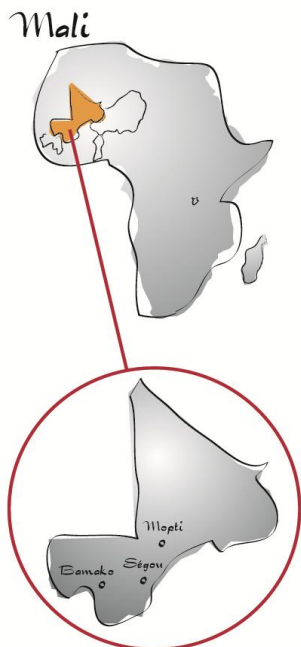


Délégation de la prescription des antiretroviraux aux paramédicaux dans la PTME à Ségou (Mali)



Coulibaly MD.; Sidibé A.; Traoré AT.; Akondé A.; Sangaré F.Z.T.; Traoré DC.; Maiga M.; Soumaré AM.; Cissé F.D.; Naman S.D. ;Lurton G.; Katlama C.; Huber F.

5^{ème} Conférence Francophone
Casablanca, 29 mars 2010



Historique de la PTME

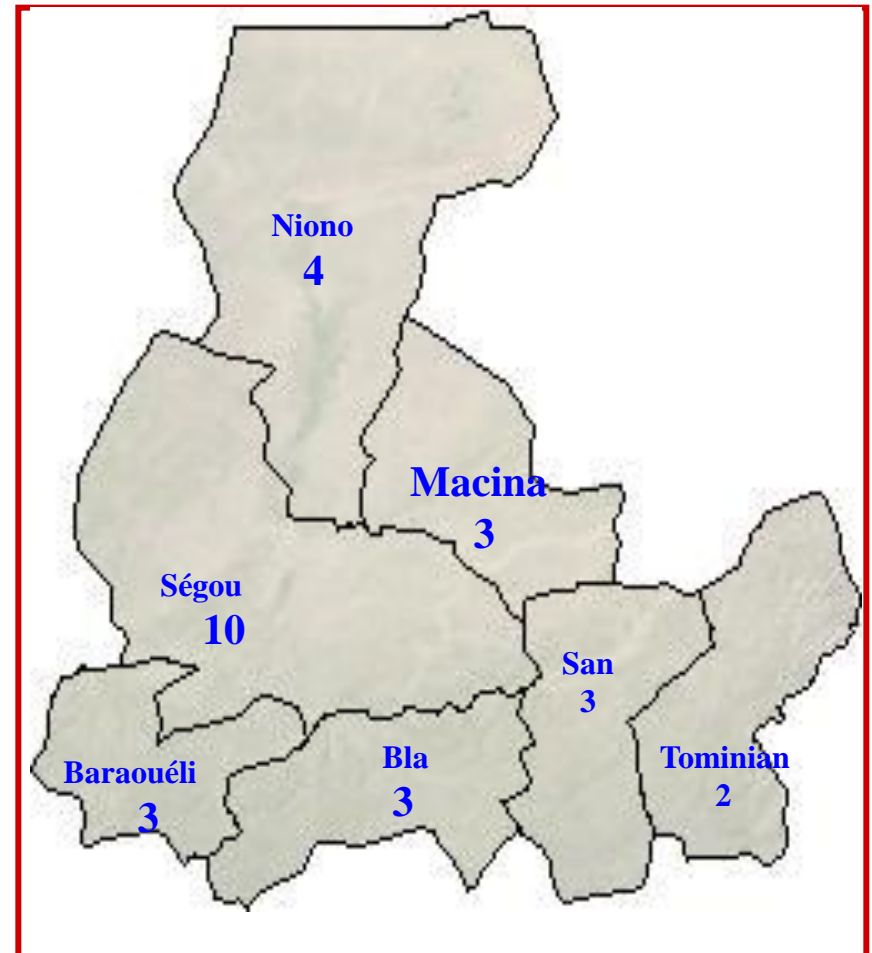
Période I: 2005 à 2006 (15 sites)

