



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION
pour l'obtention du
MASTER BUSINESS ADMINISTRATION EN GESTION DES SERVICES DE SANTE (MBA-GSS)
OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

THEME

**ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH AU SENEGAL:
CAS DE LA REGION DE ZIGUINCHOR**

Présenté par:

Dr Ngor DIAGNE

Sous la direction de:

Dr Khady SECK DIOP, Pédiatre

Enseignant Associé au CESAG

Juin 2015

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Allah, le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux

Merci de m'avoir donné la force et le courage de réaliser ce travail.

A mon père et Grand-mère in memorium

J'aurais tant voulu que vous soyez parmi nous lors de la réalisation de ce travail, hélas Allah en a décidé autrement et nous nous remettons à Lui. Que vos âmes reposent en paix! Amine!

A ma mère

Tes prières et tes bénédictions n'ont pas fait défaut et tu as toujours été attentive à mon égard. Tu t'es toujours préoccupée de l'évolution de mon travail. Merci pour tout, chère maman!

Reçois ce travail en gage de mon affection filiale! Qu'Allah te garde longtemps à nos côtés!

A mon épouse

Tu es une épouse exemplaire. Je sais que cette longue période d'absence n'a pas été facile pour toi et les enfants. Ton amour constant, tes conseils, ta patience et ton soutien m'ont aidé à réaliser ce travail. Merci pour tout! Qu'Allah renforce notre union!

A Bébé Saliou

Tu as été privé, tout comme moi-même, des moments de tendresse au cours de cette formation. Puisse ce travail te servir d'exemple et que tes mérites dépassent un jour les miens. Je t'adore!!!

A mes sœurs, frères, cousins et cousines

Vous m'avez soutenu et avez prié pour moi tout au long de cette formation! Qu'Allah vous bénisse!

A tous mes parents paternels et maternels et mes beaux parents

Merci pour votre soutien!

A ma belle-sœur Mamy SARR et mon frère Babacar SARR

Au Dr Mariama SAMBOU

Tu n'as cessé de me soutenir et de me conseiller tout au long de cette formation! Qu'Allah le Tout Puissant t'assiste et te bénisse, chère sœur!

Au Dr Ibrahima DIALLO du PNL et son épouse

Merci pour le soutien

A tous mes amis et mes connaissances

REMERCIEMENTS

Au Dr Khady SECK DIOP, Médecin Pédiatre, enseignant associé au CESAG en charge du module « Système d'Information Sanitaire ».

Chère Professeur, vous nous avez suivi tout au long de notre formation. Mieux encore, vous avez accepté gentiment et spontanément de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations et sollicitations. Vos qualités humaines et professionnelles nous ont beaucoup séduit. Vos conseils et suggestions pertinents nous ont permis de parfaire ce travail. Soyez rassurée, chère professeur de notre sincère reconnaissance.

Au Docteur Amani KOFFI, chef de département de CESAG SANTE, pour l'enseignement précieux que nous avons reçu sous votre direction.

A tout le personnel enseignant de CESAG SANTE pour la qualité de l'enseignement reçu durant toute la formation.

A Mme Soukeyna GUEYE, chargée de programmes de MBA ES/GSS et ses collaboratrices, **Mme DIOP Marième et Annick**, pour le soutien que vous avez apporté tout le long de cette formation

Au Médecin-Chef de la Région Médicale de Ziguinchor, le Dr Maodo Malick DIOP pour toute la contribution apportée à ce travail

Au Directeur du CHR de Ziguinchor, pour m'avoir autorisé à faire cette formation

A tous les MCD et MCDA des Districts Sanitaires de la Région de Ziguinchor pour votre contribution à la réussite de travail,

Au responsable de l'UAR de Ziguinchor, Mr Lamarana BA pour tous les conseils et orientations

Au Dr Magaye DIASSE, Coordonnateur ISAARV, pour vos conseils

Au Médecin Pédiatre du CHR de Ziguinchor, le Dr François N. DIOUF pour sa collaboration

A Sœur Cécile, Major de la Pédiatrie pour vos prières et la considération que vous porter à mon égard

A Mr Pascal FAYE et Mme Aïssatou DIAITE, pour votre engagement dans la réalisation de ce travail

Aux Drs Oumar KANTE et CYRIAQUE, Biologistes au CHR de Ziguinchor

A tout le personnel de Laboratoire des sites impliqués dans la PEC des EVVIH

A tous les Dispensateurs et Travailleurs Sociaux des sites impliqués dans la PEC des EVVIH

A tout le personnel de la Région Médicale de Ziguinchor pour son implication

A tous les accompagnateurs des enfants vivant avec le VIH, pour leur collaboration

A tous les collègues de la première promotion MBA-GSS et MBA ES pour les beaux moments passés au CESAG

A Khady DIEDHIOU, Journaliste à la RTS4 Ziguinchor, pour le soutien moral

A Mme Nafissatou NDIAYE SAMB rappelée à Dieu 15 jours avant la soutenance, Paix à son âme et que les portes du Paradis céleste vous soient ouvertes! Merci pour tout le soutien et les prières!

Marie Rose COLY, pour les prières et les conseils

A toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC: Abacavir

ADN: Acide désoxyribonucléique

AES: Accidents d'Exposition au Sang et/ou au Sexe)

ANSD: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie du Sénégal

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

AZT: Zidovudine

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CD4: Cluster of Différentiation 4 (Lymphocyte T4)

CDLS: Comité Départemental de Lutte Contre le SIDA

CDV: Conseil et Dépistage Volontaire

CHR: Centre Hospitalier Régional

CLLS : Comité Local de Lutte contre le Sida

CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida

CPN: Consultations Périnatales

CRLS: Comité Régional de Lutte contre le SIDA

CS: Centre de Santé

CTR: Comité Technique Restreint

DLSI: Division de Lutte Contre le Sida et les IST

DS: District Sanitaire

DSRP: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EFV: Efavirenz

ELIHOS: Etude d'évaluation des Interventions chez les Homosexuels au Sénégal

ELISA: Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay

EPS : Etablissement Public de Santé

ESAM: Enquête Sénégalaise auprès des Ménages

ETME: Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH

ETP : Education thérapeutique

EVVIH: Enfant Vivant avec le VIH

FHI: Family Health International

FTC: Emtricitabine

HALD: Hôpital Aristide Le Dantec

HVB: Hépatite Virale B

ICP : Infirmier Chef de Poste

IDH: Indice de Développement Humain

IEC: Information Education Communication

INH : Isoniazide

INTI: Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IO: Infection Opportuniste

IP: Inhibiteur de la Protéase

ISAARV: Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux

ISED: Institut de Santé Et Développement

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

LBV: Laboratoire de Bactériologie-Virologie

LPV/r: Lopinavir/Ritonavir

MCD: Médecin Chef de District

MCD A: Médecin Chef de District Adjoint

MCR: Médecin Chef de Région

MSAS: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MSM: Men having Sex with Men

NVP: Névirapine

OEV: Orphelin et Enfant rendu Vulnérable par le VIH/SIDA

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

ORL: Otorhinolaryngologie

PCR: Polymérase-Chain-Réaction

PEC : Prise en Charge

PDV: Perdu de vue

PIB : Produit Intérieur Brut

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PRA: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

PRIM : Plan Régional Intégré Multisectoriel

PS : Professionnelle de Sexe

PTA: Pavillon de Traitement Ambulatoire

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RMZ : Région Médicale de Ziguinchor

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSP : Soins de Santé Primaires

TAR: Thérapie Antirétrovirale

TARV : Traitement Antirétroviral

TB: Tuberculose

TDF : Fumarate de Ténofovir Disoproxil

TDO: Traitement Directement Observé

TME: Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

3TC: Lamivudine

UAR: Unité d'Appui Régionale

UNGASS : Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID: Agence des Etats Unis d'Amérique pour le Développement International

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte géographique du Sénégal.....	6
Figure 2 : Prévalence du VIH par région (EDS 5).....	12
Figure 3: Découpage administratif de la Région de Ziguinchor	13
Figure 4: Protocoles TARV de première ligne chez l'enfant de moins de 3 ans.....	48
Figure 5: Protocoles TARV de première ligne chez l'enfant de plus de 3 ans.....	48
Figure 6: Algorithme du diagnostic de l'enfant de moins de 14 mois exposé au VIH au Sénégal	50
Figure 7 : Répartition des mères selon le niveau d'instruction	55
Figure 8 : Répartition des mères selon la situation matrimoniale.....	56
Figure 9 : Répartition des mères selon la profession	57
Figure 10 : Répartition selon le lieu de résidence de l'enfant	57
Figure 11 : Répartition des parents selon leur issue.....	58
Figure 12 : Répartition des enfants selon le sexe	59
Figure 13 : Répartition des enfants selon le profil sérologique.....	61
Figure 14 : Répartition des enfants selon le lien de parenté avec l'Accompagnateur	62
Figure 15: Répartition des accompagnants selon leur connaissance du statut de l'enfant suivi.....	62
Figure 16: Répartition des enfants selon la mise sous ARV.....	63
Figure 17 : Répartition des agents laboratoire selon l'ancienneté.....	65
Figure 18 : Répartition du coût du bilan de suivi selon les structures.....	66
Figure 19 : Répartition selon le délai de rendu des résultats du bilan de suivi	66
Figure 20: Répartition des problèmes rencontrés dans la réalisation des PCR	67
Figure 21 : Répartition selon la profession du Dispensateur.....	67
Figure 22: Répartition selon l'expérience dans la dispensation.....	68
Figure 23: Répartition des ARV ayant connu une rupture de plus de 15 jours	69
Figure 24: Répartition selon la durée de la rupture	69
Figure 25: Répartition des problèmes rencontrés par les Médecins dans la réalisation des PCR	71
Figure 26: Répartition des Travailleurs Sociaux interrogés selon la profession	72
Figure 27: Diagramme de Paréto relatif aux problèmes rencontrés par les parents.....	74
Figure 28: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes rencontrés par les Dispensateurs.....	75
Figure 29: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes identifiés par les Médecins	77

Figure 30: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes identifiés aux laboratoires.....	78
Figure 31: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes identifiés par les Travailleurs Sociaux	79
Figure 32: Diagramme d'ISHIKAWA.....	90
Figure 33: Circuit des prélèvements et résultats PCR au Mali.....	93

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des catégories socio-professionnelles selon la structure sanitaire	32
Tableau II: Classification clinique du SIDA chez l'enfant selon l'OMS (2006).....	42
Tableau III: Classification immunologique du VIH/SIDA selon le taux de CD4 et l'âge de l'enfant	44
Tableau IV: Choix du protocole de deuxième ligne selon l'âge de l'enfant et le type de virus en fonction de l'échec du protocole de première ligne	49
Tableau V: Chronogramme de l'étude.....	53
Tableau VI: Répartition des mères selon l'âge	56
Tableau VII: Répartition des mères selon le nombre d'enfants de la fratrie	58
Tableau VIII: Répartition des Accompagnateurs selon la connaissance du statut des enfants de la fratrie..	58
Tableau IX: Répartition des enfants recrutés selon la structure sanitaire.....	59
Tableau X: Répartition des enfants selon l'âge	60
Tableau XI: Répartition des enfants selon l'âge au dépistage dans les différents sites de PEC.....	60
Tableau XII: Répartition des enfants âgés de 8 ans et plus selon la connaissance de leur statut	61
Tableau XIII: Répartition des enfants selon le protocole de traitement ARV	63
Tableau XIV: Répartition des Agents de laboratoire selon la profession et le site de PEC PVVIH	64
Tableau XV: Répartition des agents de laboratoire selon la dernière date de formation sur le dépistage et le nombre d'années.....	65
Tableau XVI: Répartition des Dispensateurs selon leur formation dans la dispensation	68
Tableau XVII: Répartition des Médecins interrogés selon leur fonction et la structure sanitaire	70
Tableau XVIII: Répartition des Médecins selon la formation sur la PEC des EVVIH	70
Tableau XIX: Répartition des Médecins selon leur annonce du statut à l'enfant suivi	71
Tableau XX: Répartition des Travailleurs Sociaux selon les sites de PEC des EVVIH	72
Tableau XXI: Liste des problèmes rencontrés par les parents des EVVIH	73
Tableau XXII: Liste des problèmes identifiés par les Dispensateurs.....	74
Tableau XXIII: Liste des problèmes identifiés par les Médecins	76
Tableau XXIV: Liste des problèmes identifiés par les agents de Laboratoire	77
Tableau XXV: Liste des problèmes identifiés par les Travailleurs Sociaux	78
Tableau XXVI: Pondération des problèmes selon les critères	81

Tableau XXVII: Ordre de priorité des problèmes	82
Tableau XXVIII: Priorisation des causes.....	91
Tableau XXIX: Pondération des solutions en fonction des critères.....	94
Tableau XXX: Pondération des critères selon leur poids sur la mise en œuvre de la solution	95
Tableau XXXI: Priorisation des solutions selon les critères de réalisation	96
Tableau XXXII: Détermination de la durée moyenne de rendu de quelques résultats PCR	97
Tableau XXXIII: Cadre logique de la mise en œuvre de la solution	99
Tableau XXXIV: Plan d'actions opérationnel.....	101
Tableau XXXV: Chronogramme des activités	103
Tableau XXXVI: Budget du projet	104
Tableau XXXVII: Suivi et Evaluation.....	108

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
CHAPITRE II: CADRE D'ETUDE	26
CHAPITRE III: CADRE THEORIQUE.....	33
DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE-RESULTATS DE L'ETUDE.....	52
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE.....	52
CHAPITRE V: PRESENTATION DES RESULTATS	55
TROISIEME PARTIE: ANALYSE DES RESULTATS-RECOMMANDATIONS.....	84
CHAPITRE VI: ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENTRETIEN AVEC LES DIFFERENTS.....	84
CHAPITRE VII: IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME	87
CHAPITRE VIII: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	92
CHAPITRE IX: MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	98
CHAPITRE X: RECOMMANDATIONS	109
CONCLUSION	113
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	115
TABLE DES MATIERES	118
ANNEXES	122

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Trois décennies après sa découverte, le sida occupe la première place des maladies les plus mortelles dans le monde. En effet selon l'ONUSIDA (2014), depuis le début de l'épidémie, environ 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 39 millions d'entre elles en sont décédées.

En fin 2013, la situation de l'infection à VIH dans le monde et en Afrique Subsaharienne [17,18] se présentait comme suit:

- ✚ 35 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde dont 3, 2 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans soit une proportion de 9,14%; les nouvelles infections s'élevaient à 2,1 millions de personnes parmi lesquelles il y avait 240 000 enfants de moins de 15 ans soit une proportion de 11,43%; le nombre de décès s'élevait à 1,5 millions de personnes dont 190 000 enfants soit une proportion 12,67%.
- ✚ en Afrique subsaharienne, 24,7 millions de personnes vivaient avec le VIH parmi lesquelles on comptait 2,9 millions d'enfants de moins de 15 ans ; les nouvelles infections s'élevaient à 1,5 millions dont 210 000 enfants de moins de 15 ans et le nombre de décès était estimé à 1,1 millions de personnes.
- ✚ l'Afrique Subsaharienne abrite le plus grand nombre de PVVIH avec une proportion de 70,57%. Chez les enfants vivant avec le VIH, la proportion s'élève 11,74% et celle des nouvelles infections est de 14%.

Parmi les 35 millions de PVVIH dans le monde, seuls 12,9 millions avaient accès à la thérapie antirétrovirale soit 37% de l'ensemble des PVVIH. Pendant que 38% des adultes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral, seuls 24% des EVVIH bénéficient de ce traitement salvateur dans le monde [18].

Cependant si l'on compare les données de 2001 à celles de 2013, on se rencontre que des progrès notoires ont été réalisés. En effet le nombre de nouvelles infections qui s'élevait à 3,6 millions en 2001, est passé à 2,1 millions en 2013 soit une chute de 58%. Aussi les décès ont chuté de 35% entre 2005 et 2013. En effet, de 2,4 millions de décès en 2005, on est passé à 1,5 millions de décès en 2013.

Malgré la diminution des nouvelles infections publiée en 2014 par l'ONUSIDA, force est de constater que le rythme de propagation du sida dépasse les capacités des réponses nationales.

Le Sénégal qui vient de capitaliser plus de 25 ans de succès dans la prévention est l'un des rares pays du monde à avoir relevé ce défi depuis 1986, année de la déclaration des premiers cas de sida. Il est également le premier pays en Afrique subsaharienne qui s'est approprié sa politique de traitement antirétroviral en mettant en place en 1998 la première initiative gouvernementale d'accès aux traitements antirétroviraux qu'il a entièrement financée.

