité des ARV selon les niveaux	DSF	DRS, DS, CMLS, CAMEG Partenaires	500301122	X	x	x	x	X
1.2.12	Doter régulièrement les formations sanitaires en substituts de lait maternel	Taux de disponibilité de substituts de lait maternel	DSF	DRS, DS, CAMEG Partenaires	1822998135	X	x	x	x	X
1.2.13	Rendre disponible dans les formations sanitaires le cotrimoxazole pour la prophylaxie chez le nourrisson et la mère	Taux de disponibilité du cotrimoxazole	DSF	DRS, DS, CAMEG Partenaires	32161416	X	x	x	x	X
1.2.14	Doter la DSF d'1 véhicule de supervision	Véhicule disponible	DAF	Partenaires	40000000			x		
1.2.15	Doter la DSF en ordinateur portable, imprimante et vidéo projecteur	Ordinateur, imprimante et vidéo projecteur disponible	DSF	Partenaires	7000000	X				
1.2.16	Superviser Semestriellement les agents et les ECD sur la mise en œuvre des activités PTME	Nombre de supervisions réalisées sur Nombre prévu	ECD, DRS, Hôpitaux	DRS, DS, Partenaires	P M	X	x	x	x	X
1.2.17	Participer aux rencontres nationales, régionales, internationales	Nombre de participation aux rencontres	DSF CMLS	DAF/ Partenaires, DS, DRS	28000000	X	x	x	x	X

Stratégie 3 : Normalisation du VIH dans les activités de santé maternelle et infantile

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
1.3.1	Offrir systématiquement le test du VIH avec les autres examens habituellement demandés lors des CPN	Proportions de femmes ayant fait le test de dépistage	Responsable des maternités	ECD, DRS, Hôpitaux	PM	X	x	x	x	X
1.3.2	Inscrire les activités de PTME dans les plans d'action des districts, DRS et hôpitaux	proportion de DS ayant intégré la PTM	DS, DRS, Hôpitaux	DSF DEP	PM	X	x	x	x	X
1.3.3	Faire un plaidoyer pour l'intégration de la PTME dans le curricula des écoles de formation (ENSP, UFR/SDS)	Existence de module PTME dans les programmes de formation	DSF	ENSP, UFR/SDS Partenaires	P M		x	x		

Stratégie 4: Coordination, suivi, évaluation et recherche

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
1.4.1	Tenir les rencontres semestrielles du comité technique de concertation (CTC)	Nombre de rencontres tenues sur Nombre prévu	DSF	SP/CNLS, DRS, DS, CMLS, Partenaires, DC	PM	x	x	x	x	X
1.4.2	Organiser des rencontres de concertation au niveau régional et périphérique entre les sites PTME et les centres de PECM et les associations	Nombre de rencontres réalisées sur nombre prévu	DRS, DS, Hôpitaux	DRS, DS, Associations, Partenaires	PM	x	x	x	x	X
1.4.3	Réviser les supports de collecte des données pour tenir compte des nouveaux indicateurs	Supports de collecte révisés disponibles	DSF	DEP	1045250	x				
1.4.4	Plaidoyer auprès de la DEP pour la	Données PTME	DSF	CMLS,	PM	x	x	x	x	X

	prise en compte des données de PTME dans les supports lors de la prochaine révision	insérées dans le SNIS		SP/CNLS Partenaires						
1.4.5	Réaliser des sorties de suivi semestriel dans les DS, DRS et les hôpitaux	Nombre de sorties de suivi réalisées sur Nombre prévu	DSF	DS, DRS, Hôpitaux Partenaires	42848000	x	x	x	x	X
1.4.6	Elaborer des rapports semestriels de mise en œuvre du programme	Nombre de rapports élaborés sur Nombre prévu	DSF	DS, DRS, Hôpitaux	PM	x	x	x	x	X
1.4.7	Elaborer un bulletin semestriel de retroinformation sur les activités de PTME dans le cadre de DSF info	Nombre de bulletins élaborés sur le nombre prévu	DSF	DS, DRS	PM	x	x	x	x	X
1.4.8	Evaluer le programme à mi-parcours en 2008	Evaluation faite	DSF	DSF, partenaires CMLS, SP/CNLS	10000000			x		
1.4.9	Evaluer le programme en début 2010	Evaluation faite	DSF	DSF, partenaires CMLS, SP/CNLS	20000000					X
1.4.10	Elaborer le troisième programme de PTME 2011- 2015	Programme élaboré	DSF	DSF, partenaires CMLS, SP/CNLS	20000000					X