2005: 8 sites à Ségou ville

2006: 7 nouveaux sites (Bla et Niono)

Période II: 2007 à 2009 (28 sites dont 13 nouveaux)

Au total = 28 sites



Femme dépistée / Détermine, HémaStrip => VIH+

Stade clinique et CD4

Indication ARV

Déjà sous ARV

Pas indication ARV

Traitement

Traitement

Prophylaxie

AZT/3TC/NVP

(alternative: d4T/3TC/NVP ou AZT/3TC/IDVrit)

Poursuivre ARV

Sauf EFV si 1er trimestre

AZT ou d4T/3TC/NVP 28^{ème} SA.

Alternative:

Intra-partum sd-NVP+ (AZT+3TC)

Post-partum AZT/3TC 2 semaines AAE

Trithérapie jusqu'au sevrage

ENFANT

Sd-NVP + AZT 2 semaines

Si mère <1 mois ARV => sd-NVP+AZT+3TC 4 semaines

Cotrimoxazole S6

ENFANT

Sd-NVP + AZT + 3TC 2 semaines

Si mère <1 mois ARV ou aucun => sd-NVP+AZT + 3TC pendant 4

semaines, cotrimoxazole à S6

Contexte de l'étude

- **Le traitement ARV permet une réduction massive de** la transmission du virus à l'enfant (recommandations OMS). Ceci implique :
 - Le dépistage effectif des femmes enceintes
 - La mise sous cART des femmes VIH+
- A Ségou, **bonne acceptation du dépistage.**
- **Faible taux de femmes mises sous traitement ARV**
 - Taux faible de référence des femmes vers site de prescription,
 - Éloignement géographique du site
 - Consultation hors suivi CPN
 - Peur de la stigmatisation
 - Peur de rupture de confidentialité

Modalités de suivi

- Le suivi se fait par les paramédicaux selon le protocole national CPN
- Les données sont enregistrées sur les différents registres
 - Dépistage, suivi femmes enceintes et enfants
- Suivi post partum
 - PCR (bébé) S6 et M3 (Bamako)
 - Sérologie VIH à M12 et M18 sur place.
- Sous la coordination du médecin PTME du district sanitaire

Hypothèse :

Unité de lieu et d'action

- **Améliorer la prise en charge sous ARV** des femmes enceintes en proposant
 - le dépistage,
 - la mise sous trithérapie
 - le suivi
- **Au même endroit (pas de référence)**
- **Par la même équipe**

Expériences concluantes

- *Quality of HIV Care Provided by Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Physicians*; Wilson et al., *Annals of Internal Medicine*, 2005;143:729-736
 - Une étude menée aux Etats-Unis montre que la qualité des soins VIH dispensée par des paramédicaux ou des assistants médicaux est équivalente à celle dispensée par des médecins, voire meilleure que pour les médecins non spécialistes du VIH.
- *Implementing antiretroviral therapy in rural communities : the Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care* ; Martha Bedelu et al. (MSF), *JID* 2007 : 196.
 - le transfert de l'initiation des ARV et de son suivi des médecins vers les infirmières et le recours à des agents de santé communautaire ont permis en 2 ans de programme d'atteindre une couverture quasi totale des besoins (2200 personnes sous ART fin 2006)

Expériences concluantes

- Consensus sur le principe de la délégation des tâches et développer des stratégies mieux adaptées aux besoins locaux.
- Recommandations officielles de l'OMS publiées en 2007:

Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic

Badara Samb, M.D., Ph.D., Francesca Celletti, M.D., Joan Holloway, M.A., Wim Van Damme, M.D., Ph.D., Kevin M. De Cock, M.D., and Mark Dybul, M.D

- Cependant, le succès d'une telle délégation est conditionné à un engagement politique et financier important

