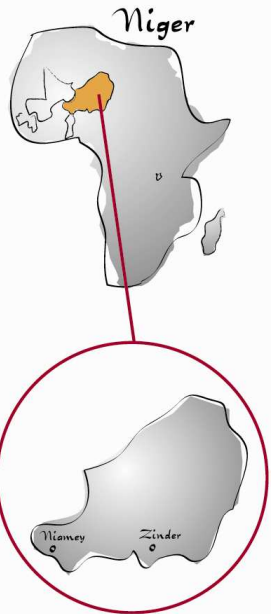


Femmes, enfants : une nouvelle approche au Niger



Sanata D., Roubanatou M., Charlotte D., Stéphanie T., Florence H., Louis P.



**Journée
Scientifique**
et Assemblée Générale de SOLTHIS

Vendredi 26 juin 09
de 11h à 18h

Hôpital Pitié-Salpêtrière
Amphithéâtre Adicare

Plan de présentation

Introduction

Pénurie en ressources humaines

Concept de délégation des tâches

Etat des lieux de la PTME au Niger

- Structures de PTME
- Chiffres en 2008
- Prescription des ARV
- Faiblesses du programme de PTME

Plan de présentation (suite)

Difficultés de la PTME

Problématique

Propositions de Solthis

- Objectif
- stratégies
- Modalités

Conclusions

Introduction

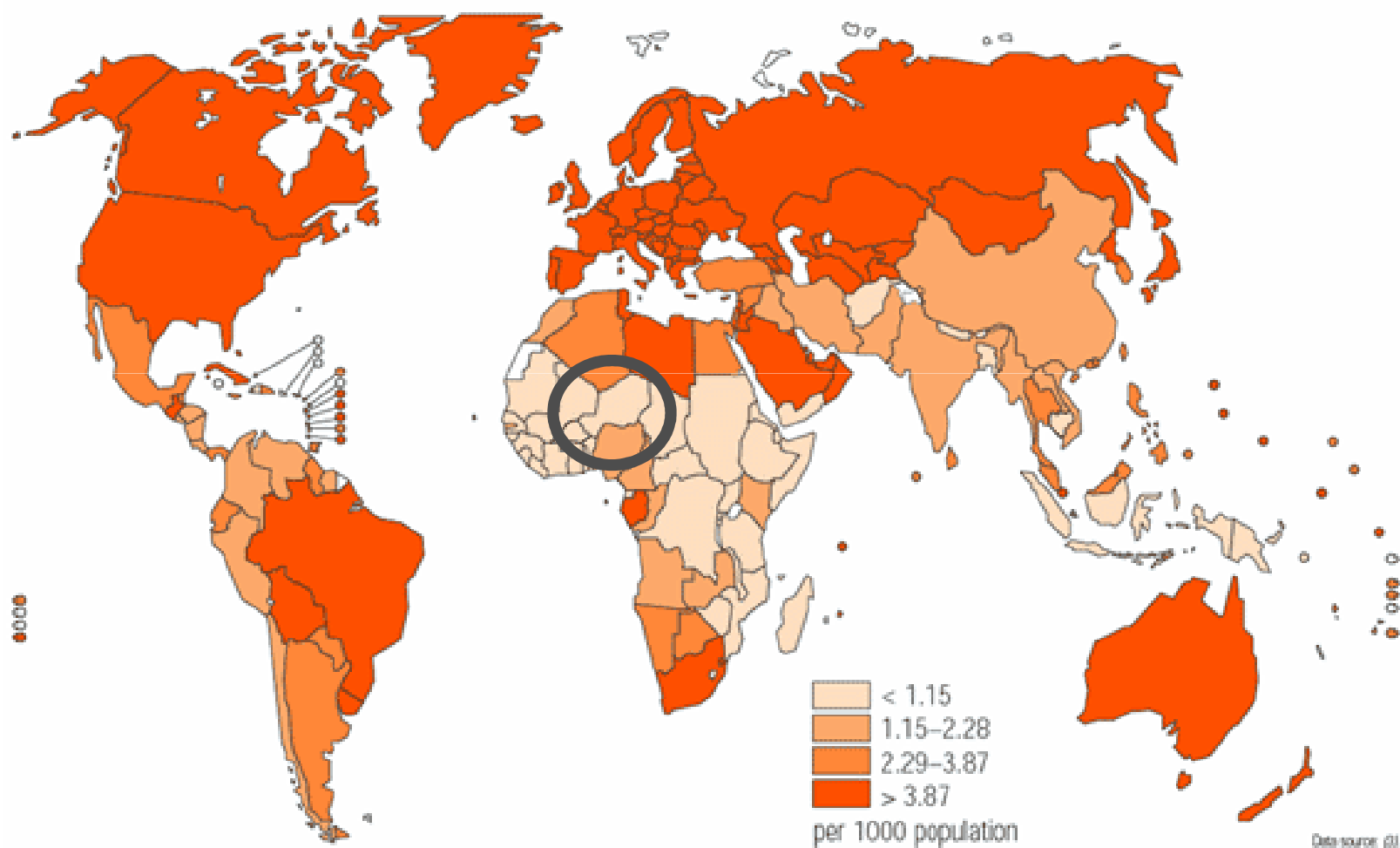
- Contexte nigérien
 - **Niger**, pays très pauvre de l'Afrique au sud du Sahara.
IDH : 174/177 (PNUD 2007/2008)
 - **Système de santé faible**
 - **Séroprévalence VIH**
15-49 ans: **0.8%** en 2008
Femmes enceintes dépistées :**2%** en 2008
- Appuis Solthis depuis 2004

