

NDELLA DIAKHATE

transmission mère enfant (prise en charge et aspects sociaux)

- **Faire le point sur les programmes existants, faire l'inventaire des recommandations aux médecins et aux patients.**

Le Programme National de Lutte contre le SIDA, en collaboration avec le Fond de Solidarité Thérapeutique International (FSTI), la Fondation Glaxo Wellcome France, l'Ordre de Malte, avait mis en place, en juillet 2000, un projet pilote de Prévention de la Transmission Mère enfant au niveau de la région de Dakar.

Les activités de ce projet se sont déroulées au niveau de 3 sites :

- 2 sites hospitaliers : CHU Le Dantec et Hôpital Principal,
- le Centre de Santé Baudouin à Guédiawaye

Le Ministère de la Santé et de la Prévention dans le cadre de son plan stratégique, a décidé de mettre en place un Programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant et de décentraliser les activités dans les régions. Les régions de Thiès, St-Louis, et Kaolack ont été ciblées pour le démarrage des activités, du fait qu'elles avaient bénéficié d'une formation préalable en octobre 2003

ETAPES du programme PTME

1. Suivi Prénatal
2. Counseling pretest
3. Acceptation du test VIH et test effectué
4. Retour pour Rendu Résultats test
5. Disponibilité ARV
6. Adhésion au protocole : anténatal –intrapartum - néonatal
7. Choix d'1 type alimentation
8. Suivi de la Prise en charge

- **Faire l'inventaire des tests, analyses et actes médicaux pour la femme enceinte, l'accouchement et le nouveau-né.**

I. BUTS du Suivi de la femme enceinte séropositive

1. Accompagnement psycho – social

SUIVI PSYCHO- SOCIAL et OBSTETRICAL à toutes les étapes

- Prise en charge des implication psychosociales
 - *L'existence d'un dispositif d'accompagnement des personnes et familles affectées est un des critères de « readiness » d'un site pour l'implantation du PTME*
 - Nécessité de renforcer la composante communautaire de la prise en charge
 - Anticiper sur la forte demande sociale des familles affectées par le VIH
 - Articulation de l'activité PTME avec la prise en charge des OEV

2. Assurer le suivi de la grossesse

3. Assurer la prise en charge de l'accouchement

ACCOUCHEMENT

Prise en charge pratique :

Kit d'accouchement (gants)

Prévenir le pédiatre

Préparer :

bain antiseptique
ARV pédiatrique
Supplément nutritionnel du NN

Précautions universelles de prévention des infections

Accouchement : délais rapides
Surtout si RPM
Césarienne : indications obstétricales

Au cours du travail :

Désinfection vaginale (dakin, chlorexidine)
ARV :
AZT per os : 300 mg / 3 heures
 ou NVP : 1 cp de 200 début de travail (< 4 h)
AZT perfusion : 1mg/kg/heure / clampage cordon

Au cours du travail :

anesthésie péridurale : possible
éviter les gestes invasifs (épisiotomie) et extractions instrumentales

A l'expulsion :

- Limiter épisiotomies
- Ne pas traire le cordon ombilical
- Bain du NN dans une solution de dakin ou chlorexidine

A la naissance :

- ARV au Nouveau-né
 8 mg/kg/heure dans les 6 heures
 ou NVP 2 mg/kg/dose unique dans les 72 H
- Confier Nouveau - Né au pédiatre

4. Appliquer les mesures de PTME à chaque étape

5. Préparer la prise en charge post – natale et post - partum

POST – PARTUM

Médicaments

- Utérotonique
- Antiprolactinique (si All Art)
- Antibiotiques

(endométrite, pneumopathie, urinaire)

Allaitement artificiel (si possible)

Soutien psycho-social

NN : éviter contacts avec lochies

A partir d'un mois

Evaluation gynécologique (FCV)
Contraception / double protection

(préservatif et autre / pilule)

6. Réduire l'évolutivité de l'infection

- **Survoler les principaux problèmes de prise en charge du VIH/SIDA chez la femme enceinte et chez le nouveau-né et de prévention de la transmission mère-enfant.**

PROBLEMATIQUE

1. Atteinte Femme Africaine : Vulnérabilité de la femme en Afrique

- Facteurs épidémiologiques : Contamination hétérosexuelle
- Facteurs biologiques
- Facteurs sociaux : Cohésion sociale, migrations
- Facteurs économiques / politiques : Prostitution, Soins de santé

2. Epidémie pédiatrique

3. Décès mères et orphelins

D'où l'importance du volet PTME dont l'objectif principal est de réduire la TME du VIH. Ainsi la PTME est instituée dans un cadre de programme global de lutte contre le VIH/SIDA (prévention et prise en charge de la cellule familiale)

Objectifs ONU (Assemblée Générale : 23-27 Juin 2001)

- **Réduction la TME de 20% en 2005 :**
 - Réduction transmission verticale de 14 -15%
- **Réduction la TME de 50% en 2010**
 - Réduction transmission verticale de 25% - 30%

MOMENTS de la TME

- Au cours de grossesse : Voie transplacentaire
- Au cours accouchement (2/3) par contact direct ce risque est d'autant plus élevé que la durée de l'accouchement est longue
- Après la naissance par le biais de l'allaitement maternel

STRATEGIE GLOBALE POUR LA PREVENTION LA TME

1/ Prévention primaire : vis à vis des futurs parents

2/ Prévention des grossesses non désirées(Planification Familiale)

3/ Prévention de la transmission verticale

- . Grossesse
- . Parturition
- . Post-natal

- Etape centrale : PTME
- Prise en charge : Equipe multidisciplinaire
 - Psycho-social
 - Obstétrical

- Pédiatrique
- Biologique (Immuno – virologique)
- Disponibilité
 - Équipes
 - ARV
 - Substituts : laits

Contraintes

Les participants ont souligné plusieurs types de contraintes qui se sont accentuées surtout à la fin du projet en fin 2002, et durant toute l'année 2003.

Ces difficultés ont également varié selon le niveau d'intervention : hôpital CHU/ district.

Ainsi il a été relevé les contraintes suivantes :

- 1. Dépistage : problème d'acceptation du test, lié à la perception négative du VIH / SIDA et au long délai de rendu du résultat**
- 2. Difficulté dans la coordination liée à :**
 - Une insuffisance de transmission des fiches de suivi,
 - Une insuffisance des moyens de communication entre les sites, mais également entre les sites et la Division de Lutte contre le SIDA
- 3. Difficultés logistiques liées :**
 - a. Aux ruptures de réactifs, conséquences du retard du diagnostic chez les enfants voire du retard de l'accès au traitement
 - b. Rupture de lait artificiel surtout à la fin phase pilote.
- 4. Faible information de masse sur la PTME**
- 5. Surcharge de travail en CPN (counseling individuel de qualité)**
- 6. Stress dans le suivi des couples mère enfant**

Certaines contraintes étaient spécifiques au district sanitaire qui se trouvent en banlieue dans une zone de forte précarité sociale :

- Grande mobilité des femmes en zone périurbaine,
- Difficultés de l'information des conjoints
- Poids des mécanisme de gestion du secret
- Grande précarité et forte demande sociale

Les difficultés techniques de la prise en charge nutritionnelle des nourrissons

Faire une bibliographie sur la transmission mère-enfant