Objectifs

- Évaluer la faisabilité d'un programme de décentralisation avant et après la délégation de tâche

Dépistage
ARV
Suivi



Sages femmes
Infirmières obstétriciennes
Matrones

- Comparer les indicateurs d'initiation et de suivi au cours de la PTME avant et après délégation
 - Avant la délégation => 2005-2006
 - Après la délégation => 2007- mars 2009

Modalités pratiques de délégation

- **Avant**

- Dépistage VIH proposé en CPN, en travail et post partum, par les paramédicaux.
- Test capillaire avec rendu immédiat du résultat.
- **Référence ARV/Suivi**
 - Médecin pour ARV et suivi

- **Après**

- Activités précédentes +
- **Prescription de trithérapie ARV et suivi de la femme**
- **Suivi post partum couple mère enfant.**

Méthode

- Recueil des données PTME en routine au cours de l'appui technique et supervisions des activités quotidiennes.
 - Registre de conseil dépistage
 - Registre de suivi des femmes enceintes (VIH+)
 - Registre de suivi des enfants nés de mères (VIH+)
- Comparaison des deux périodes.

Résultats



Dépistage VIH lors de la CPN

	Avant délégation 2005-2006	Après délégation 2007-2009
Nouvelles femmes vues en CPN	21 697	60 072
Proposition test de dépistage	17 597 (81%)	43 688 (72%)
Dépistage et rendu de résultat	16 296 (93%)	40 109 (92%)
Nombre et % de femmes positives	320 (1,96%)	491 (1,20%)

- Multiplication x 2,5 du conseil pré test, du nombre de tests effectués et des CPN après délégation associée à la décentralisation
- maintien d'une bonne acceptation du dépistage (> 90%).

Initiation de la trithérapie ARV chez les femmes enceintes VIH

	Avant délégation	Après délégation	p
Nb (%) de femmes ne recevant aucune prophylaxie	212 66%	261 53%	$p < 0.001$
Nb (%) femmes ayant reçu la prophylaxie incomplète (<1mois)	16 5%	16 3%	ns
Nb (%) femmes ayant reçu la prophylaxie complète(>1mois)	59 18%	179 38%	$p < 0.001$

- Après délégation des tâches plus de femmes accèdent à la trithérapie (+ 1/3)
- Le traitement pré partum est plus long (x2).

Prophylaxie ARV des enfants exposés

	Avant	Après	p
N enfants nés vivants	136	270	
N et % d'enfant n'ayant reçu aucune prophylaxie	17 12%	36 13%	ns
N et % d'enfant recevant une prophylaxie incomplète	24 18%	5 2%	p<0,001
N et % d'enfant recevant une prophylaxie complète	95 70%	229 85%	p<0,001

-Meilleure prise en charge des enfants exposés après délégation: plus de prophylaxie complète

-Pas plus d'enfants suivis (%).

Point de vue des paramédicaux sur la délégation de tâches

- Transfert de compétence efficace
- Meilleure responsabilisation des para médicaux :
 - Plus d'engagement et de motivation pour les activités de la PTME
- Satisfaction de suivre les femmes enceintes VIH + pour connaître l'issue de la PTME
- Compétence à entretenir par un appui continu

Conclusion sur l'expérience de Ségou

- Meilleure prise en charge des mères positives et des enfants exposés
 - Amélioration de l'accès à la trithérapie pré partum (+ 13 points)
 - Deux fois plus de femmes reçoivent une trithérapie pré partum supérieure à 1 mois.
- Le défi reste le suivi post partum des couples mères enfants jusqu'au diagnostic définitif de l'enfant.

Remerciements

- A tous les acteurs de la région de Ségou réunis au sein du **Comité Thérapeutique Régional (CTR)**
- DRS Ségou
- SER/HCNLS Ségou
- CSLS
- DNS
- HCNLS
- ONG nationales de prise en charge
- ONG Solthis et la Fondation Bettencourt Schueller.