Total objectif 1 :

5.292.574.603

Objectif spécifique 2 : Augmenter le taux d'adhésion au CDV des femmes enceintes vues en CPN1 de 41,3% à 70% d'ici fin 2010.

Stratégie 1 : Renforcement des capacités opérationnelles

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
2.1.1	Doter régulièrement les formations sanitaires en réactifs et consommables de pour la réalisation des tests	Taux de disponibilité des réactifs	DSF	DRS, DS, Partenaires	PM	X	x	x	x	X
2.1.2	Doter régulièrement les formations sanitaires en ARV selon les niveaux d'application du protocole	Taux de disponibilité des ARV selon les niveaux	DSF	DRS, DS, Partenaires	PM	X	x	x	x	X
2.1.3	Doter régulièrement les formations sanitaires en substituts de lait maternel	Taux de disponibilité de substituts de lait maternel	DSF	DRS, DS, Partenaires	PM	X	x	x	x	X
2.1.4	Assurer le plaidoyer pour le renforcement des FS mettant en œuvre la PTME en personnel selon les normes	Nbre de FS remplissant les normes en personnel	DRH	DRS, DS	PM	X	x	x	x	X

Stratégie 2 : Réalisation de test de dépistage sur le site

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
2.2.1	Reproduire les nouvelles directives et les nouveaux modules de formation	Disponibilité des modules	DSF	DAF	27191 425		x			
2.2.2	Diffuser les modules et directives révisés	Nombre de structures disposant de modules et directives sur nb de structures	DSF	DRS, DS, hôpitaux	18769330		x			

2.2.3	Inclure les nouveaux tests dans le plan d'approvisionnement	Nouveaux tests pris en compte dans le plan d'approvisionnement	DSF	DGPML, CAMEG, partenaires	PM		x	x	x	X
2.2.4	Réaliser le test de dépistage rapide sur sang total dans les FS	Test de dépistage rapide effectif dans les FS	ECD	DRS, DSF	PM		x	x	x	X
2.2.5	Réaliser le contrôle de qualité des tests	Contrôles de qualité des tests réalisés	DSF	DGPML, DRS, DS, hôpitaux	44000000	X	x	x	x	X

Stratégie 3 : Dépistage précoce des nourrissons de mères infectées par le VIH

N°	Activités	Indicateurs	Responsable	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
2.3.1	Introduire une requête auprès des partenaires y compris la fondation Clinton et le Fonds Mondial	Disponibilité des tests	DSF	DGS, DAF, UNICEF, OMS	PM		x	x	x	X
2.3.2	Inclure les réactifs, la PCR dans le plan d'approvisionnement	Nouveaux tests pris en compte dans le plan d'approvisionnement	DSF	DGPML, CAMEG, partenaires	PM		x	x	x	X
2.3.3	Effectuer le dépistage des nourrissons nés de mères infectées par le VIH dès la 6 ^{ème} semaine	Dépistage précoce à la PCR réalisé	ECD	DRS, CHU, DSF	112662864		x	x	x	X

Total objectif 2 :

202.623.619

Objectif spécifique 3 : Porter le taux de couverture des femmes enceintes infectées du VIH en ARV pour la PTME de 75,6% à 90%.