Pour s'inscrire dans une perspective de renforcement des acquis de prévention et de prise en charge, le Sénégal a élaboré son troisième plan stratégique multisectoriel de riposte au SIDA 2011-2015. De plus, ce plan stratégique a pour ambition de relever le défi de l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge, de capitaliser l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 6) sur le SIDA, de l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile, de l'OMD 5 sur la réduction de la mortalité maternelle.

Ce plan stratégique a pris également en compte le type d'épidémie concentrée qui caractérise le pays avec des disparités dans les régions Sud frontalières avec la Gambie, la Guinée et la Guinée Bissau et les régions Est frontalières avec le Mali où l'épidémie est de type généralisé.

La situation épidémiologique actuelle, les résultats de l'Analyse situationnelle et de la Réponse développés ont permis de définir la vision du plan stratégique «Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au SIDA et Zéro discrimination d'ici 2015» [7].

Le gouvernement du Sénégal s'est fixé pour l'année 2015 les défis d'élimination de la transmission Mère-Enfant du VIH, de maintien à moins de 1% de la prévalence du VIH dans la population générale et de mise sous traitement de plus de 80% des personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin.

Cependant, l'atteinte de ces objectifs risque d'être compromise au regard du nombre élevé de problèmes liés à la prise charge de PVVIH en général et plus particulièrement des EVVIH (femmes enceintes séropositives perdues de vues et dont on ignore le devenir de leurs enfants, faible taux de PVVIH mis sous ARV notamment chez les enfants ...etc.).

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'une contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH/sida dans une région particulièrement touchée par cette pandémie, qui est la région de Ziguinchor.

En effet, la mise en place de politique spécifique de prise en charge des enfants vivant avec le VIH/sida demeure une préoccupation majeure pour les pays comme le Sénégal marqués par la pandémie. La prise en charge de cette population d'enfants fragilisée reste un défi à relever ensemble, pour induire chez ces êtres, un bonheur partagé qui rend possible l'espérance d'un monde et d'un avenir meilleurs.

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude, nous souhaitons contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH/sida dans la Région de Ziguinchor par une analyse globale de cette PEC en vue d'identifier les problèmes rencontrés et de proposer des solutions à mettre en œuvre.

Nous nous proposons, dans la première partie de ce travail, de présenter l'analyse situationnelle et le cadre théorique de l'étude ensuite, dans la deuxième partie, de procéder à la présentation de la méthodologie adoptée et des résultats obtenus et enfin dans la troisième partie, de présenter un plan de mise en œuvre pour terminer par des recommandations.

PREMIERE PARTIE:
ANALYSE SITUATIONNELLE ET
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

PREMIERE PARTIE: ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Cette première partie est subdivisée en trois chapitres: dans le premier chapitre relatif à l'analyse situationnelle, nous parlons du Sénégal dans l'analyse de l'environnement externe, de la Région de Ziguinchor dans l'analyse de l'environnement interne et de la politique nationale de prise en charge du VIH au Sénégal ; dans le deuxième chapitre relatif au cadre d'étude, nous présentons l'Unité d'Appui Régionale de Ziguinchor ainsi que les différents sites de prise en charge des EVVIH dans cette région et enfin dans le troisième chapitre, nous décrivons le cadre théorique de l'étude.

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1-Analyse de l'environnement

1.1.1. Environnement externe: le Sénégal

1.1.1.1. Situation géographique

La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. D'une superficie de 196.722 km², elle est limitée au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'Ouest, elle est ouverte sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes. La république de Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda au Sud. **(Confère carte page 6).**



Figure 1 : Carte géographique du Sénégal

(Source: http://www.routard.com/guide_carte/code_dest/senegal.htm)

1.1.1.2. Situation sociodémographique

En Décembre 2013[2], la population du Sénégal est estimée à 13 508 715 habitants avec une densité moyenne de 69 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale avec une opposition entre le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre. La région de Dakar abrite 23% de la population totale avec une densité de population de 5735 habitants au km² en 2013 alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Kédougou, Tambacounda et Matam avec respectivement 9, 15 et 18 habitants au Km². Elles sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 8,5%, 21,5% et 15% du territoire national.

La région de Ziguinchor couvre une superficie de 7352 km², soit 3,7% de la superficie nationale avec une population de 786 091 habitants.

Selon les âges, la population du Sénégal en 2013 reste caractérisée par son extrême jeunesse. La moitié de la population a moins de 18 ans et l'âge moyen se situe à 22 ans. Les enfants âgés de moins de 15 ans constituent 42,1% de la population globale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64,0%. Il faut signaler que la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) n'est pas négligeable. En effet, elle est de 3,5%. C'est dire que le coefficient de dépendance démographique est élevé. Il correspond à 84 personnes inactives (moins de 15 ans et 65 ans et plus) pour 100 personnes actives (15 à 64 ans).

Selon le sexe, on dénombre 6 735 421 hommes contre 6 773 294 de femmes soit respectivement 49.9% d'hommes contre 50.1% de femmes [2].

Toutefois, en considérant les grands groupes d'âges, on observe un avantage numérique des hommes sur les femmes aux âges jeunes moins de 15 ans avec 107 garçons pour 100 filles. Pour les tranches d'âges 15-64 ans et 65 ans ou plus, la tendance s'inverse en faveur des femmes avec respectivement 95 et 94 hommes pour 100 femmes [2].

La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2005), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-saharienne.

L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé et est caractéristique d'une fécondité encore élevée. En 2012, [2] l'indice synthétique de fécondité (ISF) global est estimé à 5,3 enfants par femme mais il est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,2 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

Selon le RGPHAE de 2013 [2], le taux brut de natalité de 37,2 naissances pour mille habitants, la mortalité infantile de 53 décès pour mille naissances vivantes et une mortalité juvénile de 27,2 décès pour mille enfants âgés de moins d'un an. La mortalité infanto-juvénile est égale à 78,7 enfants de moins de 5 ans décédés sur 1000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992-1993 (EDS 2) à 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013 [2].

L'espérance de vie à la naissance tous sexes confondus est estimée à 64,8 ans [2]

Cependant, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes (66,5 ans contre 63,2 ans, respectivement).

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolofs (43%), les Pulhars (24%), les Sérères (15%), les Diolas (5%) et les Mandingues (4%).

Par rapport à la **religion**, la population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

Le Taux Brut de Scolarisation dans l'enseignement élémentaire en 2010-2011 est de 93,9%, dans l'enseignement Moyen 53,2% et dans l'enseignement secondaire 21,7%.

Selon le DSRP II, seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète; en effet moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés)

1.1.1.3. Situation économique

Au plan économique, en 2010, le produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 6.367 milliards de F CFA, soit un PIB par tête de 509096 FCFA. Pour la même année, le taux de croissance économique s'est établi à 4,1% après 2,2% en 2009, 3,2% en 2008 et 4,9% en 2007. Selon le rapport du PNUD de Juillet 2014, l'indice de Développement Humain (IDH) du Sénégal en 2013 est de 0,475[0,450-0,499]. Ce qui place le Sénégal au 164^{ème} rang sur 182 pays.

Comme on le constate, depuis 2010, l'économie du Sénégal a amorcé une reprise sous le double effet de la relance de l'économie mondiale et des mesures prises par les autorités en faveur de l'activité économique nationale.

Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée. Même si elle a baissé de façon significative dans la période 1994-2002, la plupart de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté.

L'incidence de la pauvreté est tombée de 67,9% en 1994/1995 à 57,1% en 2001/2002, soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs.

1.1.1.4. Organisation administrative

Le Sénégal compte 14 régions, 45 départements, 121 Arrondissements, soit un total de 180 circonscriptions administratives. Il compte 543 collectivités locales réparties comme suit: 113 Communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales en plus des 14 régions.

Mais avec l'avènement de l'acte III de la décentralisation entré en vigueur en 2014, toutes les communautés rurales sont érigées en communes.

1.1.1.5. Situation sanitaire au Sénégal

1.1.1.5.1. Politique de Santé au Sénégal

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit, en son article 8, le droit à la santé et dispose en son article 17 que « ... L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être ... ». [15]

C'est ainsi qu'il a défini une Politique Nationale de Santé qui est mise en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. A la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS I) 2004 - 2008. A la suite de ce premier Plan, un deuxième Plan PNDS II couvrant la période 2009 – 2018 est actuellement en cours d'exécution.

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants:[15]

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique;
- l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale;
- la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie;
- la protection des groupes vulnérables;
- le renforcement du partenariat public-privé;
- la promotion de la multisectorialité ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.

1.1.1.5.2. Organisation du système de Santé au Sénégal

Le système de santé du Sénégal est composé de deux secteurs: un secteur public et un secteur privé.

❖ Le secteur public

Il est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux: le niveau central, le niveau intermédiaire constitué par les régions médicales et le niveau périphérique appelé district sanitaire.

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé.

• Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés.

• Niveau intermédiaire: la Région Médicale (RM)

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification. La cellule opérationnelle comprend:

✓ **Hôpital régional:**

A ce niveau, le nombre de médecins est plus important surtout les spécialistes en : ORL, Ophtalmologie, Radiologie, Gynécologie-obstétrique, pédiatrie, VIH/sida etc. On y mène des activités de soins, de consultation, d'hospitalisation, d'examens de laboratoire et de Pharmacie. En outre, un pharmacien diplômé y assure la gestion des médicaments. C'est la structure de référence des centres de santé.

✓ **Centre Hospitalo-universitaire.**

C'est le domaine des spécialités les plus pointues mais également de formation du personnel de santé et des étudiants.

• **Niveau périphérique: District Sanitaire (DS)**

Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de Postes de Santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales

✓ **Centre de santé**

C'est le premier niveau où on trouve un médecin, des activités de soins, de consultations générales, de consultations prénatales, quelques examens de laboratoire etc. Selon l'OMS, il faut un centre de santé pour 250 000 habitants.

✓ **Poste de santé**

C'est le premier niveau de structure de soins qui s'insère dans le cadre administratif. Il est dirigé par un infirmier d'Etat ou un agent sanitaire dans les zones où il y a pénurie d'Infirmiers. Des activités de Soins de Santé Primaires y sont menées: vaccinations, IEC, CPN...etc. Selon l'OMS il faut un poste de santé pour 10 000 habitants.

✓ **Case de santé**

C'est le niveau communautaire du système de santé. La structure est communautaire contrairement au reste de la pyramide. Elle est tenue par un agent de santé communautaire. Selon l'OMS, il faut une case de santé pour 500 habitants.

En 2012 (EDS-continue 2012-2013), le système de santé sénégalais est composé des structures publiques suivantes : quatorze (14) régions médicales ,trente cinq (35) hôpitaux dont 11 de niveau 1, 15 de niveau 2 et 7 de niveau 3; quatre-vingt-neuf (89) centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé, 1 257 postes de santé dont 1 035 fonctionnels, 2 centres de santé psychiatriques (qui ne sont pas considérés ici comme des hôpitaux mais des centres de santé spécialisés), 1 703 cases de santé fonctionnelles. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

❖ **Le secteur privé**

Outre ces structures publiques, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets para médicaux privés, 23 structures d'entreprise et 77 postes de santé privés.

1.1.1.5.3. Quelques données sanitaires de mortalité

La situation sanitaire au Sénégal a connu des améliorations ces dernières années comme en atteste la tendance à la baisse d'indicateurs suivis par les programmes de santé :

- les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, bien qu'encore élevés, ont connu une baisse significative. En effet, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121‰ en 2005 à 78,7‰ en 2013, celui de la mortalité infantile de 61‰ en 2005 à 27,2‰ en 2013;
- Par contre pour la mortalité maternelle, de 401 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, elle est passée à 434 pour 100 000 naissances vivantes en 2010. [2,7].

1.1.1.5.4. Situation épidémiologique du VIH au Sénégal

Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée [8,19]. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui, depuis plus d'une dizaine d'années est restée au-dessus de 1% (1,4% en 2006), est actuellement de 0,7%, confirmant la prévalence faible et stable dans la population générale (EDS 5, 2011).

S'agissant des populations plus exposées aux risques, la prévalence est de 18,5% (ENCS 2010) chez les professionnelles du sexe (PS), de 21,8% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes MSM) (ELIHoS, 2007), de 9,4% chez les injecteurs de drogues intraveineuses et de 5,2% chez les consommateurs de drogues injectables (UDSEN 2011).

Féminisation de l'épidémie: la prédominance féminine est nette avec 1,6 femme pour 1 homme. La prévalence est nettement associée à la situation matrimoniale. En effet, les femmes en rupture d'union (4,6 %) ont en effet une prévalence plus élevée que celles en union (0,8 %). Les femmes en union sont elles aussi, deux fois plus infectées que les célibataires (0,8 % contre 0,4 %) (EDS 5, 2011).

Variation du VIH selon l'âge: la prévalence augmente avec l'âge passant de 0,1% chez les personnes âgées de 15-19 ans à 1,9% chez celles âgées de 45-49 ans. Contrairement à la tendance internationale, l'enquête a révélé que les jeunes de 15-24 ans restent peu touchés par le VIH : 0,2% dont 0,3% chez les femmes et 0,1% chez les hommes [3].

Disparité selon les régions : la prévalence est plus élevée dans les régions du Sud et du Sud Est.

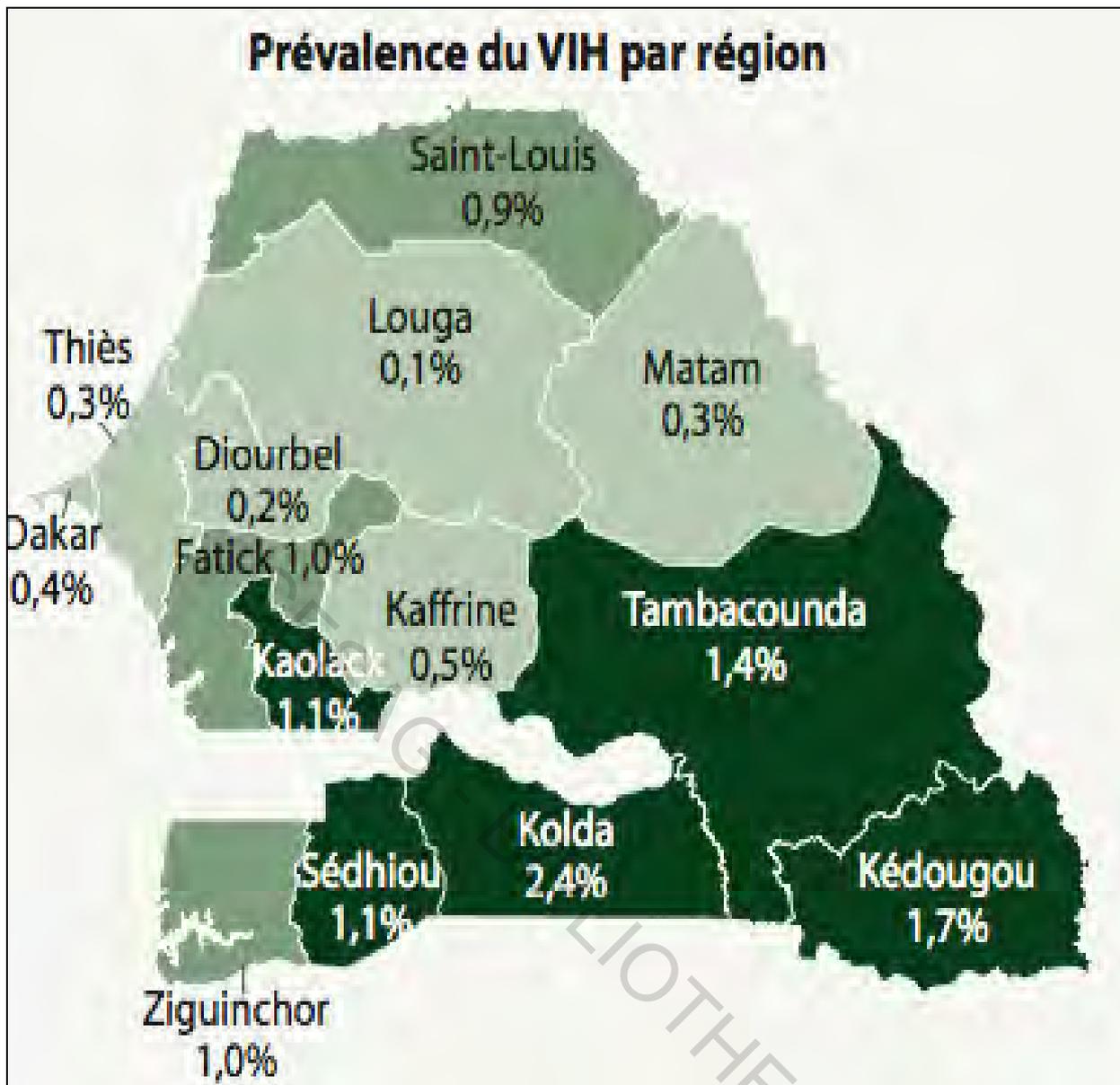
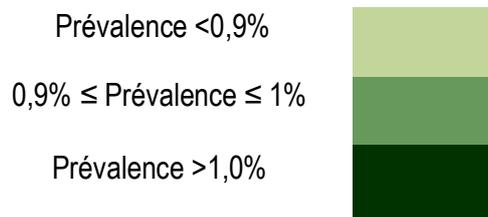


Figure 2 : Prévalence du VIH par région (EDS 5)

LEGENDE



1.1.2. Environnement interne : la région de Ziguinchor

Dans cette partie, nous présentons la région de Ziguinchor, objet de notre étude, selon son découpage administratif, ses caractéristiques géographiques, sociodémographiques et économiques, et selon sa situation sanitaire.