La Pénurie en ressources humaines médicales : des chiffres

- **Problème commun à beaucoup de pays en Afrique subsaharienne , dont le Niger**
 - 11% de la population mondiale
 - 25% de la charge de morbidité mondiale
 - **3%** du personnel de santé mondial
 - **<1%** des dépenses mondiales de santé

Source : OMS 2006

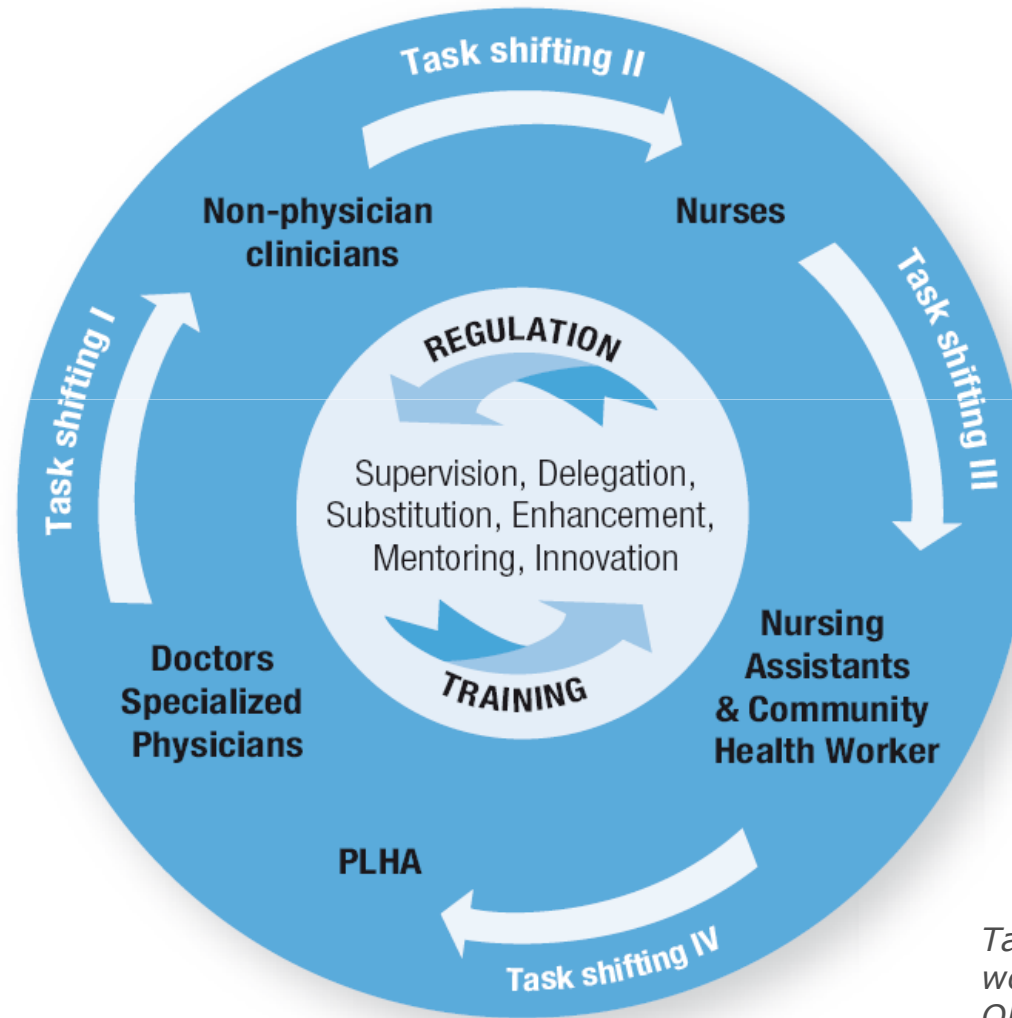
Pénurie en ressources humaines médicales