Stratégie 1 : Mobilisation des communautés et participation des acteurs communautaires

N°	Activités	Indicateurs	Responsible	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
3.1.1	Faire le plaidoyer pour le financement des activités du plan intégré de communication dans les districts	Proportion de PIC financé	DSF	DRS, DS, PTF	PM	X	x	x	x	X
3.1.2	Mettre en œuvre les activités du plan intégré de communication	Proportion de DS mettant en œuvre le PIC	DS	DSF, DRS, ONG/ Ass, partenaires	90000000	X	x	x	x	X
3.1.3	Créer et formaliser les conventions de collaboration entre les structures sanitaires et les OBC	Nombre de convention existant	DS	DRS	PM	X	x	x	x	X
3.1.4	Utiliser les cadres de concertation existant pour discuter de la PTME	PTME pris en compte lors des rencontres	DS	DRS	PM	X	x	x	x	X
3.1.5	Elaborer des supports éducatifs et promotionnels	Supports éducatifs et promotionnels disponibles	DSF	UNICEF, OMS PADS, Autres partenaires	3128700	X	x	x	x	X

Stratégie 2 : Amélioration de l'accès des femmes et des enfants à la prise en charge médicale

N°	Activités	Indicateurs	Responsible	Collaborateurs	Coût estimatif	Période				
						2006	2007	2008	2009	2010
3.2.1	Intégrer le bilan biologique initial dans le paquet des soins préventifs gratuits	Bilan initial intégré	DSF	DRS, DS, hôpitaux	PM		x	x	x	X
3.2.2	Réviser les besoins estimés de la gratuite des soins préventifs pour prendre en compte le paquet du suivi biologique (voir en annexe)	Besoins estimés révisés	DSF	DGPML, CAMEG, partenaires	PM		x	x	x	X
3.2.3	Instruire les comités thérapeutiques à donner la priorité aux femmes PTME dans les files actives de PECM au	Nombre de femmes PTME prises en charges sur le	CMLS/ Santé	DRS, hôpitaux	PM	X	x	x	x	

	niveau des structures de soins	nombre ayant besoin de cette prise en charge								
3.2.4	Organiser la référence et la contre référence pour la PEC globale	Système de référence et contre référence fonctionnel	DS	CHU /CHR DS, ONG/ Associations	PM	X	x	x	x	X

Total objectif 3 :

93.128.700

TOTAL GENERAL : 5.588.326.922 FCFA

IV- ETAPES DE MISE EN ŒUVRE

Le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH se situe dans le cadre global de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA au Burkina Faso. Il est conçu dans un contexte de planification multisectorielle entreprise par le Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il devra être considéré comme une sous composante de ce processus pour contribuer à la réduction de la propagation du VIH. Ce programme intervient aussi dans un contexte de décentralisation du système de santé qui permet aux différents niveaux d'élaborer et d'exécuter des plans d'action en tenant compte des grandes orientations nationales.

1- Mise en œuvre du programme 2006-2010

La mise en œuvre de ce programme se fera selon les étapes suivantes :

Etape 1 : tenue d'un atelier de sensibilisation et d'orientation des responsables des régions et des districts sur les objectifs, les stratégies et les activités prioritaires de ce programme ;

Etape 2 : les districts font un inventaire des formations qui remplissent les critères d'initiation au programme ainsi que celles qui ont besoin d'une mise à niveau ;

Etape 3 : les districts développent leurs plans de mise en œuvre intégré dans les plans d'action annuels ;

Etape 4 : les districts préparent les formations sanitaires pour le démarrage des activités. Cette préparation inclut la formation d'au moins deux (2) agents de santé par site et des acteurs communautaires, l'approvisionnement en médicaments, tests de dépistage et outils de suivi et de collecte des données ;

Etape 5 : mobilisation et sensibilisation des communautés ciblant les leaders communautaires (chefs traditionnels, religieux, administratifs, politiques) et la communauté en général ;

Etape 6 : démarrage des activités au niveau des sites ;

Etape 7 : monitoring régulier de la mise en œuvre par les responsables à tous les niveaux du système (formation sanitaire, district, région, DSF). Ce monitoring doit se faire également avec l'ensemble des acteurs au cours des rencontres formelles.