1.1.2.1. Découpage administratif et cadre physique

Créée par la loi 84-22 du 22 Février 1984 [11], la région de Ziguinchor est issue du découpage de la région naturelle de la Casamance. Elle est limitée à l'Est par la Région de Sédhiou, à l'Ouest par l'Océan Atlantique, au Sud par la République de la Guinée Bissau et au Nord par la République de la Gambie. Elle occupe 3,74 % du territoire national avec une superficie de 7352 km².

Au plan administratif, elle comporte trois départements :

- le Département de Ziguinchor qui couvre une superficie de 1589 km²;
- le Département de Bignona qui englobe Bignona, Thionck-Essyl et Diouloulou pour une superficie totale de 6180 km²
- et le Département de Oussouye moins étendu pour une superficie de 892 km².

Le réseau hydrographique est très développé avec d'innombrables marigots ou bolongs qui découpent la zone du delta en îles plus ou moins marécageuses. La superficie du bassin drainé est d'environ 20 150 km².

Un climat de type soudanais vers l'ouest et sahélo-soudanais vers l'est en a fait une région très arrosée et boisée à productions agricoles diversifiées avec une grande diversité de systèmes de culture. Ces systèmes de culture sont influencés à la fois par la morphologie des terroirs (relief et pédologie) et les facteurs culturels (répartition genre du travail et système foncier traditionnel). Cette répartition genre du travail est caractérisée par le fait que l'essentiel des travaux champêtres (du semi à la récolte) est réalisé par les femmes. Les hommes s'occupent essentiellement du débroussage des zones de culture.

1.1.2.2. Caractéristiques socio-démographiques

La population globale est estimée à 786 091 habitants soit 5,8% de la population nationale. Cette population est répartie comme suit: 362 702 habitants pour le Département de Ziguinchor, 351 675 habitants pour celui de Bignona et 71 714 habitants pour celui d'Oussouye. La population est cosmopolite et essentiellement composée de Diolas (61%), de Mandingues (9%), de Pulhars (9%), de Wolofs (5%), de Manjaques (4%), de Mancagnes (3%), de Balantes (2,5%), de Sérères (2,4%), d'autres ethnies (5,18%). L'occupation tour à tour de la ville de Ziguinchor par les Portugais puis par les Français a donné à cette ville un caractère cosmopolite où toutes ces ethnies cohabitent très tôt avec des populations venues de la Guinée Bissau.

Les religions dominantes sont l'Islam (78%) et le Christianisme (18%) ; néanmoins, on note une forte présence de pratiquants de religions traditionnelles dans le département d'Oussouye (32,7%) (RGPH 2002).

On note une prépondérance de la jeunesse (76% entre 0 et 35 ans) et un rapport de masculinité de 99,2. La migration des populations est plus ou moins importante, avec un impact fort sur le développement socio-économique de la région.

L'urbanisation reste insignifiante à Oussouye et Bignona avec respectivement 2,2% et 16% de taux d'urbanisation, mais très forte à Ziguinchor (82,1%).



Figure 3 : Carte du découpage administratif de la région de Ziguinchor [21]

1.1.2.3. Caractéristiques économiques

Selon le DSRP 2006, le taux de pauvreté de la région de Ziguinchor est supérieur de plus de 15% à la moyenne nationale. En effet, ce taux s'élevait à 67% contre une moyenne nationale de 48%. L'économie est dominée par le secteur primaire. Les produits de cueillette occupent une place très importante du fait des revenus qu'ils génèrent. Pilier des activités économiques, son agriculture fortement diversifiée, offre des productions variées (arboriculture fruitière dont la mangue, la banane, les agrumes ; le riz, les cultures céréalières pluviales, les produits forestiers non ligneux). Mais, d'autres secteurs tels que la pêche, l'élevage, l'artisanat, le tourisme, le petit commerce et le petit métier disposent d'un potentiel de développement considérable, offrant des opportunités intéressantes tant pour le marché national qu'international.

Toutefois, les atouts de la région demeurent sous exploités, ne permettant pas une contribution significative à l'économie nationale. En effet, la région fait face à différentes contraintes :

- la faiblesse du niveau d'investissement et déficit en infrastructures adaptées aux besoins des producteurs ;
- l'enclavement interne et externe qui freine la production et entrave la connexion vers les marchés intra-régionaux, nationaux et régionaux ;
- la dégradation des ressources naturelles (salinisation des sols, acidification, érosion, ensablement, déforestation, dépérissement des ressources halieutiques) ;
- la faiblesse des possibilités d'accès aux marchés porteurs induite par l'enclavement de la région et l'inexistence ou l'insuffisance de moyens de conservation, de transformation et de transport adéquats ;
- le déficit des capacités des acteurs (insuffisance d'une main d'œuvre qualifiée et robuste du fait de la quasi inexistence d'un système de formation professionnelle adaptée aux besoins régionaux) et l'exode rural occasionnant un vieillissement des entrepreneurs agricoles et ruraux en plus du manque d'organisation des producteurs et autres opérateurs économiques ;
- l'insuffisance de l'accès au financement.

Par ailleurs, la situation de conflit qui sévit dans la région depuis une trentaine d'années vient exacerber ces nombreux problèmes, accentuant de fait la dégradation du tissu socio-économique.

Malgré ces difficultés certaines, le développement de la région n'est pas dans une situation désespérée. En effet, Ziguinchor bénéficie aujourd'hui d'un environnement institutionnel favorable (dynamisme des collectivités locales et des services techniques déconcentrés, interventions remarquées de plusieurs ONG, projets et programmes) et des initiatives intéressantes et variées sont mises en œuvre par une diversité d'acteurs, contribuant de manière plus ou moins efficace à la lutte contre la pauvreté et la consolidation de la paix. Il faut aussi les initiatives de l'Etat pour redynamiser le pôle Sud.

Pour autant, ces actions tardent à donner les résultats escomptés pour induire un décollage décisif de l'économie régionale. Les contraintes demeurent tenaces et les potentialités régionales sous exploitées.

Cette situation d'instabilité sociale, de promiscuité et de pauvreté engendre une prostitution clandestine, des viols et favorise la dissémination des IST et de l'infection à VIH, faisant de Ziguinchor l'une des régions où la prévalence est assez élevée (1% contre 0.7% au niveau national en 2013).

1.1.2.4. Situation sanitaire de la région

Dans cette partie nous commençons par présenter l'organisation de la Santé dans la région de Ziguinchor, ensuite nous décrivons le profil épidémiologique du VIH et enfin nous parlons des facteurs et des zones de vulnérabilité au VIH.

❑ Organisation de la Santé au niveau régional

La région est divisée en cinq districts : Ziguinchor, Bignona, Oussouye, Thionck-Essyl et Diouloulou. Les districts intègrent également les Pharmacies privées, les dispensaires privés et les dispensaires gérés par les ONG dans leurs zones respectives.

La région médicale coordonne les activités des districts, du Service régional de l'hygiène, de celui des grandes endémies et du Bureau régional de l'éducation, de l'information pour la santé et la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement.

La couverture sanitaire qui dépasse la région pour s'étendre en Guinée Bissau, Guinée Conakry et Gambie, est assurée à travers un réseau relativement dense d'infrastructures composé de deux Etablissements Publics de Santé (le second venant de démarrer timidement ses activités), de 5 Centres de Santé, d'un Centre Médical de Garnison, de 106 postes de santé publics et de 11 structures confessionnelles de santé.

Dans le cadre de la gestion de la réponse au VIH/sida, la région abrite un dispositif qui comprend : 7 sites de prise en charge globale des PVVIH, 8 sites principaux et 106 sites secondaires de PTME, 116 sites de dépistage du VIH (CDV et SDV confondus). Pour les populations clés, PS et MSM, il existe 6 points de prestation de service pour les premières et 2 pour les seconds.

❑ Profil épidémiologique du VIH/sida dans la région de Ziguinchor

Le rapport de l'EDS 5 donne une prévalence du VIH de 1% dans la population de 15 à 49 ans et confirme la forte féminisation de l'épidémie dans la région avec une prévalence de **2,4%** chez les femmes contre **0,8%** chez les hommes de 15 à 49 ans. Le rapport 2010 de la surveillance sentinelle qui porte sur les femmes enceintes, indique un taux de prévalence de 3% [21].

L'étude de 2009 de la distribution géographique du taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes de la région révèle une prévalence de 4,3% pour le milieu urbain et 3% pour le monde rural.

Cette situation informe sur l'ampleur du phénomène du VIH dans la région de Ziguinchor. Aussi depuis le démarrage de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, la région compte une cohorte de PVVIH avec ou sans ARV de 3417 (bilan annuel 2012) qui sont suivies au niveau de sept sites implantés à cet effet. Pour les PVVIH mises sous ARV et régulièrement suivies, elles sont au nombre 1615 à la fin de l'année 2012. Les femmes enceintes dépistées dans le cadre de la PTME sont au nombre de 10 460 soit un taux de couverture de 124% par rapport à l'objectif annuel qui a été assigné en 2012.

Concernant la composante relative au conseil dépistage volontaire, la région dépasse toujours l'objectif qui lui a été fixé, car de plus en plus les populations cibles adhèrent au dépistage pour connaître leur statut sérologique qui est le premier acte de prévention contre le VIH [21].

❑ Facteurs de vulnérabilité de la Région face au VIH

La vulnérabilité de la région de Ziguinchor face au VIH s'explique par la présence accrue de certains facteurs que sont, entre autres:

- la pauvreté,
- le chômage,
- les manifestations socioculturelles fréquentes (circoncision ou « Bukut », excision, journées culturelles),
- les migrations internes (activités socio-économiques),
- une forte migration avec les pays frontaliers (Gambie, Guinée Bissau et Guinée Conakry) avec le développement des activités touristiques et de pêche
- la sexualité précoce des jeunes,
- l'analphabétisme de certaines couches de la population,
- le fort brassage des populations au niveau des frontières de la Gambie et de la Guinée Bissau (voyages, commerce),
- la stigmatisation des groupes clés en raison d'un manque de sensibilisation, d'ignorance, de fausses croyances,
- l'offre de services insuffisante qui s'explique par la faiblesse des services d'encadrement, d'un personnel insuffisant et parfois peu qualifié,
- une instabilité politique qui affecte les populations notamment les déplacées, les hommes de tenues, les habitants des zones d'insécurité,
- la pêche, l'agriculture et le tourisme qui incitent un rush de saisonniers (« célibataires géographiques »).

❑ Zones et espaces de vulnérabilité dans la région

La région de Ziguinchor regroupe plusieurs pôles vulnérables où les échanges conduisant à des pratiques à risque ne sont pas exempts. Les principaux pôles de vulnérabilité peuvent être répartis comme suit:

- Les Zones d'affluence à forte concentration humaine (marchés permanents, marchés hebdomadaires, foirails et quai de pêche),
- Les zones d'arrêt et de transit (gares routières, carrefours),
- Les pôles économiques (sites industriels, sites agrobusiness, sites touristiques et grands chantiers),
- Les pôles de promiscuité (collèges, lycées, universités, instituts, quartiers populaires),
- Les zones d'insécurité qui sont difficiles d'accès avec pour conséquence l'absence d'activités de lutte contre le VIH dont ces populations cibles sont en droit d'attendre. Il s'agit notamment du nord Sindian, la zone des palmiers, le Narang et le Sud du département de Ziguinchor,
- Les quartiers autour des cantonnements militaires,
- Les zones frontalières avec des pays à fort taux de prévalence,
- Les lieux de jouissance (auberge, campements, bars-restaurants, dancing, maisons closes, chambres de passe).

1.2. Politique nationale de Prise en charge du VIH/sida au Sénégal

Dès le dépistage des premiers cas de sida en 1986, les autorités ont mis en place un comité de gestion et de coordination de la Réponse au niveau du Ministère de la Santé ; le Comité National de lutte contre le sida dans lequel étaient représentés les Ministères en charge des jeunes, de l'éducation, des femmes et des forces Armées.

En respect de la Déclaration des Chefs d'Etats de la Session Spéciale des Nations Unies de 2001 sur le VIH, la coordination de la lutte contre le sida jusque-là sous la tutelle du Ministère de la Santé, a été élevée à la Primature avec la mise en place par décret présidentiel N° 2001-1063 du 10 Décembre 2001 modifié par le décret n° 2005-550 du 22 juin 2005 du Conseil National de Lutte contre le sida.

Cette réforme institutionnelle a permis, à partir de 2001, de renforcer le leadership politique et managérial et a rendu plus effective l'appropriation de la lutte contre le sida par tous les secteurs du Gouvernement dont les cibles sont vulnérables à l'infection, la Société Civile, le secteur privé et les Religieux. [6]

1.2.1-Cadre institutionnel

Pour rendre opérationnelle cette réforme institutionnelle, un dispositif de mise en œuvre et de suivi - évaluation de la prise en charge est mis en place aussi bien au niveau national à travers le Secrétariat Exécutif du CNLS et la DLSI qu'au niveau régional et départemental.

1.2.1.1-Niveau national

1.2.1.1.1. Le Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS)

- **Date de création**

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a été créé par le Décret, le 22 juin 2005. C'est un organe de coordination et d'orientation de la réponse au VIH au Sénégal.

- **Composition**

Il est composé :

- du Premier Ministre qui le préside
- du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale qui est le vice-président
- du Secrétaire Exécutif.
- des Ministres en charge des cibles prioritaires de l'approche multisectorielle (Santé, Education, Jeunesse, Femme, Forces Armées, Travail, Transports, Tourisme, Justice et Forces de police
- du Représentant du Sénat, de l'Assemblée Nationale et du Conseil Economique et Social
- des Gouverneurs de régions
- des présidents des CRLS
- des Collectivités locales
- du Conseiller santé de la Présidence de la République
- du Président du Mécanisme National de Coordination du Fonds Mondial
- des Collectifs des ONG et Associations des réseaux des PVVIH

- du Patronat
- des Confessions religieuses
- des Centrales Syndicales
- du Coordonnateur résident du Système des Nations Unies
- des Agences de Coopération Multi et Bilatérales.

- **Mission**

Le CNLS est l'organe politique d'orientation et de décision. Sa mission est de :

- Définir les orientations nationales de la riposte au sida,
- Assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la riposte au sida,
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de riposte au sida,

Le Secrétariat Exécutif du CNLS est l'organe national de coordination et d'appui à l'ensemble des activités se rapportant au sida dans le cadre de l'exécution du Plan Stratégique National. Il assure également le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans sectoriels et régionaux.

1.2.1.1.2. La Division de Lutte contre le sida et les IST (DLSI)

- **Date de création**

Elle fut créée suivant le décret N°2004-1404 du 14 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

- **Organisation :**

Elle comprend quatre (4) bureaux :

- ✓ Le Bureau de la Prévention Médicale,
- ✓ Le Bureau de la Surveillance Epidémiologique,
- ✓ Le Bureau de la Prise en Charge des personnes vivant avec le VIH,
- ✓ Le Bureau de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

- **Mission de la DLSI**

Elle est le point focal du secteur santé au niveau du CNLS. A ce titre, elle est chargée de coordonner l'exécution des stratégies et activités médicales du Programme Multisectoriel de Lutte contre le sida et les IST.

1.2.1.2-Niveau régional

Au niveau des comités régionaux de lutte contre le sida (CRLS), il existe un comité technique restreint (CTR) dont le Médecin-Chef de région est le coordonnateur. Il est assisté par le médecin de l'hôpital qui peut être le coordinateur technique des activités de prise en charge.

Ce comité restreint regroupe l'équipe cadre régional et des experts régionaux et assure la supervision des activités de prise en charge. Dans le cadre de la mise en œuvre des activités, les structures spécialisées de référence nationale apportent leur appui technique à ce comité technique restreint dans le cadre du parrainage de l'ISAARV.