Nombre de médecins pour 1000 habitants (source: OMS)

Concept de délégation de tâches

Task shifting: expanding the pool of human resources for health



*Task shifting to tackle health worker Shortages
OMS 2007*

Etat des lieux de la PTME au Niger



Structures de PTME au Niger

156 sites PTME* :

- sur environ **750 sites CPN** (maternités et CSI)
- **18 sites** appuyés par Solthis (12 à Zinder, 6 à Niamey)

**Données nationales à fin 2008*

Chiffres en 2008*

- Taux d'acceptation du dépistage : **82 %**
- Nombre de femmes enceintes dépistées dans les sites PTME en 2008 : **113 354**
- Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées : **2 %**

Prescription des ARV

- Pour les patients, l'accès à la trithérapie est conditionné par l'accès à un médecin prescripteur (MP)
- Pour les femmes n'ayant pas accès à un MP
⇒ protocole de PTME simplifié, comprenant AZT-3TC et sdNVP (recommandations OMS)

Faiblesses du programme PTME

- Prophylaxie initiée le plus souvent (83%) mais peu de traitement complet (non chiffré)
- Peu de référence des femmes ayant besoin d'un TARV pour elles-mêmes vers un Médecin Prescripteur(non chiffré)

Difficultés d'accès à la trithérapie pour les femmes enceintes

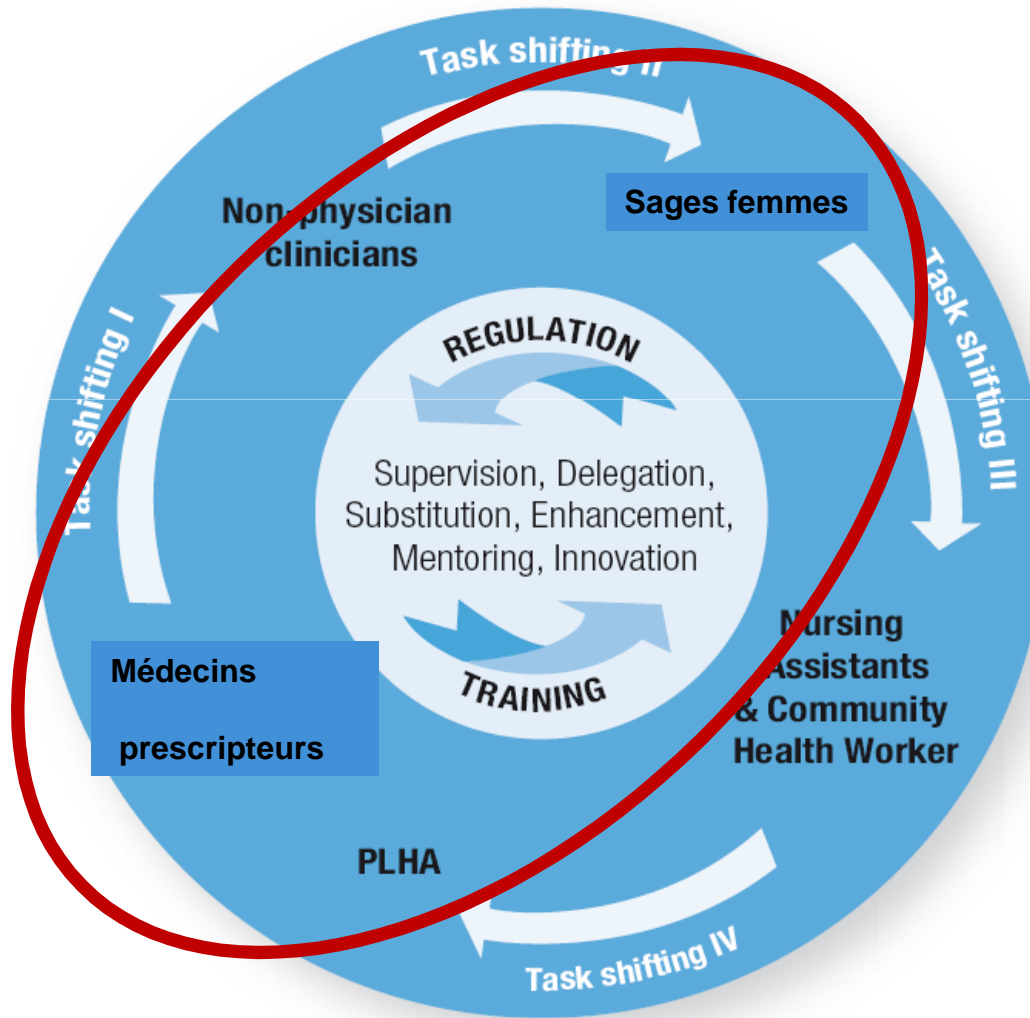
- Pénuries en Ressources Humaines :
 - Médecins: 1/34 800 ha (**seuil OMS 1/10 000**)
 - Sages-femmes : 1/9 111 FAP (seuil OMS=1/5 000)
- Accès – Transport vers les sites
- Difficultés à justifier le déplacement
- Peur de la stigmatisation
- Mauvaise compréhension du message et de l'enjeu d'une prise en charge précoce pendant la grossesse