2- Mise en œuvre du nouveau protocole

L'introduction du nouveau protocole des ARV pour la PTME requiert le consentement et l'implication de tous les acteurs. Pour cela une réunion de consensus de l'équipe nationale de pilotage avec l'implication des acteurs clés y compris ceux de terrain est indispensable. En plus il faut rapidement réviser les documents du programme tels que les protocoles, les directives, les modules de formation et les outils de suivi-évaluation. Pour l'application du nouveau protocole (joint en annexe) l'option prise est l'application du protocole commençant à la 28^{ème} semaine de grossesse au niveau de tous les sites PTME. Un protocole alternatif a été proposé au cas où pour une raison ou une autre, il n'a pas été possible d'appliquer le premier protocole avant le travail. Ce protocole commence au moment du travail.

V- ENVIRONNEMENT DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

1- Facteurs favorables

- la volonté politique clairement affirmée pour la lutte contre la pandémie du SIDA ;
- processus de planification stratégique multisectorielle dans le cadre de la lutte contre l'infection à VIH et les IST ;
- l'existence de multiples associations et ONG œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH et les IST ;
- l'engagement des partenaires à soutenir le programme ;
- le niveau d'information des populations sur l'infection à VIH/SIDA qui est acceptable ;
- l'amélioration notable de l'offre de la prise en charge médicale y compris par les ARV ;
- l'existence d'une expertise nationale en matière de PTME.

2- Contraintes

Quoique assez bien connue, l'infection à VIH constitue toujours au sein de la population un motif de crainte et stigmatisation des séropositifs et des malades. Cette situation pourrait limiter l'adhésion des populations au programme. En outre, les ressources limitées du pays rendent le programme dépendant du financement des partenaires.

L'insuffisance de la couverture du pays en infrastructures limite l'offre des services au plus grand nombre des cibles primaires.

L'insuffisance dans l'approvisionnement des formations sanitaires en intrants pourrait compromettre la mise en œuvre du programme.

VI- SUIVI – EVALUATION

Le suivi et l'évaluation permettront d'identifier les obstacles à la bonne exécution du programme afin de les lever. Ils permettront également d'adapter les objectifs au fur et à mesure de la mise en œuvre des activités et d'améliorer la qualité des prestations du programmes.

1- Suivi

Il se fera aux différents niveaux du système de santé et couvrira les prestations, la collecte de l'information, la gestion des ressources et la coordination des interventions.

Au niveau national, la coordination du programme effectuera des sorties sur le terrain pour constater les réalisations et les difficultés rencontrées en vue d'y apporter des solutions adaptées en concertation avec les équipes locales. Ces sorties se feront semestriellement et les informations collectées, en plus des rapports reçus des régions et des districts sanitaires, seront analysés et feront l'objet de rapport annuel par la coordination du programme.

Au niveau des régions et des districts sanitaires, le suivi concernera trimestriellement les activités du programme dans les structures de prestations de services.

Au niveau périphérique, le suivi concernera les activités des structures sanitaires et communautaires impliquées dans la mise en œuvre du programme.

L'ensemble des informations recueillies à tous les niveaux pourrait être discutées au sein des cadres de coordination en vue d'améliorer les résultats.

2- Evaluation

L'évaluation à mi-parcours se fera au cours de l'année 2008.

L'évaluation finale utilisera les mêmes outils que l'évaluation à mi-parcours. Elle devra répondre aux questions d'efficacité, de pertinence et d'impact du programme pour la réduction de la transmission mère enfant du VIH.

3- Indicateurs de suivi et d'évaluation du programme

Les indicateurs retenus tiennent compte des objectifs actuels de la PTME au niveau international, des renseignements fournis au niveau national pour le suivi du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, du CSLP, du fonds mondial. Nous distinguons les indicateurs essentiels qui tiennent compte des besoins d'information du programme et des indicateurs additionnels pour répondre à certains des partenaires.