Il est composé du MCR, des MCD, des Médecins hospitaliers, des Assistants Sociaux, des Biologistes, des Infirmiers, des Pharmaciens, des Dispensateurs, des représentants des PVVIH, du Chargé de programme du

CNLS région, du représentant PRA, des Médecins privés, des Médecins chefs de garnison, des Pharmaciens d'officine, du Pharmacien de la DLSI, du Logisticien de la DLSI, du représentant du laboratoire de contrôle des Médicaments, du représentant de la Direction de la Pharmacie et du Médicament.

Il a pour mission:

- d'assurer la supervision des activités liées à la prise en charge médicale et psychosociale dans la région,
- de veiller au respect des normes et protocoles,
- d'assurer l'estimation des besoins, la gestion des ARV, médicaments IO et réactifs.

1.2.1.3-Niveau opérationnel

La décentralisation jusqu'au niveau du district de la prise en charge est effective en tenant compte des ressources humaines et de l'opérationnalité du programme. Au niveau de chaque site de prise en charge, il existe un Comité médical technique (CMT).

Ce comité est composé des:

- Représentants des prestataires impliqués dans la prise en charge au niveau des sites : Médecins, Assistants Sociaux, Biologistes, Infirmiers et Sage-femme, Pharmaciens ; Responsables centre de traitement de la TB (CDT/T) ; Gestionnaire des données (GDD) ; Médiateurs ; Coordonnateur de la PEC région
- Représentants des autres secteurs impliqués (privé)
- Représentants des organisations de la société civile.

Ce comité a pour mission:

- d'assurer la coordination et le suivi des activités de PEC au niveau des sites,
- de veiller au respect des normes et protocoles liés à la prise en charge médicale des malades,
- d'assurer la supervision formative et les stages pratiques sur la prise en charge,
- d'assurer la supervision des activités d'accompagnement soutien,
- d'assurer l'analyse primaire des données avant transfert vers le niveau supérieur.

1.2.2-Critères d'accréditation des sites de prise en charge des PVVIH

a- Critères d'éligibilité des structures de prise en charge

L'accréditation des structures repose sur l'évaluation de la qualité des systèmes mis en place et des services fournis dans les domaines essentiels à la prise en charge correcte des PVVIH: offre de soins, compétences du personnel en matière de VIH et sida, capacités diagnostiques du laboratoire, approvisionnement en médicaments et gestion de la Pharmacie, implication de la communauté, capacités en gestion de programme VIH et sida. Les éléments à considérer pour assurer l'accréditation des structures sont:

- un personnel ayant reçu une formation conforme aux normes nationales;
- un plateau technique pouvant permettre la réalisation correcte des bilans de suivi, le dépistage du VIH selon l'algorithme en vigueur;
- un dispositif pérenne de gestion et de dispensation des ARV qui est clairement identifié et défini.

b-Critères d'éligibilité des dispensateurs de soins

✓ Pour la dispensation

Etre Pharmacien ou personnel de santé formé ;

Avoir suivi une formation à la gestion et à la dispensation des ARV;

✓ Pour les prescripteurs

Etre Médecin, Infirmier ou Sage-femme;

Appartenir à une structure accréditée;

Avoir suivi une formation sur la prise en charge des PVVIH.

c-La délégation des tâches

Déléguer, c'est confier à une personne la réalisation d'un objectif ainsi que les responsabilités qu'il sous-tend.

Cela ne correspond en aucun cas avec le fait de répartir les tâches, c'est-à-dire donner une tâche à quelqu'un.

La délégation des tâches est le nom donné à un processus de délégation en vertu duquel les tâches sont confiées, lorsque cela est possible, à des travailleurs de santé moins spécialisés.

Les paramédicaux au niveau des postes de santé et des centres de santé devraient apporter une contribution essentielle à l'atteinte des objectifs à la condition d'une bonne formation associée à des supervisions formatives insistant sur les aspects pratiques.

Aussi, toutes les tâches qui relèvent d'un diagnostic simple comme la recherche active de la tuberculose, de certaines infections opportunistes, le suivi de la tolérance, et certains actes thérapeutiques comme la Chimio-prophylaxie, devraient être progressivement délégués.

De même, la responsabilisation des sages-femmes et des ICP pour l'initiation du traitement pourrait aider à minimiser les arrêts de suivi constatés avec la PTME. Il en est de même des Infirmiers officiant dans des localités éloignées ou enclavées. C'est ainsi que les Infirmiers et les Sages-femmes seront capables pour la prise en charge de la co-infection tuberculose et VIH, pour le suivi des patients sous trithérapie, et pour la prescription des antirétroviraux dans le cadre de l'ETME au niveau des postes de santé.

1.2.3-Rôles et responsabilités des prestataires

Rôle du Médecin dans la PEC des PVVIH

Les activités ci-après sont dévolues aux Médecins impliqués dans la PEC des PVVIH:

- Consultation d'évaluation initiale et de suivi;
- Proposition de test;
- Inclusion au traitement antirétroviral;
- Recueil et remontée des données;
- Référence;
- Supervision;
- Suivi clinique et biologique d'un patient vivant avec le VIH mis sous trithérapie antirétrovirale;
- Diagnostic et gestion des échecs thérapeutiques;
- Collecte, synthèse, analyse des données, élaboration et transmission de rapport mensuel;

- Coordination des activités de diagnostic et de traitement de la co-infection TB/VIH au niveau de l'hôpital;
- Coordination du contrôle de l'infection tuberculeuse en milieu de soins;

Rôle du Pharmacien

Les activités ci-après sont dévolues aux Pharmaciens Dispensateurs des ARV.

- Gestion de stock;
- Dispensation;
- Appui à l'observance;
- Recueil et remontée des données;
- Recherche active de la TB (remplir la fiche de screening) et Orientation des cas suspects de TB;

Rôle de l'Infirmier ou de la Sage-femme

- Consultation
- Proposition de test dépistage
- Accompagnement psychosocial
- Chimio prophylaxie au Cotrimoxazole
- Chimio prophylaxie à l'INH
- Prise en charge de certaines infections opportunistes
- Soins infirmiers
- CPN, accouchement et consultation post natale
- Mise sous ARV dans le cadre de la PTME
- Consultation de suivi
- Référence
- Education thérapeutique et appui à l'observance
- Recherche active de la TB (remplir la fiche de screening) et Orientation des cas suspects de TB
- Suivi clinique et dispensation des antituberculeux (TDO)
- Recherche d'autres signes d'infection opportuniste et Référence
- Prévention et prise en charge des AES (accidents d'exposition au sang et/ou au sexe)
- Recherche de perdus de vue
- Planification familiale
- Pharmacovigilance

Rôle de l'Assistant Social

- Accompagnement/soutien
- Appui à l'observance
- IEC
- recherche et relance des irréguliers et PDV etc.
- Recherche active de la TB (remplir la fiche de screening) et Orientation des cas suspects de TB

- Visites à domicile
- Activités de prévention de l'infection par le VIH et la tuberculose: information et sensibilisation des populations

Rôle des pairs et médiateurs

- IEC
- Accompagnement/soutien
- Appui à l'observance
- Formation
- recherche et relance des irréguliers et PDV etc.

Rôle du Centres de référence du niveau central

- Suivi de la sensibilité des souches
- Contrôle de qualité
- Prise en charge des formes graves
- Elaboration des politiques et directives pour la mise en place des activités de collaboration
- Mobilisation des ressources
- Mise en œuvre du suivi-évaluation

1.2.4-Orientations stratégiques

1.2.5.1. Dépistage de l'infection par le VIH

Le diagnostic de l'infection à VIH au Sénégal est basé sur l'algorithme de type II de l'OMS qui utilise deux tests rapides: le premier test très sensible permet de mettre en évidence la présence des anticorps anti-VIH dans le sang et le deuxième test très spécifique permet de faire la confirmation et le typage du VIH.

Le test de dépistage est gratuit sur l'étendue du territoire national. Il est recommandé de faire une proposition de sérologie VIH devant:

- un homme ou une femme présentant une infection sexuellement transmissible,
- un patient tuberculeux,
- une femme enceinte
- un patient avec des signes cliniques d'immunodépression (zona, diarrhée chronique, amaigrissement, candidose buccale, prurigo généralisé...),
- Le partenaire d'un cas confirmé.

Chez l'enfant de moins de 14 mois, le diagnostic de l'infection à VIH repose sur la mise en évidence du VIH dans le sang grâce à des techniques complexes telles que la PCR.

1.2.5.2. Prise en charge médicale de l'infection à VIH

Elle concerne les personnes vivant avec le VIH et est effectuée au niveau des structures sanitaires conformément à la définition du paquet d'activités en fonction des niveaux de la pyramide sanitaire ci-dessous:

❑ **Au niveau Poste de Santé accrédité**

- Activités de prévention de l'infection (sensibilisation des populations)
- Prise en charge psychosociale
- Traitement symptomatique
- Soutien à l'observance des patients sous traitement antirétroviral
- Initiation du traitement antirétroviral

Référence des cas relevant de la compétence du médecin du centre de santé

❑ **Au niveau Centre de Santé**

- Toutes les activités dévolues au poste de santé
- Dépistage de l'infection par le VIH
- Diagnostic et prise en charge des infections opportunistes
- Diagnostic étiologique de la tuberculose
- Suivi clinique hématologique et biochimique
- Suivi immunologique des patients
- Suivi virologique : prélèvement sur papier buvard
- Coordination technique (réunion Comité Médical Technique)

❑ **Au niveau des Etablissement Publics de santé (EPS)**

- Toutes les activités dévolues au centre de santé
- Diagnostic étiologique et traitement des infections opportunistes bactériennes, parasitaires et virales (Tuberculose extra pulmonaire, Isosporose, Cryptosporidiose, Cryptococcose neuro-méningée, Shigellose, Salmonellose, Bactériémie, Toxoplasmose cérébrale)
- Détermination de la charge virale plasmatique en cas d'indication (suspicion d'échec thérapeutique et bilan annuel)
- Evaluation de la sensibilité des souches VIH aux médicaments antirétroviraux

1.2.5.3. Prise en charge par les antirétroviraux

Le passage à l'échelle du programme d'accès aux ARV a été basé sur la standardisation et la simplification des procédures et des protocoles de mise sous traitement ARV. Le personnel est orienté à chaque fois que des recommandations de l'OMS sont adaptées.

1.2.5.4. Prise en charge psycho-sociale

Elle est une mesure d'accompagnement indispensable et complémentaire à la prise en charge médicale. Elle s'étend aux personnes vivant avec le VIH et à leurs proches. Les composantes de cette prise en charge psycho-sociale sont:

- le renforcement des activités de PEC au niveau décentralisé et communautaire avec l'implication effective des ICP et des Sages-femmes,
- la promotion de l'implication des associations avec l'émergence des réseaux et des modalités de prise en charge des PVVIH issues des populations vulnérables (TS, MSM),

- la lutte contre la stigmatisation,
- le renforcement des capacités des cibles et des prestataires,
- Plaidoyer à travers l'éducation et la formation, les visites à domicile et intra hospitalières et la médiation familiale, les groupes de paroles, le soutien à l'observance, le soutien juridique et spirituel, la recherche des perdus de vue,
- l'éducation thérapeutique,
- les repas communautaires.

1.2.5.5. Prise en charge nutritionnelle

Le volet nutritionnel est une composante essentielle dans la prise en charge des PVVIH et de leurs familles. Dans le cadre de la politique de prise en charge au Sénégal, l'accès des PVVIH et de leurs familles à une alimentation correcte constitue une préoccupation fondamentale.

Les axes prioritaires d'intervention en matière de nutrition et VIH doivent comporter les aspects suivants:

- ❖ la formation des agents de santé en matière de counseling et de surveillance nutritionnelle pour la prise, en charge de l'infection par le VIH/sida
- ❖ l'appui en aliments,
- ❖ la récupération nutritionnelle,
- ❖ la sécurité alimentaire des ménages affectés par l'infection à VIH.

La prise en charge nutritionnelle privilégie l'approche par contact en offrant un paquet minimum de services en nutrition (« PISEN ») aux personnes infectées et affectées par le VIH.

CHAPITRE II: CADRE D'ETUDE

Notre étude a pour cadre, l'Unité d'Appui Régionale (UAR) de Ziguinchor et s'est déroulée au niveau des 6 sites de prise en charge des enfants vivant avec le VIH/sida des Districts Sanitaires de cette région ainsi qu'à l'Hôpital Régional.

2.1. L'Unité d'Appui Régionale (UAR) de Ziguinchor

2.1.1. Contexte de création de l'UAR

La coordination nationale qui était assurée, depuis le début de la lutte contre le VIH/sida en 1986 par le Ministère de la Santé, a été élevée au niveau de la Primature en 2001 avec la création du conseil national de lutte contre le sida au Sénégal. Cette option politique née des engagements pris après la Session Extraordinaire de l'UNGASS de Juin 2001 vise à renforcer le leadership politique et à rendre plus effective l'appropriation de la lutte contre le sida par les Ministères publics, parties prenantes de la réponse, mais également le secteur privé, la société civile qui sont des acteurs pour la mise en œuvre du programme National multisectoriel de lutte contre le sida.

L'organe national de coordination, de gestion et d'appui à l'ensemble des activités se rapportant au sida au Sénégal, est le Secrétariat Exécutif National du Conseil National de Lutte contre le sida (SEN-CNLS).

A cet effet, il prend en charge la politique et les orientations du Gouvernement sénégalais et les opérationnalise à travers des Plans Stratégiques Nationaux de Lutte contre le sida et veille à son exécution. Il assure également le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans sectoriels et régionaux. Il est dirigé par un Secrétaire Exécutif en charge de la gestion stratégique de la lutte contre le sida.

Dans chaque région, le CNLS est représenté par le Comité Régional de Lutte Contre le sida (CRLS) qui est dirigé par le Gouverneur.

L'Unité d'Appui Régionale (UAR) qui est un démembrement du secrétariat exécutif assure un rôle d'appui et d'accompagnement du CRLS et de l'ensemble des organes de gestion de la réponse au niveau périphérique. Au niveau de chaque département, il est mis en place, un Comité Départemental de Lutte Contre le SIDA (CDLS) dirigé par le Préfet et dans chaque arrondissement est implanté un Comité Local de Lutte contre le sida (CLLS).

Pour être opérationnel, le CRLS dispose des organes exécutifs tels que:

- ❖ le Comité Technique Restreint du CRLS (CTR-CRLS)
- ❖ le Comité Technique Restreint du CDLS (CTR-CDLS)
- ❖ le POOLS sida, qui est un mécanisme de coordination des activités du VIH/sida installé autour du Médecin-chef du District
- ❖ le Secrétariat Permanent du CTR est une entité opérationnelle qui est chargée de la gestion au quotidien du plan régional intégré et multisectoriel de lutte contre le sida. En effet, le Secrétariat Exécutif National pour marquer sa présence auprès du CRLS a mis en place l'UAR qui est chargée d'apporter une assistance technique et financière aux acteurs du niveau régional, départemental et local. L'UAR fait partie intégrante du comité technique restreint et y assure les fonctions de secrétariat permanent.

2.1.2. Vision

L'UAR doit veiller à la réalisation de la vision du CNLS qui est déclinée dans le plan stratégique national de lutte contre le Sida. Elle s'articule autour du concept des 3 zéros à atteindre d'ici fin 2015 à savoir: zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida et zéro discrimination. Cette vision qui a été définie par la communauté internationale à travers l'ONUSIDA, a fait l'objet d'appropriation par l'Etat du Sénégal.

2.1.3. Missions de l'UAR

Dans un contexte de gestion intégrée et multisectorielle de la réponse au VIH/sida, l'Unité d'Appui Régionale accompagne le CRLS dans l'accomplissement de ses missions qui se présentent comme suit:

- ✚ assurer la responsabilité de la planification (validation), de la coordination, du suivi et de la supervision du plan régional intégré
- ✚ assurer l'interface avec les partenaires intervenant dans la région pour une mise en œuvre efficiente du PRIM
- ✚ promouvoir le Plaidoyer sur le plan financier, politique, religieux et communautaire
- ✚ assurer la veille et l'alerte en s'appuyant sur le CTR.

2.1.4. Objectifs

- ✚ Renforcer la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les groupes clés les plus exposés (MSM et TS), les groupes passerelles et les groupes vulnérables (jeunes, femmes);
- ✚ Améliorer la qualité de la prise en charge des IST;
- ✚ Augmenter l'utilisation des services de qualité de CDV;
- ✚ Assurer la couverture PTME;
- ✚ Améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH;
- ✚ Appuyer la prise en charge communautaire des OEV;
- ✚ Promouvoir un environnement éthique, socio-économique et politique favorable;
- ✚ Assurer le renforcement du système communautaire;
- ✚ Assurer le renforcement du système de santé;
- ✚ Assurer le suivi-évaluation et l'information stratégique;
- ✚ Assurer la gestion et la coordination du Projet Fonds Mondial [4].

2.1.5. Composition de L'UAR

Elle est composée d'un Chargé de Programme Régional, d'un comptable, d'une assistante de programme et d'un chauffeur.