Problématique

Comment favoriser l'accès à la trithérapie pour les femmes enceintes séropositives dans un contexte de pénurie médicale?

Déléguer

Task shifting: expanding the pool of human resources for health



*Task shifting to tackle health worker Shortages
OMS 2007*

Proposition de Solthis : mettre en place un projet pilote

« Rendre accessible la trithérapie ARV aux femmes enceintes ou allaitantes du Niger, indépendamment de leur statut clinique et/ou immunologique initial. »



Stratégies

- Trithérapie ARV (**AZT-3TC-Lopinavir/ Ritonavir**) en pré-partum indépendamment du statut immuno-virologique maternel
- Allaitement maternel sous trithérapie ARV
- Délégation des tâches : prescription de trithérapie confiée aux sages-femmes
- Etude pilote ± Extension nationale après évaluation de la faisabilité
- Observatoire socio-anthropologique de la PTME pendant 3ans (Lasdel /ANRS)

Modalités de suivi dans l'étude

Le suivi maternel **prénatal** (CV, CD4, Hb, NFS) sera effectué selon un calendrier pré établi.

Pendant le travail (ou le plus tôt possible après l'accouchement en cas d'impossibilité en perpartum), le sang maternel sera prélevé pour :

- Dosage de la CV
- Conservation d'un prélèvement en plasmathèque
- Hémoglobinémie

En **post-partum**

La mère poursuivra la trithérapie initiée en prépartum.

L'enfant sera traité par le protocole ARV déjà en vigueur

Modalités de suivi dans l'étude(suite)

Calendrier de suivi du couple mère-enfant confié aux sages-femmes:

	Post-partum immédiat (M0)	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Examen clinique Mère et enfant	X	X	X	X	X	X	X
Couselling individuel	X	X	X		X		X
Biologie mère	Si non fait pdt le travail : -CV -Hb -plasmathèque		-Cd4 -CV -Hb				- Cd4 -CV -Hb -plasmathèque
Biologie enfant		- PCR1 -Hb -Papier buvard*	-Hb				-PCR2 -Hb -Papier buvard*
Prophylaxie Cotrimoxazole mère	X (selon Cd4)	X (selon Cd4)	X (selon Cd4)	X (selon Cd4)	X (selon Cd4)	X (selon Cd4)	X (selon Cd4)
Prophylaxie cotrimoxazole enfant		X	X	X	X	X	X
Délivrance des traitements	X	X	X	X	X	X	X

Modalités de la délégation de tâches : Standardiser et simplifier

- Former le personnel paramédical
- Assurer une supervision standardisée
- Développer le système de référence et de contre-référence après la PTME
- Donner des outils :
 - Algorithmes
 - Outils standardisés:
 - ordonnanciers, bons d'examens...

Conclusion

- **PTME au Niger** : Des résultats de dépistage encourageants malgré des défaillances structurelles importantes
- **Délégation de tâches**: Stratégie innovante pour relever les défis
- **Expérience pilote en vue d'un plaidoyer** pour l'accès à un traitement ARV optimal .

REMERCIEMENTS