3.1 Indicateurs essentiels

Indicateurs	Mode de calcul	Données primaires à collecter	Existence de Support? si oui lequel	Méthode de collecte	Périodicité	Niveau de collecte	Observation /suggestion
1- proportion de FS disposant d'un document de directives	-nombre de sites PTME disposant d'un document de directives sur le nombre de sites	nombre de sites PTME disposant d'un document de directives nombre de sites PTME	fiche de suivi et de supervision	Suivi supervision	annuelle	District DSF Hôpitaux	
2-Proportion d'agents formés ou recyclés à la PTME au cours des deux dernières années	Nombres d'agents formés ou recyclés sur la PTME sur le nombre de prestataires sur les sites	-Nombres d'agents formés ou recyclés sur la PTME -Nombre de prestataires sur le site	Oui (fiche de Suivi supervision)	Suivi supervision	annuelle	District DSF Hôpitaux	Tenir à jour un fichier de formation
3-Proportion de FS offrant des services de PTME	Nombre total de FS offrant des services de PTME sur le nombre total de FS remplissant les conditions d'offres de services de PTME	-Nombre total de FS offrant des services de PTME - Nombre total de FS remplissant les normes PTME ⁶	Oui Rapport trimestriel	Routine	Annuelle	District,- Hôpitaux	
4- Proportion de femmes enceintes vues en CPN dépistées	Nombre de femmes enceintes dépistées sur le nombre de femmes vues en CPN	-Nombre de femmes enceintes dépistées -Nombre de femmes vues en CPN	Oui (Rapport PTME,)	Routine	Trimestriel	District,- Hôpitaux	

⁶ Une formation sanitaire possédant un service SMI fonctionnel

5 -Proportion d'enfants infectés parmi les enfants nés de mère infectées	Nombres d'enfants nés de mères VIH+ testés VIH+sur le nombre d'enfants nés de mères VIH+ testés	-Nombre d'enfants nés de mères VIH+ testé -Nombre d'enfants nés de mères VIH+ testés	Oui (Rapport PTME)	Routine	Trimestrielle	District,- Hôpitaux	
6 -Proportion des femmes enceintes dépistés VIH+dont le stade clinique a été défini	Nombre de femmes a stade clinique défini sur le nombre de femmes dépistés	-Nombre de femme a statut clinique défini Nombre de femmes dépistées	Non	Routine	Trimestrielle	Districts Hôpitaux	Etablir liens entre FS et structures de pec
7 Proportion de femmes enceintes sous ARV (Trithérapie)	Nombre de femmes enceintes sous ARV Sur le nbre de femmes enceintes VIH+ ⁷	-Nombre de femmes enceintes sous ARV -Nbre de femmes enceintes VIH+ ⁸	Oui non	routine	annuelle	district	
8 -Proportion de femmes enceintes dépistées VIH+ qui ont bénéficié d'un comptage de CD4 ⁹	Nombre de femmes enceintes dépistés VIH+ qui ont bénéficié de contage de CD4 sur le nombre de femme dépistés VIH+	Nombre de femmes enceintes dépistés VIH+ qui ont bénéficié de contage de CD4 le nombre de femmes dépistées VIH	Non	Routine	Trimestrielle	DS Hôpitaux	Etablir liens entre les services PTME et structures de pec
9 - Proportion de nourrissons nés de mères VIH+ qui ont démarré la prophylaxie au cotrimoxazole entre la 6 ^E et la 8 ^E semaine de vie	Nombre de nourrissons nés de mères VIH+ qui ont démarré la prophylaxie au cotrimoxazole entre la 6 ^E et la 8 ^E semaine de vie sur Nombre de nourrissons nés de mères VIH+	Nombre de nourrissons nés de mères VIH+ qui ont démarré la prophylaxie au cotrimoxazole entre la 6 ^E et la 8 ^E semaine de vie Nombre de nourrissons nés de mères VIH+	Non	Routine	Trimestrielle	DS Hôpitaux	
10 - Proportion d'enfants nés de mère VIH+ testés à 6 semaines	- Nombre d'enfants nés de mère VIH+ testés à 6 semaines sur- Nombre d'enfants nés de mère VIH+	- Nombre d'enfants nés de mère VIH+ testés à 1 6 semaines - Nombre d'enfants nés de mère VIH+	Oui	Routine	Trimestrielle	DS Hôpitaux	Adapter l'outil qui existe déjà