2.1.6. Activités menées au niveau de l'UAR

L'Unité d'Appui Régionale qui assure la représentation régionale du Secrétariat exécutif du CNLS, mène principalement les activités suivantes :

- ✓ Accompagner les autorités administratives locales dans la gestion de la réponse au VIH,
- ✓ Appuyer le processus d'élaboration du PRIM,
- ✓ Veiller à la mise en œuvre du PRIM conformément aux orientations du PSLS,

- ✓ Mettre à la disposition des secteurs (public, privé, société civile) les ressources nécessaires pour la réalisation des activités,
- ✓ Assurer la supervision, la coordination des activités en rapport avec le CTR régional,
- ✓ Veiller au fonctionnement régulier des instances de coordination de la réponse régionale (CRLS, CDLS, CLLS)
- ✓ Assurer avec le gestionnaire régional des données, la collecte et la remontée des données VIH –TB,
- ✓ Assurer le *reporting* technique et financier de la réalisation des activités,
- ✓ Préparer et présenter la revue trimestrielle des activités et des données au niveau du CRLS,
- ✓ Veiller au respect par les acteurs de la réponse des principes directeurs du PSLS.

2.1.7. Contraintes

- ✓ Absence de budget de fonctionnement de l'UAR qui pouvait lui conférer une certaine autonomie dans l'exécution de ses missions,
- ✓ Paquets d'activités multiples ne permettant pas de faire des supervisions inopinées des partenaires,
- ✓ Retard dans la remontée des données des Districts vers l'UAR,
- ✓ Non respect des populations cibles par les partenaires.

2.1.8. Perspectives

Les perspectives sont identifiées et définies par le niveau national en l'occurrence le Secrétariat Exécutif–CNLS.

2.2. Les Sites de prise en charge des EVVIH dans la région de Ziguinchor

Il existe six (6) sites de prise en charge des EVVIH répartis entre les cinq (5) districts sanitaires et l'Hôpital régional.

2.2.1. Le District sanitaire de Ziguinchor

Présentation du District

Créé depuis l'époque coloniale, le DS de Ziguinchor est limité au Nord par le DS de Bignona, au Sud par la République de Guinée Bissau, à l'Est par le DS de Goudomp et à l'Ouest par le DS d'Oussouye. Il couvre une superficie de 1589 km² pour une population de 362 702 habitants (soit 46,27% de la population totale de la région avec une densité de 153 habitants au km²).

Infrastructures sanitaires disponibles

Ce DS compte:

- 01 Centre de Santé
- 30 Postes de Santé dont 14 postes ruraux
- 10 Cases de Santé fonctionnelles
- 22 Officines de Pharmacie
- 17 Maternités
- 05 Cabinets médicaux
- 01 Cabinet dentaire privé

- 01 Clinique privée
- 06 Dispensaires d'entreprises
- 04 Services de Santé militaire

❑ **Organisation de la prise en charge des EVVIH dans le Centre de Santé de Ziguinchor**

Au District sanitaire de Ziguinchor, la prise en charge se fait au niveau de Pavillon de Traitement Ambulatoire (PTA) du Centre de Santé du dit district. Ici il n'existe pas une organisation particulière mise en place pour les EVVIH. Ils sont consultés selon les rendez-vous personnalisés et suivant le circuit normal des patients adultes. En général, les enfants viennent au PTA par référence du Pavillon de pédiatrie du Centre de Santé. Après les premiers soins, le Médecin du PTA ouvre un dossier et l'enfant est suivi à partir de ce moment. Mais si ce dernier développe des complications, il est systématiquement référé au Service de Pédiatrie de l'Hôpital Régional pour une meilleure Prise en charge.

Parmi les ressources humaines impliquées dans la PEC des EVVIH, nous pouvons citer: 01 Médecin généraliste, 02 dispensateurs, 01 Assistant Social, 04 Médiateurs, 01 Technicien Supérieur en Biologie, 01 Technicien de Laboratoire et 17 Sages-femmes.

2.2.2. Le District sanitaire de Bignona

❑ **Présentation du District sanitaire**

Créé vers les années 1950, le DS de Bignona est limité au Nord par le District sanitaire de Diouloulou et la Gambie, à l'Ouest par le District sanitaire de Thionck-Essyl, à l'Est par le District sanitaire de Bounkiling et au Sud par le District sanitaire de Ziguinchor. Il s'étend sur 3395 km² soit 47,17% de la superficie totale de la région pour une population de 184 469 Habitants avec une densité de 55 habitants/km².

❑ **Infrastructures sanitaires disponibles**

Ce DS compte:

- 01 Centre de Santé
- 30 Postes de Santé dont 08 ont été choisis comme sites de décentralisation de la PEC du VIH/SIDA
- 51 Cases de Santé dont 02 non fonctionnelles
- 03 Officines de Pharmacie et 02 Dépôts de Pharmacie privés

❑ **Organisation de la prise en charge des EVVIH dans le Centre de Santé**

Au District sanitaire de Bignona, les EVVIH sont reçus au même titre que les adultes et consultés par tous les prestataires formés à la PEC des enfants. En moyenne le site de PEC reçoit un (1) EVVIH tous les deux à trois jours. Il faut noter la présence de trois Médecins impliqués dans la PEC parmi lesquels un Pédiatre qui est le MCD. Mais pour des raisons d'insuffisance de plateau technique, il peut arriver que des enfants soient référés à l'Hôpital Régional pour une meilleure PEC.

Parmi les ressources humaines impliquées dans la PEC des EVVIH, nous pouvons citer: 02 Médecins généralistes, 02 dispensateurs, 01 Assistant Social, 02 Médiateurs, 01 Technicien de Laboratoire et 15 Sages-femmes.

2.2.3. Le District de Thionck-Essyl

❑ Présentation du District sanitaire

Le DS de Thionck-Essyl est mis sur pieds en 2004. Il est limité au Nord par le DS de Diouloulou et celui de Bignona, à l'Ouest par le DS de Diouloulou, à l'Est par le DS Bignona et au Sud par les DS de Ziguinchor et Oussouye. Il a une superficie de 902 km² avec une population totale de 74 478 habitants dont 60 634 vivent en milieu rural et 13 864 en milieu urbain.

❑ Infrastructures sanitaires disponibles

Ce DS compte:

- 01 Centre de Santé
- 15 Postes de Santé ruraux
- 05 Cases de Santé fonctionnelles
- 01 Officine de Pharmacie

❑ Organisation de la prise en charge des EVVIH au Centre de Santé

Au District sanitaire de Thionck-Essyl la prise en charge des EVVIH est assurée par un Infirmier d'Etat qui effectue en même temps le suivi clinique et la dispensation des ARV. Il faut noter l'absence d'un Assistant Social et de médiateurs dans ce Centre de Santé. Le Médecin Généraliste qui est le MCD est en formation à l'ISED de Mbour. En plus du Dispensateur et du MCD, le DS compte 8 sages-femmes, 01 Technicien supérieur en Biologie et 01 Technicien en Biologie.

2.2.4. Le District sanitaire de Diouloulou

❑ Présentation du District

Créé en Août 2006, le District de Diouloulou est situé au nord-ouest du département de Bignona à 84 km de la capitale régionale/Ziguinchor, frontalier à la République de Gambie au nord, bordé par une frange maritime qui le relie à l'Océan Atlantique à l'ouest et couvre une superficie de 1883 km² dont 14 îles pour une population de 92 728 habitants.

❑ Infrastructures sanitaires disponibles

Ce DS dispose de:

- 01 Centre de Santé
- 19 Postes de Santé tous ruraux dont 3 insulaires et 1 fermé faute de personnel
- 03 sites de décentralisation de la PEC du VIH/SIDA (Kafountine, Abéné, Kabiline)
- 32 Cases de Santé dont 9 fermées faute de personnel
- 02 Officines de Pharmacie et 01 Dépôt de Pharmacie privé

❑ Organisation de la prise en charge des EVVIH dans le Centre de Santé

Il n'existe pas une organisation particulière pour les enfants vivant avec le VIH dans ce Centre de Santé. En effet, les EVVIH sont reçus en consultation au même titre que les adultes. Il faut noter que la prise en charge des enfants dans ce site n'est pas de grande envergure car il n'y a pas beaucoup d'enfants dans la cohorte. Il faut noter dans ce site, l'absence d'un Assistant Social et la disponibilité de 4 médiateurs mais qui ne sont pas encore

opérationnels. La dispensatrice des ARV est également chargée de dispenser les Antituberculeux. Il existe 02 Médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des EVVIH, 07 Sages-femmes et 01 Technicien de Laboratoire.

2.2.5. Le District sanitaire d'OUSSOUYE

❑ Présentation du District

Le DS d'Oussouye est limité au Nord par le DS de Diouloulou, à l'Est par le DS de Ziguinchor, à l'Ouest par l'Océan Atlantique et au Sud par la Guinée Bissau. Il s'étend sur 892 km² pour une population de 71714 habitants soit une densité de 80 habitants/km².

❑ Infrastructures sanitaires disponibles

Ce DS compte:

- 01 Centre de Santé
- 14 Postes de Santé
- 09 Cases de Santé
- 03 Officine de Pharmacie

❑ Organisation de la prise en charge des EVVIH dans le Centre de Santé

Il n'existe pas une organisation particulière pour les enfants vivant avec le VIH dans ce Centre de Santé. En effet, les EVVIH sont reçus en consultation au même titre que les adultes. Il faut noter que la prise charge des enfants dans ce site n'est pas de grande envergure car il n'y a pas beaucoup d'enfants dans la cohorte. Il faut noter dans ce site, l'absence d'un Assistant Social. La dispensation des ARV est assurée par un Aide Social. Deux Médecins généralistes, 07 Sages-femmes, 02 Médiateurs et 01 Technicien de laboratoire complètent la liste des ressources humaines impliquées dans la PEC des PVVIH.

2.2.6. L'Hôpital Régional de Ziguinchor

❑ Présentation de l'Hôpital

L'hôpital Régional de Ziguinchor a été construit en 1970 sur financement de la France par le biais du fond d'aide et de coopération. Il fut à l'origine une antenne chirurgicale pour accueillir les blessés lors de la guerre d'indépendance de la Guinée Bissau. Son extension en 1983 et 1988 a permis à cet établissement de pouvoir accueillir l'essentiel des Spécialités Médicales. Erigé en EPS de niveau 2, l'Hôpital régional constitue la structure de référence de la région voire de la sous-région. Il est doté d'un service de Pédiatrie dirigé par un Médecin pédiatre et dans lequel les enfants vivant avec le VIH font l'objet d'un suivi clinique.

❑ Organisation de la prise en charge des EVVIH au niveau de l'Hôpital

A l'hôpital régional, il y a deux (2) sites de consultations pour les PVVIH: un site pour les Adultes et un site pour les Enfants. La prise en charge des EVVIH se fait tous les mercredis. En général les rendez-vous sont fixés tous les deux (2) mois pour la consultation et renouvellement de la prescription des ARV et tous les trois (3) mois pour la diversification alimentaire. Mais en cas d'urgence, l'enfant n'attend pas le rendez-vous. Le Médecin Pédiatre reçoit en moyenne 5 EVVIH par rendez-vous. Etant le seul Pédiatre de l'Hôpital, il ne démarre la consultation des EVVIH qu'après avoir terminé la visite des enfants hospitalisés. Ce qui peut expliquer le retard dans le démarrage

de la consultation de ces EVVIH. Les ressources humaines impliquées dans la PEC des EVVIH sont: 01 Médecin Pédiatre, 02 Gynécologues, 06 Sages-femmes, 01 Infirmière Major surveillante de service de la Pédiatrie, 01 Pharmacien dispensateur secondé par 01 Préparateur en Pharmacie et 01 Médiatrice, 03 Assistants Sociaux et 01 Sociologue en stage et les Agents de laboratoire.

Tableau I: Répartition des catégories socio-professionnelles selon la structure sanitaire

Catégories socio-professionnelles	Structures sanitaires					CHRZ
	DS Ziguinchor	DS Bignona	DS Diouloulou	DS Oussouye	DS Thionck-Essyl	
Médecin Généraliste	01	02	02	02	01	01
Pédiatre	0	01	0	0	0	01
Gynécologue	0	0	0	0	0	02
Dispensateur	02	02	01	01	01	02
Assistant Social	01	01	0	0	0	03
Sages-femmes	17	15	07	07	08	06
Médiateur	04	02	04	02	0	03
Biologistes	01	0	0	0	0	02
Technicien de labo	01	01	01	01	01	01
Technicien supérieur en Biologie	01	0	0	0	01	03

CHAPITRE III: CADRE THEORIQUE

3.1. Problématique

3.1.1. Enoncé du problème

Grâce à l'intensification des services de prévention du VIH, une baisse de 58% du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants a été enregistrée entre 2001 et 2013 dans le monde.

Cependant, malgré ces progrès notables, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH dans le monde reste à un niveau inacceptable. En effet, environ 240 000 enfants ont été infectés par le VIH en 2013 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Or le risque qu'une femme enceinte vivant avec le VIH transmette le virus à son enfant peut être réduit à 5% (ou moins) si elle a accès à une thérapie antirétrovirale efficace pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Cependant, en 2013, seulement 67% de ces femmes enceintes avaient accès aux ARV. Ce qui constitue un réel danger pour les enfants si l'on sait que la voie principale de contamination des enfants est la transmission mère-enfants. C'est pourquoi, **l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants** est l'une des priorités de l'ONUSIDA qui, en 2011, avec ses partenaires, a lancé un nouveau plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015.

A côté de l'élimination des nouvelles infections chez les enfants, des défis majeurs restent à relever pour assurer l'accès des EVVIH à une thérapie antirétrovirale efficace. Parmi ces défis nous pouvons citer:

-le diagnostic tardif du VIH chez les enfants : en 2013, seulement 42% des enfants exposés au virus ont subi des tests de détection dans les deux mois suivant leur exposition [18]. Cela s'explique en grande partie par une technologie de laboratoire complexe qui n'est disponible que dans les laboratoires centraux. En outre, la communication des résultats peut prendre un certain temps, ce qui signifie que les familles ne reviennent pas toujours les chercher donc n'apprennent jamais le statut sérologique de leur l'enfant. Cela rend impossible l'accès à un traitement salvateur;

-l'accès insuffisant des enfants à un traitement antirétroviral: les nouvelles lignes directrices de l'OMS recommandent la mise en place d'un traitement ARV pour tous les enfants de moins de cinq ans dépistés comme séropositifs [18]. Or, en 2013, environ 24% seulement des enfants de moins de 15 ans éligibles au traitement avaient accès aux antirétroviraux. Plusieurs obstacles se dressent contre l'accès à ces médicaments: éloignement des centres de santé, stigmatisation, difficultés liées à l'administration du traitement à l'enfant, manque de formation et de soutien à l'intention des familles, des soignants, nombre limité de formes pharmaceutiques mises au point spécifiquement pour les enfants...etc.;

-les formes pharmaceutiques d'ARV destinées aux enfants inadaptées: les traitements ARV destinés aux enfants sont efficaces mais peuvent être compliqués. En effet ils peuvent nécessiter la prise de comprimés et de liquides dont certains sont difficiles à avaler et peuvent avoir un goût désagréable. Certains médicaments doivent être conservés au frais. La quantité de médicaments à transporter et à stocker est une préoccupation pour les familles. En effet un approvisionnement de médicaments pédiatriques pour trois mois nécessite plusieurs bouteilles de liquides ou de boîtes qui sont lourdes à transporter. Aussi dans les pays à revenu élevé, le marché

des ARV pédiatriques a presque disparu du fait que les nouvelles infections à VIH pour cette population ont été pratiquement éliminées. En conséquence, l'incitation pour les entreprises à développer des formulations pour enfants s'est réduite.

-**l'accompagnement psychosocial**: lorsque qu'un enfant est normalement pris en charge, il se rétablit bien et peut avoir une vie normale, heureuse et en bonne santé, tout comme n'importe quel autre enfant. Cependant les EVVIH, peuvent être victimes de discrimination à la maison, à l'école et dans la communauté.

3.1.2. Ampleur du problème

La pandémie du sida est devenue, en l'espace d'un quart de siècle, un problème de développement pour la quasi-totalité des pays africains. En effet, elle touche la tranche de la population la plus productive et affecte tous les secteurs d'activités socio-économiques. Par son ampleur, l'épidémie apparaît comme une véritable menace pour le devenir des populations africaines et particulièrement les enfants qui représentent l'une des franges de la population la plus vulnérable [24].

En 2013, l'ONUSIDA estimait à 240 000, le nombre d'enfants de moins de 15 ans nouvellement infectés par le VIH dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, soit environ 658 enfants infectés par jour.

