



CQUIN Differentiated MCH Workshop

May 25-27, 2021

Session 6a: Modèles de Soins Optimisés pour Les Femmes Enceintes VIH Positives

KHADIDIA FALL TRAORE

Chargée de programme PTME

DLSI –MSAS -SENEGAL

26 Mai, 2021



HIV Learning Network

The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery

Plan

1. Introduction
2. Modèle de soins pour les femmes enceintes nouvellement dépistés VIH positives
3. Modèle de soins pour les femmes séropositives qui connaissaient leur statut VIH+
4. Bonnes pratiques
5. Suivi et évaluation
6. Conclusion

1. Contexte (1/2)

- **Structures sanitaires**
- 79 districts sanitaires ,37 établissements de Santé hospitaliers, 132 centres de santé, 1666 postes de santé et 2378 cases de santé.
- **prévalence nationale du VIH/SIDA à 0,5%**
 - avec disparités Régionales : Ziguinchor (1,5%), de Kolda (1,5%) et de Kaffrine (0,9%).
 - Prévalence élevée chez les pop clés : PS (6,6%) MSM (27,6%).
- **Dates clés**
 - 2011 : Intégration dépistage en CPN et décentralisation des tests VIH dans les PS ,
 - 2013 : Adoption option B+ et
 - 2016 : Introduction test syphilis Duo
 - 2018 : Plan d'accélération et Adoption de la stratégie « Ndèye-Dické » : marrainage, intégration des services SR et PTME et délégation de tâches de la prise en charge du couple mère séropositive et son enfant par les Sages femmes.

1. Contexte (2/2)

- Gaps pour l'atteinte des objectifs eTME:
 - **19%** de gap pour la mise sous TAR des femmes enceintes séropositives;
 - **37%** de gap pour la couverture en PCR des enfants dans les 8 semaines
- Taux de transmission du VIH de mère à l'enfant est de 3,2% (enquête 2016).
- Pour le moment, tous les patients suivent le modèle standard sans différenciation;
 - Ex: Une femme enceinte séropositive qui est asymptomatique, observante au traitement ARV et avec une CV supprimée pourrait bénéficier de 2 à 3 mois de dotation ARV.
- Le Ministère de la santé va développer à travers la DLSI :
 - les modèles de prestation différenciés;
 - les directives PSD ;
 - les procédures Opérationnelles PSD ;
 - le curriculum de formation.

2 Modèle de Soins pour les Femmes Enceintes Nouvellement Dépistées VIH Positives en CPN

- Dépistage du VIH offert en CPN par le prestataire de la maternité
 - Référence au laboratoire pour confirmation du dépistage si réactif .
- FEVIH+ sont référées au service des soins VIH (les services de PEC VIH et CPN ne sont pas intégrés)
 - Renforcement du counseling, ouverture du dossier et initiation du TARV.
- CPN est suivi à la maternité selon un calendrier bien défini T1, T2 , T3 (selon directives natio.)
- Prélèvement de la charge virale 6 mois après l'initiation des ARV,
- Accouchement assisté
- chimio prophylaxie à la naissance du nouveau -né est initié à la maternité
- Suivi CPoN: J1 et J3, J9-J15, J16-J42
- Suivi de la PEC VIH de la mère et l'enfant exposé en service VIH

3 Modèle de Soins pour les Femmes Enceintes connaissant leur statut VIH

- Le screening de l'intention de la grossesse n'est pas systématique.
- Des conseils sont données pour le moment opportun pour la grossesse en relation avec la CV indétectable.
- Constat de l'état de grossesse au cours d'une consultation : plupart de femmes déjà sous ARV
- Les femmes restent en service VIH pour les soins VIH , Le TAR intègre l'éducation thérapeutique pour l'adhérence au traitement.
- La dispensation multi- mensuelle (3 mois) est possible si la FEVIH+ est observante, asymptomatique et avec CV supprimée.
- Le prélèvement de la CV pour les FEVIH+ se fait au laboratoire sur demande du médecin traitant au moins une fois par an (disponibilité des POC pour PCR et CV).
- les femmes enceintes confiées au point focal PTME pour référence à la maternité pour CPN.
- **La demande de CV en fin de grossesse n'est pas systématique.**

4 Bonnes pratiques

Programme « Ndèye-Dické » : un partenariat entre DLSI, CNLS et ANSFES pour capitaliser l'engagement de la sage femme et renforcer son apport pour l'eTME

- **Marrainage** des mères séropositives et leurs enfants :
 - Assistance, soutien , counseling et rappel des RV;
 - Accompagnement tout au long des soins;
 - sensibilisation pour la rétention du couple mère enfant.
- **Initiative** de délégation de tâches de la PEC par les SF des postes :
 - Initiation TAR : 10% des SFE des postes;
 - Dispensation TAR par 43% des SF des postes.
- Mise à disposition d'ARV pédiatriques dans les services d'accouchement et de néonatalogie pour la chimioprophylaxie des enfants exposés à la naissance.

5. Suivi et Evaluation

- **Bulletin de référence:**
 - l'outil utilisé pour documenter la référence entre les services CPN et VIH des femmes enceintes
- **Le dossier patient:**
 - la partie CPN/PTME est renseignée à partir du carnet de santé CPN ;
 - cette partie PTME du dossier VIH n'est souvent pas renseignée.
- **Registre PTME et maquette « Ndèye Dické »**
 - Renseigné par le point focal à la maternité jusqu'au statut définitif de l'enfant dans le cadre du programme « Ndèye Dické ».

6. Conclusion

Les défis

- Délégation de tâches 100 % non effective pour les soins VIH du couple mère enfant
- Faible Intégration des soins VIH et CPN:
 - absence d'harmonisation des RDV;
 - non respect du calendrier de demande de CV
- Persistance des Perdus de vues.

Les perspectives

- Adopter des soins centrés sur les clientes.
- Appui technique pour l'évaluation de l'état des lieux et mise en place des Modeles PSD.
- Voyage d'apprentissage Sud Sud sur les modèles PSD Femmes enceintes et allaitantes séropositives.

Merci de votre aimable attention