⁷ (sera renseigné par CMLS

⁸ (sera renseigné par CMLS

⁹ Sera renseigné par le CMLS

3.2 Indicateurs additionnels

Indicateurs	Mode de calcul	Données primaires à collecter	Existence de Support ou source de collecte ? si oui lequel	Méthode de collecte	périodicité	Niveau	Observation /suggestion
1-Proportion de couples mères enfants ayant reçus l'ARV pour la prévention	Nombres de couples mères enfants ayant reçus l'ARV pour la prévention sur le nombre total d'enfants nés vivant de femmes VIH+	-Nombre de couples mères enfants ayant reçus l'ARV pour la prévention -Nombres total d'enfants nés vivant de femmes VIH+	Oui (fiche de collectes)	Routine	Trimestrielle	DS et hôpitaux	
2-Proportion de femmes enceintes VIH+	Nombres de femmes VIH+ sur le nombre de femmes testé	Nombres de femmes VIH+ - Nombres de femmes testés	Oui Rapport trimestriel	Routine	Trimestrielle	DS et hôpitaux	
3-Ratio de partenaires des femmes enceintes dépistés	Nombres de partenaires de femmes enceintes dépistés sur le nombre de femmes enceintes dépistées	-Nombres de partenaires de femmes enceintes dépistés - Nombres de femmes enceintes dépistés	Oui Rapport trimestriel	Routine	Trimestrielle	DS et hôpitaux	
4-Proportion de femmes enceintes VIH+ ayant accouché dans une formation sanitaire	Nombres de femmes enceintes VIH+ ayant accouchées dans une FS sur le nombres total d'accouchement attendus	-Nombres de femmes enceintes VIH+ ayant accouchées dans une FS - -Nombres total d'accouchements attendus	Oui Rapport trimestriel	Routine	Trimestrielle	DS et hôpitaux	
5-Proportion de FS ayant connu une rupture d'au moins une semaine d'un des produits suivants : - SLM (substitut de	Nombre de FS ayant connus une rupture d'au moins une semaine de l'un des produits suivant: -SLM -ARV -réactifs -cotrimoxazole sur le nombre de	-Nombre de FS ayant connus une rupture d'au moins une semaine en : -SLM -ARV -réactifs -cotrimoxazole	Non	Routine	Trimestrielle	DS Hôpital x	A intégrer dans les outils

lait maternel) ARV -réactifs -cotrimoxazole suspension	FS /PTME	-Nombre de FS /PTME					
6 –Proportion de cas de décès d'enfants nés de mères VIH+ avant 12 mois	Nombre de cas de décès d'enfants nés de mères VIH+avant 12 mois sur le nombre d'enfant nés de mère VIH+	-Nombre de cas de décès d'enfants nés de mères VIH+avant 12 mois - Nombre d'enfants nés de mère VIH+	Oui	annuelle	Enquête	DS Hôpital x	

VII- BUDGET ESTIMATIF

Le budget estimatif du programme nationale de PTME/VIH 2006-2010 s'élève **Cinq milliards cinq cent quatre vingt huit millions trois cent vingt six mille neuf cent vingt deux (5.588.326.922) francs FCFA**

ANNEXES :

PROTOCOLE DE PREVENTION DE LA TME/VIH :

Régime de traitement	Temps d'administration		
	Pendant la grossesse	Pendant le travail	En post-partum
Régime retenu	AZT 300 mg x 2/jour à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse	NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique	<u>Mère</u> : AZT/3TC 300/150mg x 2/jour pendant 7jours <u>Enfant</u> NVP (2mg/kg en dose unique) + AZT 4mg/kg X 2 /jour pendant 7jours
Alternative		NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique	<u>Mère</u>: AZT/3TC x7 jours <u>Enfant</u>: NVP (2mg/kg en dose unique) + AZT 4mg/kg X 2 /jour pendant 4 semaines

NB : 1) *Si la mère a reçu moins de 4 semaines d'AZT pendant la grossesse, l'enfant devrait recevoir 4 semaines d'AZT au lieu d'une semaine.*

2) *Si la mère est éligible pour le traitement ARV, administrer la le traitement. Dans ce cas elle ne prend plus le traitement prophylactique et à la naissance donner à l'enfant le traitement du post partum.*