Sur un total de 3 200 000 enfants vivant avec le VIH dans le monde, 2 900 000 sont recensés en Afrique subsaharienne, soit une proportion d'environ 91%. [17,18]. On constate également des retards dans la couverture pédiatrique, avec un enfant sur quatre bénéficiant d'une TAR, contre un adulte sur trois soit 37% des adultes vivant avec le VIH, contre à peine plus de 23% des enfants, bénéficiaient d'un TAR en 2013.

En 2013, selon l'ONUSIDA [25], le Sénégal comptait environ 5 400 [4300 - 6900] enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH, et 20 000 [18000 – 24000] femmes âgées de plus de 15 ans vivant avec le VIH, 1088 nouvelles infections et 481 décès. Sur le plan de la prise en charge, 34% des enfants éligibles au Traitement antirétroviral sont traités contre 66% pour les adultes [26].

3.1.3. Conséquences du problème

Une prise en charge inadéquate des EVVIH peut entraîner plusieurs conséquences:

- une augmentation du taux de mortalité infanto-juvénile,
- une augmentation du taux de morbidité due au sida,
- une augmentation de l'absentéisme scolaire,
- un accroissement du taux d'orphelins
- et une baisse de la scolarisation liée aux infections opportunistes répétées et au double statut d'enfant orphelin et infecté

L'espérance de vie une fois que le séropositif développe le sida est de 6 à 18 mois [10] si aucun traitement ARV n'est introduit. Le sida provoque une précarité socioéconomique par une diminution de la productivité individuelle et déstabilise l'économie familiale déjà chancelante. Dans ces conditions, la famille est incapable de répondre aux multiples exigences financières dues aux maladies et aux hospitalisations répétitives. D'où, la nécessité d'aider la famille à jouer son rôle de soutien sans que cela ne fragilise davantage les membres survivants.

L'irruption du sida aggrave la situation sanitaire préexistante dans la mesure où le VIH réactive la propagation de pathologies déjà menaçantes telles que la tuberculose, le paludisme, et la malnutrition protéino-calorique.

Même si les progrès scientifiques et la prise en charge ont permis d'améliorer la situation clinique et la survie, du moins pour un sous-groupe d'enfants, cette maladie demeure toujours fatale et a des répercussions psychologiques énormes sur toute la famille.

Pour les enfants infectés, si le diagnostic et la PEC sont tardifs, la chance de survie est fortement réduite. Ces enfants infectés présentent un retard de croissance somatique et de développement psychique, un retard voire absence de scolarisation, un accès limité aux soins de santé et aux services sociaux. Ils sont le plus souvent victimes de négligence et d'abandon dans les foyers menant à toutes sortes d'abus.

Ainsi, à la complexité des problèmes biomédicaux de l'infection au VIH et du sida de l'enfant, s'ajoutent les problèmes sociaux lourds touchant autant l'enfant infecté, la fratrie épargnée que les parents souvent malades.

Un aspect particulièrement lourd du sida de l'enfant est que la mère infectée observe les souffrances de son enfant et l'accompagne jusqu'à la mort sachant que ce même processus l'atteindra éventuellement. A l'intérieur d'une famille infectée, tous les membres de la famille partagent les mêmes inquiétudes, la même réalité et le même avenir incertain. Pour tous, la perspective est sombre : ceux qui sont infectés se voient confrontés à la perte éventuelle de leur vie et ceux qui ne sont pas infectés devront assumer la perte d'un ou de plusieurs membres de leur famille.

Ainsi le gouvernement du Sénégal, dans le cadre de la mise en place d'une stratégie multisectorielle de lutte contre le sida, a fait de la question des enfants vulnérables une véritable priorité.

C'est dans cet esprit que s'inscrit cette étude dont les résultats permettront de mieux orienter les actions de soutien à apporter à cette frange de la population très vulnérable.

3.2. Justification et Intérêt

3.2.1. Justification

Le problème de l'infection à VIH est d'actualité. Du nord au sud il est devenu une préoccupation de tous les gouvernements parce qu'il touche une forte proportion de la population mondiale sans distinction de classe d'âge, de sexe, ou de classe sociale. Par ailleurs, le VIH/sida est une maladie infectieuse donc « évitable », chacun devrait prendre « son bâton de pèlerin » et mener une lutte afin de freiner sa propagation.

Selon l'ONUSIDA, on estime que près de 5389 enfants vivaient avec le VIH en 2013 au Sénégal dont 3252 sont éligibles au TARV. Parmi ces enfants éligibles, seuls 823 recevraient un traitement ARV soit une proportion de 25,31%. Sur ces 823 enfants recevant un TAR, 383 sont suivis en dehors de la capitale soit une proportion 46,54%. Ce qui signifie que plus de 50% de ces enfants sont suivis à Dakar. Malgré les efforts de décentralisation de la prise en charge qui ont permis d'élargir l'accès aux ARV, la prise en charge des EVVIH connaît des difficultés multiples: problèmes socio-économiques des familles, déficits en ressources humaines qualifiées, disponibilité et accessibilité très limitée du suivi virologique, disponibilité limitée de formes adaptées d'ARV... etc. C'est ainsi que le Plan Stratégique de lutte contre le sida 2014-2017 s'engage, conformément aux recommandations de l'OMS de 2013, dans la prise en charge globale des enfants vivant avec le VIH/sida.

Voilà autant de raisons qui ont fait que la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH a retenu notre attention.

3.2.2. Intérêt

Notre étude revêt plusieurs intérêts parmi lesquels nous pouvons citer:

✓ **Pour le MSAS**

La PEC des EVVIH est une priorité du Ministère de la santé

✓ **Pour la Région Médicale de Ziguinchor et la DLSI**

Le fruit de ce travail devrait permettre à la Région Médicale de Ziguinchor et à la DLSI de savoir si les activités de PEC des EVVIH sont conformes à celles indiquées dans le protocole national de PEC des PVVIH, afin de réajuster d'éventuelles imperfections. Il éclairera aussi la lanterne d'autres acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/sida.

✓ **Pour les études ultérieures**

Ce document pourra servir également pour des études ultérieures comme base de recherche;

✓ **Pour le CESAG**

Cette étude permettra d'enrichir sa Bibliothèque mais d'établir un partenariat avec la Région médicale de Ziguinchor dans le cadre de renforcement des capacités des prestataires en matière de gestion.

✓ **Pour moi**

Ce travail m'a permis de mettre en pratique les compétences acquises lors de la formation au CESAG et de pouvoir aspirer à occuper d'autres responsabilités en rapport avec cette formation.

3.3. But et Objectifs de l'étude

3.3.1. But

Le but de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH/sida dans la région de Ziguinchor.

3.3.2. Objectifs

Objectif général

L'objectif général est d'analyser dans sa globalité, la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH dans la région de Ziguinchor.

Objectifs spécifiques

- Identifier les problèmes rencontrés par les parents dans le suivi des EVVIH;
- Identifier les problèmes rencontrés par les prestataires impliqués dans la PEC des EVVIH;
- Proposer des solutions aux problèmes identifiés.

3.4. Cadre conceptuel

3.4.1. Définition et explications des concepts

Nous tenons à opérationnaliser les expressions de base que comporte notre recherche car les mots peuvent revêtir des particularités qui se poseraient en obstacle, si tout au départ, il n'y a pas de connivence entre l'auteur et le lecteur à ce propos. Cette étape est indispensable à la compréhension d'une recherche car les mots n'ont de sens que dans un contexte bien déterminé. Les concepts ou mots clés que nous allons expliquer ici sont:

a. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus qui affaiblit le système immunitaire, conduisant à terme au sida. VIH signifiant virus de l'immunodéficience humaine, il est redondant de parler de virus VIH. [19]

b. Syndrome de l'immunodéficience acquise (sida)

Le sida est une définition épidémiologique fondée sur des signes cliniques et des symptômes. On décrit souvent le sida comme une « maladie mortelle incurable », mais cette formulation peut effrayer et augmenter le risque de stigmatisation et de discrimination. On peut aussi le présenter comme une « maladie chronique gérable, au même titre que l'hypertension ou le diabète », mais cela pourrait laisser croire qu'il s'agit d'une maladie moins grave qu'on ne le pensait. Il est préférable d'en donner la description suivante : le sida est causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui détruit la capacité du corps humain à combattre l'infection et la maladie, ce qui, en dernier ressort, peut entraîner la mort. La thérapie antirétrovirale ralentit la réplication du virus et peut grandement améliorer la qualité de la vie, mais elle n'élimine pas l'infection par le VIH [19].

c. Épidémie peu active

C'est une épidémie où la prévalence de l'infection à VIH n'a pas dépassé 1 % dans la population générale au niveau national et n'a pas dépassé 5 % dans les différentes sous-populations [19].

d. Epidémie concentrée

Lors d'une épidémie concentrée, le VIH se propage rapidement au sein d'une ou de plusieurs populations, sans s'installer dans la population générale. La prévalence est habituellement supérieure à 5 % dans les sous-populations, contre moins de 1 % dans la population générale. Ces seuils doivent toutefois être interprétés avec prudence. Une épidémie concentrée de VIH laisse la possibilité de faire porter les efforts de prévention, de traitement, de prise en charge et d'accompagnement du VIH sur les sous-populations les plus touchées, tout en reconnaissant qu'aucune sous-population n'est entièrement imperméable [19].

e. Epidémie généralisée

Une épidémie généralisée de VIH est une épidémie qui perdure par transmission hétérosexuelle. Dans ce cas, la prévalence du VIH est généralement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes bénéficiant d'un suivi prénatal [19].

f. Hyperendémie

Elle qualifie une épidémie généralisée qui présente une prévalence élevée et durable atteignant habituellement 15% ou davantage chez les femmes enceintes bénéficiant d'un suivi prénatal [19].

g. Test de dépistage du VIH

Les tests de dépistage du VIH, ou tests de VIH, sont essentiels tant pour les programmes de prévention que de traitement. Le principe des trois C reste le fondement de la réalisation de tout test individuel de dépistage du VIH. Le test doit être confidentiel, s'accompagner de conseils et n'être effectué qu'avec le consentement éclairé de la personne. En d'autres termes, il doit être volontaire et réalisé en connaissance de cause [19].

h. Statut sérologique

Expression générique indiquant la présence ou l'absence d'anticorps dans le sang. Elle est souvent utilisée pour désigner le statut des anticorps du VIH [19].

i. Orphelin et Enfant vulnérable au VIH (OEV)

- ✓ Un OEV est une personne âgée de moins de 18 ans,
- ✓ Qui est infecté ou non par le VIH/sida,
- ✓ Dont un des parents au moins est infecté par le VIH ou décédé,
- ✓ Vivant dans un milieu affecté par le VIH/sida ou à risque,
- ✓ Dont la santé, l'éducation, la socialisation sont compromises ou insuffisamment sauvegardées [5].

j. Enfant affecté par le VIH/sida

Les enfants affectés par le VIH/sida sont tous les enfants qui subissent l'impact psychosocial de la maladie. Ce terme recouvre tous les enfants infectés, orphelins du fait du VIH/sida, les autres enfants dont les parents sont malades et qui de ce fait, doivent renoncer prématurément à leur enfance pour assumer la responsabilité de leurs foyers, abandonner l'école, travailler, élever leurs frères et sœurs plus jeunes et prendre soins de leurs parents et d'autres membres de la famille.

k. Enfant infecté par le VIH

C'est tout enfant diagnostiqué positif au VIH, que ce diagnostic soit précoce (par PCR) ou tardif par une sérologie rétrovirale.

l. Enfant Vivant avec le VIH (EVVIH)

Pour des raisons didactiques, nous regroupons sous ce terme tous les enfants infectés par le VIH, qu'ils soient sous ARV ou non mais également les enfants exposés au VIH qui sont suivis dans la cadre de la PTME.

m. Notion de qualité

La norme internationale ISO 8402, 1994, définit le terme de qualité comme étant « L'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites » [9].

n. Vulnérabilité

C'est un Phénomène englobant l'inégalité des chances, l'exclusion sociale, le chômage ou la précarité et les autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui rendent une personne plus susceptible d'être infectée par le VIH et de développer le sida. Les facteurs de vulnérabilité peuvent réduire la capacité des individus et des communautés à se protéger du risque de VIH et sont souvent indépendants de leur volonté. Citons par exemple: le manque de connaissances et d'aptitudes nécessaires pour se protéger et protéger les

autres; le manque d'accessibilité, de qualité et de couverture des services; divers facteurs liés à la société tels que les violations des droits de l'homme ou les normes culturelles et sociales. Parmi ces normes, il y a les pratiques, les croyances et les lois qui stigmatisent et marginalisent certaines populations, limitant leur capacité à accéder ou à utiliser les services et produits de base en matière de prévention, de traitement, de prise en charge et d'accompagnement du VIH. Seuls ou combinés, ces facteurs peuvent créer ou accroître la vulnérabilité individuelle et collective au VIH [19].

3.4.2. Particularités de l'infection à VIH chez l'enfant

3.4.2.1. Épidémiologie du VIH chez l'enfant

3.4.2.1.1. Historique

- Les premiers signes de l'épidémie remontent à la fin des années **1980**, lorsque des médecins de New York et de San Francisco s'aperçoivent que beaucoup de leurs patients homosexuels souffrent d'asthénie, de perte de poids et parfois même de formes rares et atypiques de cancer (comme le sarcome de kaposi).
- L'existence d'un problème sanitaire est avérée en juillet **1981** lorsque le Center for Diseases Control and Prevention (CDC) d'Atlanta relève une fréquence anormalement élevée de pneumonies à *Pneumocystis jiroveci* et de Sarcomes de kaposi.
- En mai **1983**, l'équipe de Jean-Claude Chermann de l'Institut Pasteur décrit pour la première fois le virus responsable de la maladie qu'on nomme "Lymphadenopathy Associated Virus" ou LAV (futur VIH-1).
- Le LAV2 (futur VIH2) est isolé en **1985** en Afrique de l'Ouest par des équipes Françaises et Américaines en collaboration avec l'équipe du Professeur Souleymane MBOUP du Sénégal.
- En **1986**, la communauté scientifique adopte le VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine) à la place de LAV.
- En Afrique, le sida de l'adulte a été décrit pour la première fois au début des années 80. Les premiers cas de sida pédiatrique ont été observés dans les services hospitaliers de l'Afrique de l'Est entre le début et le milieu des années 80. Au Rwanda et en République Démocratique du Congo (à Kinshasa), les premiers cas de SIDA pédiatrique ont été identifiés entre 1983 et 1984 dans les services hospitaliers et plus tard lors d'études sur la séroprévalence et la TME. En Ouganda, des observations de SIDA pédiatrique ont été rapportées en 1985 et dans une clinique spécialisée débutée en 1988.
- Au milieu des années 1980, des études longitudinales de cohorte ont été initiées dans plusieurs villes africaines, dont Kigali, Kampala, Kinshasa, Nairobi et Blantyre, afin d'étudier, entre autres, le taux de la TME et l'histoire naturelle de l'infection à VIH chez les enfants exposés ou infectés.

3.4.2.1.2. Ampleur de l'épidémie à VIH/sida de l'enfant en Afrique subsaharienne

Le taux élevé de l'infection à VIH de l'enfant en Afrique résulte directement du taux élevé de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et de l'importance de la TME.

A la fin de 2003, des 40 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 70 % vivaient en Afrique subsaharienne dont 60 % étaient des femmes. Le taux de l'infection chez la femme enceinte en Afrique allait de 1 % au Sénégal à plus de 40 % au Botswana. Des 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde, au moins 90 % vivent

en Afrique subsaharienne. L'ONUSIDA a estimé qu'en 2013 le nombre de nouvelles infections pédiatriques à VIH dans le monde s'élevait à 240 000.

3.4.2.1.3. Impact de l'épidémie de SIDA sur l'enfant

En Afrique, plus de 400 000 enfants de moins de 15 ans sont morts de SIDA en 2003. La mortalité infantile chez les nourrissons et les jeunes enfants, nés de mères infectées par le VIH est 2 à 5 fois supérieure à celle des enfants nés de mères non infectées par le VIH.

Il existe plus de 13 millions d'orphelins dans le monde ayant perdu l'un de leurs parents ou les deux, des suites du sida. Jusqu'en 2010, le nombre d'enfants orphelins du sida s'élèverait à plus de 25 millions.

L'impact du sida sur les familles et les communautés affecte également les enfants non orphelins. Les enfants sont les premiers à souffrir de l'aggravation de la pauvreté, entraînée par la maladie et le décès des parents. Ils souffrent de détresse mentale, psychologique et sociale et de difficultés matérielles de plus en plus grandes. L'enfant peut devenir la personne qui s'occupe des soins de ses parents malades ou mourants, être obligé d'abandonner ses études ou de les interrompre, et être victime de discrimination ou de sévices tant corporels que sexuels.

3.4.2.1.4. Mode de transmission du VIH

Il existe divers modes de transmission du VIH aux enfants dont la TME, la transmission sexuelle chez les adolescents, les sévices sexuels aux enfants, la transfusion de produits sanguins infectés, les techniques d'injection non aseptiques et la scarification. La TME est de loin le mode de transmission le plus répandu.

En Afrique, plus de 95 % des nourrissons infectés par le VIH ont été contaminés par leur mère au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement ou pendant l'allaitement. Sans aucune intervention, 30 % à 40 % des femmes séropositives et qui allaitent transmettent le VIH à leurs nouveau-nés. Les facteurs de risque liés à la TME sont d'ordre maternel et infantile.

Les facteurs maternels

- Les femmes ayant une charge virale élevée risquent davantage de transmettre le VIH à leurs enfants,
- Les femmes présentant une grave immunosuppression (numération des lymphocytes CD4 inférieure à 200) et celles souffrant d'une maladie avancée ont un risque accru de transmettre le VIH à leurs nourrissons.
- Les carences maternelles en micronutriments augmentent sensiblement le risque de la TME du VIH.
- La rupture prolongée des membranes, la chorioamniotite et les IST augmentent sensiblement le risque de la TME.
- Au cours de l'allaitement, les crevasses et les abcès du sein augmentent sensiblement le risque de la TME.
- Le VIH1 est plus facilement transmis d'une mère infectée à son enfant que ne le soit le VIH2.

Les facteurs infantiles

Les facteurs infantiles de risque pour la TME sont les suivants:

- La prématurité.
- L'allaitement.
- Le muguet et les ulcérations buccales.
- Le monitoring invasif du fœtus au cours de l'accouchement.

- L'ordre de naissance (premier jumeau) en cas de grossesses gémellaires [23].

3.4.2.2. Histoire naturelle du VIH chez l'enfant

L'évolution clinique de l'infection pédiatrique à VIH est plus rapide que chez l'adulte.

L'histoire naturelle de l'infection à VIH des enfants en période périnatale peut être classée en trois catégories:

- **1ère catégorie:** les progressateurs rapides qui, ayant acquis l'infection in utero ou au cours de la période périnatale précoce, décèdent avant l'âge d'un an (environ 25 % à 30 %).
- **2ème catégorie :** les enfants qui développent précocement des symptômes, suivis d'une dégradation rapide de l'état clinique et du décès entre 3 et 5 ans (environ 50 % à 60 %).
- **3ème catégorie:** les survivants à long terme du sida qui vivent au-delà de l'âge de 8 ans (environ 5 % à 25%).

Comparativement aux enfants des pays développés, le taux de mortalité plus élevé chez les enfants africains infectés par le VIH tient à diverses raisons : infections intercurrentes, malnutrition, accès limité aux soins et au traitement et surtout aux ARV, médicaments qui ont entraîné des améliorations considérables à la survie des enfants dans les pays développés [23].

3.4.2.3. Manifestations cliniques

Les bébés naissent avec un système immunitaire immature et immunologiquement naïf, ce qui les prédispose à une fréquence accrue d'infections bactériennes. Les effets immunodépresseurs du VIH s'ajoutent à ceux d'un système immunitaire immature. Les nourrissons infectés par le VIH ont donc un risque particulièrement élevé d'infections bactériennes invasives.

Les maladies et les affections infantiles communes sont plus fréquentes chez les enfants infectés par le VIH et affichent un taux de létalité supérieur à celui des enfants non infectés. Ces infections sont, entre autres, la diarrhée, les infections aiguës des voies respiratoires basses, l'otite moyenne aiguë suppurée, la sinusite et le retard de croissance staturo-pondérale [23].

3.4.2.4. Classification clinique du SIDA chez l'enfant selon L'OMS

La classification clinique représente une méthode standardisée permettant d'évaluer l'évolution de la maladie et de prendre des décisions relatives au traitement.

L'infection à VIH se classe selon des paramètres cliniques et biologiques. Il existe deux systèmes internationaux de classification clinique permettant de classer la gravité de l'infection à VIH chez les enfants: la classification clinique des Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) et la classification clinique pédiatrique de l'OMS. Bien que la classification clinique CDC soit plus largement utilisée dans des contextes relativement avancés de soins pédiatriques du VIH en Afrique, la classification pédiatrique de l'OMS, récemment développée, qui se rapporte à des entités cliniques plus facilement identifiables, sera peut-être plus appropriée dans la majorité des contextes de soins du VIH en Afrique subsaharienne.

Cette classification pédiatrique révisée de l'OMS (2006) répartit les enfants infectés par le VIH en quatre catégories suivant le stade clinique de la maladie [23]. Le tableau suivant montre cette classification de l'OMS.

Tableau II: Classification clinique du SIDA chez l'enfant selon l'OMS (2006)

Stades cliniques	Manifestations cliniques
Stade clinique pédiatrique 1	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique • Lymphadénopathie persistante généralisée (LPG)
Stade clinique pédiatrique 2	<ul style="list-style-type: none"> • Hépatosplénomégalie persistante inexplicquée • Infection à Virus du Papillome Humain encore appelé HPV étendue, faciale de plus de 5% de la surface corporelle ou entraînant une défiguration • Eruptions de papules prurigineuses • Mycoses des ongles • Erythème gingival linéaire • Molluscum contagiosum étendus (> 5 % de la surface corporelle/faciale) • Ulcérations buccales récurrentes (> 2 épisodes/6 mois) • Parotidomégalie persistante inexplicquée • Herpes zoster • Infection récurrente ou chronique des voies respiratoires supérieures (IVRS) : Otite moyenne, otorrhée, sinusite, tonsillite (> 2 épisodes/6 mois)
Stade clinique pédiatrique 3	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrition modérée inexplicquée (score -2 SD ou score Z) ne répondant pas à une thérapie standard • Diarrhée persistante inexplicquée (≥ 14 jours) • Fièvre persistante inexplicquée (intermittente ou constante, > 1 mois) • Candidose buccale persistante (en dehors des 6-8 premières semaines de vie) • Leucoplasie orale chevelue • Adénopathie tuberculeuse • Tuberculose pulmonaire • Pneumonie sévère ou récurrente, présumée bactérienne (épisode en cours plus au moins un autre épisode dans les 6 mois précédents) • Gingivite ulcéro-nécrotique/parodontite aigue • Pneumopathie lymphoïde interstitielle (PIL) • Maladie pulmonaire chronique associée au VIH, dont bronchectasie • Episodes inexplicqués d'anémie (< 8 g/dL), de neutropénie (< 1 000/mm³) ou de thrombocytopénie (< 50 000/mm³) pendant > 1 mois. • Myocardiopathie liée au VIH • Néphropathie liée au VIH

<p>Stade clinique pédiatrique 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amaigrissement sévère ou malnutrition sévère inexplicables (comme défini dans les recommandations PCIME de l'OMS) ne répondant pas à une thérapie standard • Pneumonie à pneumocystis • Infections bactériennes sévères récurrentes présumées : empyème, pyomyosite, infection de l'os ou des articulations, méningite mais à l'exception de la pneumonie (épisode en cours plus au moins un autre épisode dans les 6 mois précédents) • Infection à HSV chronique bucco-labiale, cutanée ou viscérale (durée >1 mois) • Tuberculose extrapulmonaire • Sarcome de Kaposi • Candidose œsophagienne (ou candidose de la trachée, des bronches ou des poumons) • Toxoplasmose cérébrale (en dehors de la période néonatale) • Cryptococcose extrapulmonaire dont méningite • Toute mycose endémique généralisée (histoplasmoses extrapulmonaire, coccidiomycose, pénicilliose) • Cryptosporidiose ou isosporose (avec diarrhée > 1 mois) • Infection à CMV de la rétine ou d'un autre organe et apparition à > 1 mois d'âge • Maladie mycobactérienne généralisée autre que la tuberculose • Fistule vésico-rectale acquise associée au VIH • Lymphome cérébral ou lymphome B non Hodgkinien • Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) • Encéphalopathie à VIH

3.4.2.5. Classification immunologique du VIH/SIDA chez l'enfant

Le CDC a également développé un système de classification immunologique basé sur la numération des lymphocytes CD4 en fonction de l'âge et de l'état du système immunitaire: absence d'immunodépression, immunodépression modérée ou immunodépression sévère [23].

Tableau III: Classification immunologique du VIH/SIDA selon le taux de CD4 et l'âge de l'enfant

Catégorie immunologique	Age		
	<1 an	1 an à 5 ans	6 ans à 12 ans
	CD4/mm ³ (%)	CD4/mm ³ (%)	CD4/mm ³ (%)
Absence d'immunodépression	≥ 1 500 (≥ 25)	≥ 1 000 (≥ 25)	≥ 500 (≥ 25)
Immunodépression modérée	De 750 à 1 499 (15 à 24)	De 500 à 999 (15 à 24)	De 200 à 499 (15 à 24)
Immunodépression sévère	< 750 (< 15)	< 500 (< 15)	< 200 (< 15)

3.4.2.6. Diagnostic biologique du VIH chez l'enfant

Les examens biologiques permettent de suspecter ou de confirmer la présence d'une infection à VIH. Il existe deux types d'examen biologiques: les tests sérologiques et les tests virologiques

3.4.2.6.1. Tests sérologiques :

Le dépistage du VIH se fait au moyen du test ELISA, de tests rapides et Western Blot pour la confirmation.

Les tests sérologiques représentent le test de dépistage du VIH le plus utilisé et apportent une preuve fiable de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 18 mois. Le dépistage d'anticorps anti-VIH est moins fiable chez les nourrissons de moins de 18 mois car ils peuvent encore être porteurs d'anticorps anti-VIH spécifiques acquis de la mère *in utero*. Les anticorps d'une mère séropositive pour le VIH sont éliminés de l'organisme du nourrisson (séroréversion) pendant une durée pouvant aller jusqu'à 18 mois. Chez la majorité des enfants non infectés et non allaités, la séroréversion se fait au 15^{ème} mois, mais chez un petit nombre (1 % à 18 % selon les études), elle ne se fera pas avant le 18^{ème} mois.

Malgré ces limites, le dépistage du VIH par test ELISA et les tests rapides constitue l'une des méthodes les plus largement disponibles et apporte une preuve de l'exposition (ou excluent cette dernière).

3.4.2.6.2. Tests virologiques : la détection de l'ADN du virus par PCR, la détection de l'ARN comprenant la charge virale, la recherche du complexe immun dissocié de l'antigène p24 et la culture de cellules mononucléaires du sang périphérique.

- **Détection de l'antigène p24**

La protéine p24 vient des protéines de la capsid du virus. La détection de l'antigène p24 est la preuve définitive de l'infection à VIH. Les recherches de l'antigène p24 font appel à des techniques pouvant être utilisées dans la plupart des laboratoires équipés pour le diagnostic de routine. Ces épreuves peuvent aussi servir pour le diagnostic du VIH chez l'enfant de moins de 18 mois. Malgré la très grande spécificité des tests de première génération, leur sensibilité était plus faible que celle des analyses d'amplification d'ADN par PCR et d'ARN.

- **Détection de l'ADN du VIH par PCR**

Les analyses d'ADN par PCR amplifient les séquences de l'ADN proviral du VIH dans les cellules mononucléaires circulant dans le sang périphérique. Dans les pays développés, les résultats de ce type d'analyses représentent la norme acceptée pour le diagnostic de l'infection à VIH au cours de l'enfance.

Après les premières 4 à 6 semaines, la sensibilité et la spécificité des tests de détection de l'ADN viral par PCR approchent les 100 %, sauf chez les bébés ayant continué à être exposés au VIH par l'allaitement.

Cependant, quelques problèmes sont liés aux techniques d'amplification d'ADN par PCR: les échantillons de sang de plusieurs patients sont fréquemment testés en lots, ce qui permet de réduire les coûts, mais retarde l'annonce des résultats. Les tests de détection de l'ADN viral par PCR sont coûteux et nécessitent un équipement de laboratoire spécialisé et un personnel qualifié.

- **Culture du VIH**

L'analyse du virus du VIH en culture de cellules mononucléaires du sang périphérique était considérée comme le critère de référence pour la détection du VIH. Cette analyse a une sensibilité inférieure à celle des autres tests décrits ci-dessus et devra s'effectuer dans les laboratoires de recherche [23].

3.4.3. Recommandations internationales de prise en charge pédiatrique du VIH

3.4.3.1. Dépistage des enfants vivant avec le VIH

- **Dépistage du nourrisson et du jeune enfant**

Chez le nourrisson et le jeune enfant âgés de moins de 18 mois exposés au VIH, un dépistage doit être réalisé dans les quatre à six semaines suivant la naissance de sorte que ceux qui sont déjà infectés par le VIH puissent commencer un TARV. Dans cette population, seul un test virologique peut permettre de confirmer définitivement une infection à VIH, car les anticorps maternels anti-VIH persistent chez l'enfant jusqu'à l'âge de 15 à 18 mois. Actuellement, les tests virologiques sont le plus souvent effectués sur des échantillons de gouttes de sang séché (en anglais Dried Blood Spot, DBS) collectés sur les sites puis transportés et analysés dans des laboratoires centralisés. Le diagnostic final (ou diagnostic définitif) doit être réalisé à la fin de la période de risque de transmission de la mère à l'enfant (période d'allaitement au sein). Après arrêt de l'exposition, un test de recherche des anticorps anti-VIH négatif chez un nourrisson ayant été exposé de manière connue au VIH peut être utile pour exclure une infection à VIH.

Chez l'enfant âgé de 18 mois et plus (qui n'a pas été allaité au sein ou qui n'est plus allaité au sein depuis au moins six semaines), les tests sérologiques standard comme les tests diagnostiques rapides peuvent être utilisés pour déterminer de manière fiable le statut par rapport au VIH.

L'OMS recommande un *counseling* suivi d'un dépistage du VIH à l'initiative du prestataire chez tout enfant présentant une malnutrition ou une tuberculose et qui est admis à l'hôpital ou tout enfant présentant d'autres signes ou symptômes d'infection à VIH. D'autres approches comme le dépistage de tous les enfants dans les programmes de vaccination pédiatrique ont été mises en œuvre dans certains contextes afin d'augmenter les chances d'identifier des enfants infectés par le VIH.

- **Dépistage de l'Adolescent**

Dans toutes les situations (épidémie généralisée, peu active ou concentrée), il est recommandé de réaliser chez les adolescents un conseil et un dépistage du VIH accompagnés de l'établissement de liens avec les services de prévention, de soins et de traitement [16].

3.4.3.2. Conditions de mise sous TAR chez les enfants vivant avec le VIH

Une TAR doit être mis en route chez tout enfant infecté par le VIH âgé de moins de cinq ans, quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique de l'OMS.

Un TAR doit être mis en route chez tout enfant infecté par le VIH âgé de cinq ans et plus dont le nombre de CD4 est ≤ 500 cellules/mm³, quel que soit le stade clinique de l'OMS.

Un TAR doit être mis en route chez tout enfant infecté par le VIH présentant une infection à VIH symptomatique sévère ou à un stade avancé (stade clinique de l'OMS 3 ou 4) quel que soit l'âge ou le nombre de CD4.

Un TAR doit être mis en route chez tout enfant âgé de moins de 18 mois chez qui un diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH a été posé [16].

3.4.3.3. Traitement antirétroviral chez les enfants infectés par le VIH

- **Chez le nouveau-né de mère séropositive**

Un nourrisson né d'une mère qui reçoit une TAR et allaité au sein doit recevoir une prophylaxie pour nourrisson par administration de NVP ou d'AZT selon le type de VIH pendant six semaines. Si le nourrisson reçoit une alimentation de remplacement, il doit recevoir une prophylaxie pour nourrisson par administration de NVP une fois par jour (ou d'AZT deux fois par jour) pendant quatre à six semaines. La prophylaxie pour nourrisson doit commencer à la naissance ou lorsque l'on prend connaissance après l'accouchement de l'exposition au VIH.

- **TAR de première intention chez l'enfant de moins de 3 ans**

Un schéma thérapeutique basé sur de la LPV/r doit être utilisé comme TAR de première intention chez tout enfant infecté par le VIH âgé de moins de trois ans (36 mois), qu'il ait ou non été exposé à un INNTI. S'il n'est pas faisable d'utiliser du LPV/r, le traitement doit être mis en route en utilisant un schéma thérapeutique basé sur de la NVP.

Lorsque le suivi de la charge virale est disponible, il peut être envisagé, une fois obtenue une suppression de la charge virale prolongée, de substituer le LPV/r par un INNTI.

Si l'enfant développe une tuberculose alors qu'il reçoit un schéma de TAR contenant de la NVP ou du LPV/r, il est recommandé d'utiliser comme option l'association ABC + 3TC + AZT. Une fois le traitement antituberculeux terminé, il faut arrêter ce schéma thérapeutique et reprendre le schéma thérapeutique initial.

Chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de trois ans infectés par le VIH, la base d'INTI à utiliser pour le TAR doit être composée d'ABC ou AZT + 3TC.

- **TAR de première intention chez enfant de plus de 3 ans**

Chez l'enfant infecté par le VIH âgé de trois ans et plus, l'EFV est l'INNTI privilégié pour le TAR de première intention et la NVP est l'option de remplacement.

Chez l'enfant infecté par le VIH âgé de trois ans et plus et de moins de 10 ans (chez l'adolescent pesant moins de 35 kg), la base d'INTI du schéma de TAR doit être constituée de (par ordre de préférence) : ABC + 3TC ou AZT ou TDF + 3TC (ou FTC).

Chez l'adolescent infecté par le VIH (âgé de 10 à 19 ans) pesant 35 kg ou plus, la base d'INTI du schéma de TAR doit être harmonisée avec celle utilisée chez l'adulte et constituée de : TDF + 3TC (ou FTC) ou AZT + 3TC ou ABC + 3TC.

- **TAR de deuxième intention chez l'enfant**

Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur un INNTI, il est recommandé d'utiliser comme TAR de deuxième intention un IP potentialisé plus deux INTI ; le LPV/r est l'IP potentialisé privilégié.

Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur du LPV/r, un enfant âgé de moins de trois ans doit continuer à recevoir son schéma thérapeutique de première intention et il faut mettre en place des mesures pour améliorer l'observance.

Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur du LPV/r, le traitement d'un enfant âgé de trois ans ou plus doit être changé pour un schéma thérapeutique de deuxième intention contenant un INNTI plus deux INTI ; l'EFV est l'INNTI privilégié [16].

3.4.4. Nouvelles lignes directrices de la TAR chez l'enfant vivant avec le VIH/SIDA au Sénégal

Depuis 2014, selon les recommandations internationales (OMS 2013), le Sénégal a adopté ces nouvelles lignes directrices.

3.4.4.1. Critères de démarrage du TARV chez l'enfant [16]

- ✚ Chez tous les enfants de moins de 5 ans quel que soit le stade clinique et le taux de CD4
- ✚ Chez l'enfant de plus de 5 ans si stade clinique 3 ou 4 OMS ou $CD4 \leq 500$
- ✚ En cas de co-infection TB/VIH
- ✚ En cas de co-infection HVB/VIH
- ✚ En cas de présomption clinique chez les enfants de moins de 18 mois exposés au VIH

3.4.4.2. Les Protocoles ARV chez l'enfant [14]

☐ Protocoles de première ligne

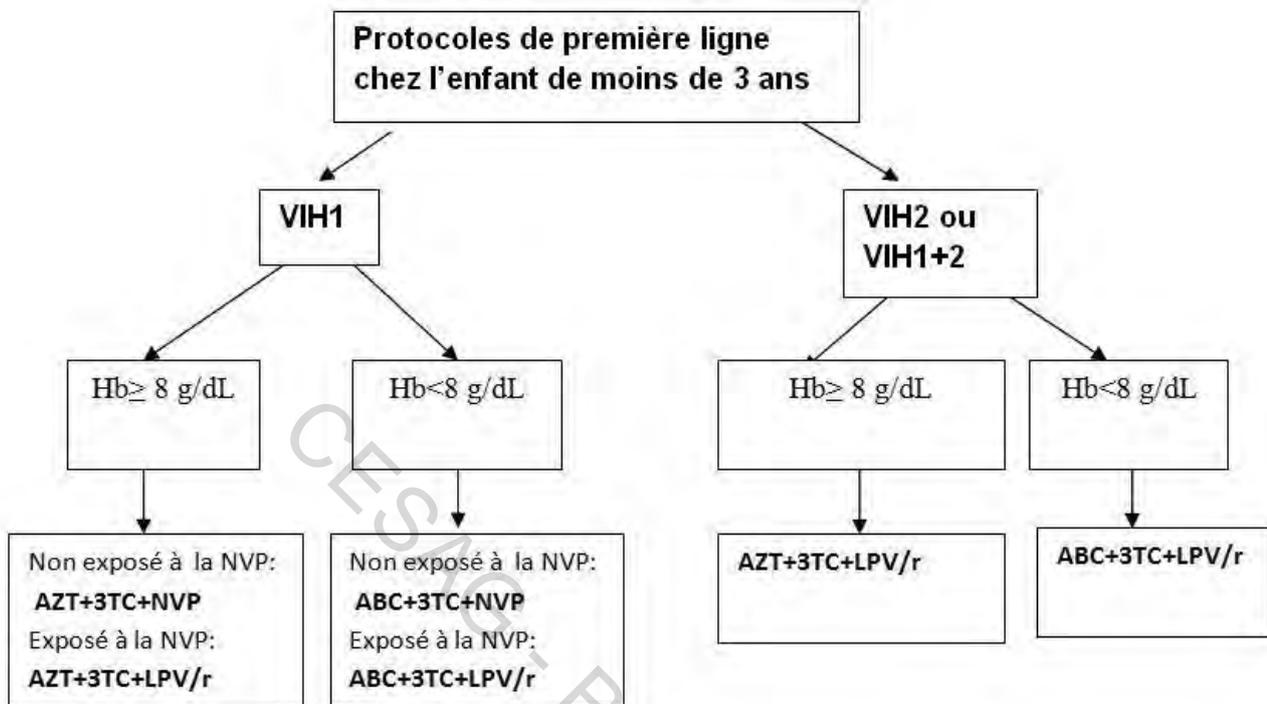


Figure 4: Protocoles TARV de première ligne chez l'enfant de moins de 3 ans

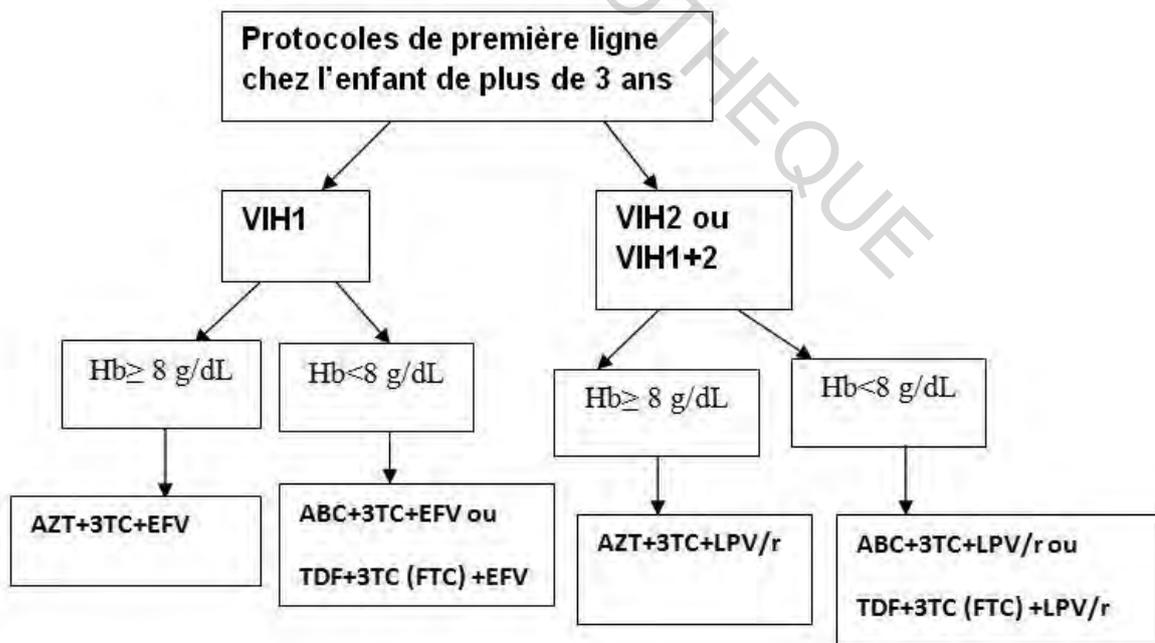


Figure 5: Protocoles TARV de première ligne chez l'enfant de plus de 3 ans

NB:

Si Hb<8 g/dL: ne pas donner l'AZT

Si clairance de la créatininémie <70: ne pas donner le TDF et adapter les doses des autres ARV

Si Transaminases> 2 fois la normale: ne pas donner la NVP.

Protocoles de deuxième ligne

Le passage en deuxième ligne dépend des critères ci-après:

- Echec clinique: c'est la survenue d'un événement clinique de stade OMS 4 (sauf l'IRIS et exceptions)
- Echec immunologique; c'est le retour du taux de CD4 à leur niveau de départ ou à un niveau plus bas ou la persistance de ce taux de CD4 inférieur à 100
- Echec virologique; c'est lorsque la charge Virale est supérieure à 1000 copies/ml

Le tableau suivant met en exergue les possibilités de choix de protocoles de deuxième ligne selon l'âge de l'enfant, le type de virus mais également selon l'échec du protocole de première ligne.

Tableau IV: Choix du protocole de deuxième ligne selon l'âge de l'enfant et le type de virus en fonction de l'échec du protocole de première ligne

Age	Echec Régime première ligne	Régime deuxième ligne
<3 ans ou (VIH2 ou VIH1+2 quelque soit l'âge)	AZT+3TC+LPV/r AZT+3TC+LPV/r	inchangé
>3 ans, VIH1	ABC+3TC+LPV/r	AZT+3TC+EFV
	AZT+3TC+LPV/r	ABC+3TC+EFV ou TDF+3TC+EFV
Tous âges	ABC+3TC+EFV ou ABC+3TC+NVP	AZT+3TC+LPV/r
	TDF+3TC (FTC) +EFV ou TDF+ETC+NVP	
	AZT+3TC+EFV ou AZT+3TC+NVP	ABC+3TC+LPV/r ou TDF+3TC+LPV/r

Protocoles TARV dans la co-infection TB/VIH

- **Protocoles de première ligne chez l'enfant de moins de 3 ans**

VIH1: si AZT+3TC+NVP, remplacer NVP par ABC

VIH2 ou VIH1+2: si AZT+3TC+LPV/r, remplacer LPV/r par ABC

- **Protocoles de première ligne chez l'enfant de plus de 3 ans**

VIH1: si AZT+3TC+NVP, remplacer NVP par EFV

VIH2 ou VIH1+2: si AZT+3TC+LPV/r, remplacer LPV/r par ABC

- **Protocoles de deuxième ligne**

Enfant de moins de 3ans: référer

Enfants de 3 ans et plus: TDF+3TC (FTC) +LPV/r

3.4.5. Algorithme du diagnostic de l'enfant de moins de 14 mois exposé au VIH au Sénégal

Le schéma ci-après montre les étapes du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant de moins de 14 mois né de mère séropositive [14].

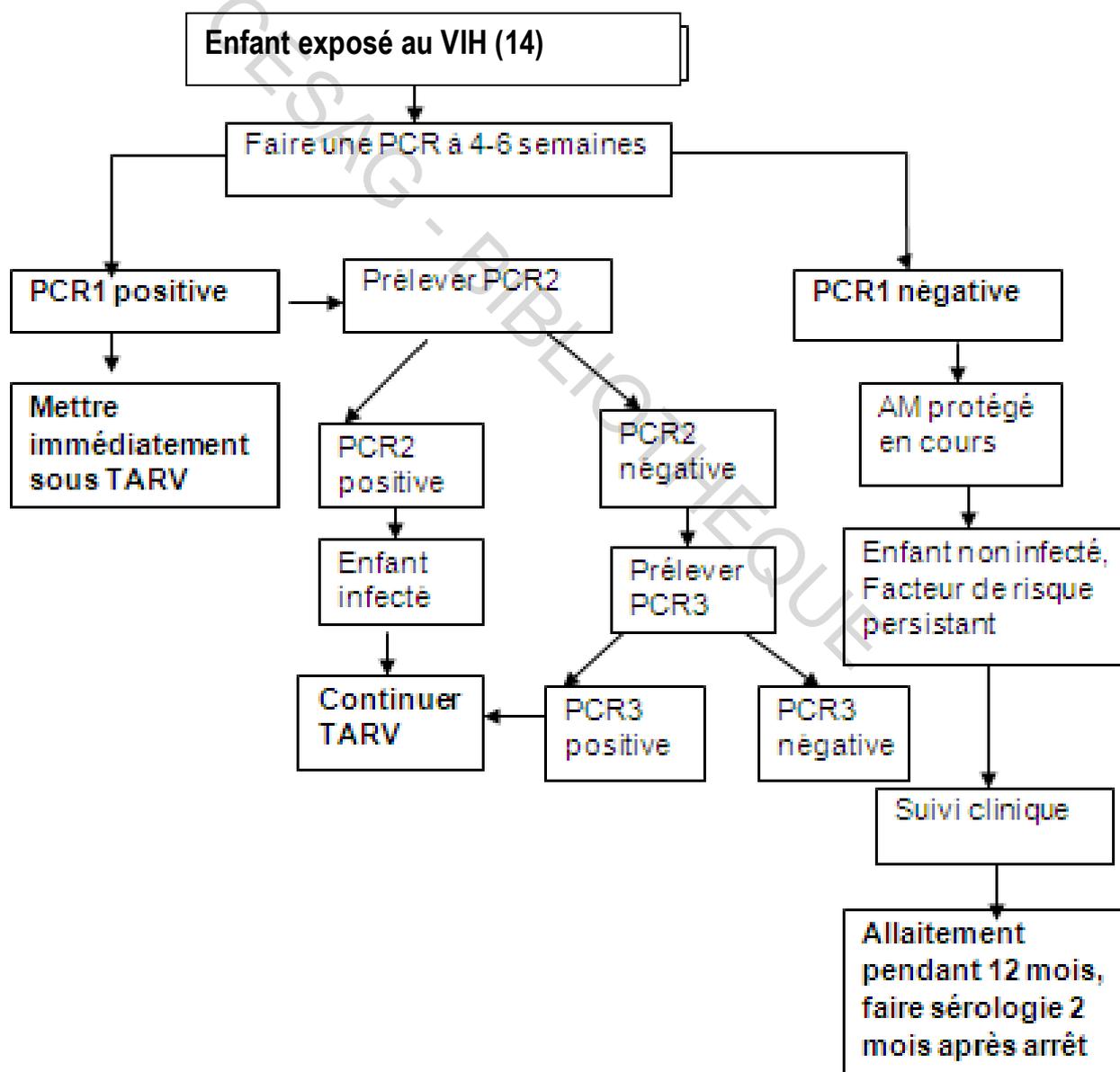


Figure 6: Algorithme du diagnostic de l'enfant de moins de 14 mois exposé au VIH au Sénégal

**DEUXIEME PARTIE:
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE
L'ETUDE**

DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE-RESULTATS DE L'ETUDE

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE

Notre étude cherche à apprécier la qualité de la prise en charge des enfants vivants avec le VIH dans la Région de Ziguinchor.

4.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive fondée sur une méthode de résolution de problèmes. C'est un processus qui consiste à identifier un problème prioritaire, à identifier ensuite les causes du problème, à proposer des solutions, et à choisir une solution prioritaire faisable et réaliste à mettre en œuvre.

4.2. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée des enfants infectés ou exposés au VIH, de leurs mères et des prestataires des sites impliqués dans la PEC des EVVIH parmi lesquels on peut citer 06 Médecins, 06 Dispensateurs des ARV, 03 Biologistes, 06 Techniciens de Laboratoire, 05 Travailleurs Sociaux.

4.2.1. Critères d'inclusion

L'étude concerne les enfants infectés par VIH et les enfants exposés au VIH suivis dans le cadre de la PTME âgés de 0 à 14 ans venus dans les sites pendant la période de collecte.

4.2.2. Critères de non inclusion

Les enfants infectés par le VIH âgés de plus de 14 ans.

4.3. Echantillonnage

Au préalable, nous nous sommes fixé comme objectif, de recruter dans chaque site au moins la moitié des enfants identifiés mais tout en respectant la période de collecte. Pour recueillir les informations au niveau des patients, nous avons procédé par la méthode d'échantillonnage accidentel. Autrement dit, le recrutement des mères ou des Accompagnateurs des EVVIH s'est fait au fur et à mesure qu'ils viennent en consultation jusqu'à ce que le nombre souhaité soit atteint.

Pour les prestataires, nous avons choisi d'interroger tous ceux qui sont impliqués dans la PEC des EVVIH.

4.4. Collecte des données

Pour collecter les données, nous avons utilisé une étude mixte qualitative et quantitative. Ainsi les méthodes de collecte utilisées sont :

- Revue documentaire;
- Entretiens;
- Exploitation de dossiers.

La collecte des données s'est faite à l'aide des outils suivants :

- Une grille d'analyse de la revue documentaire (Plan stratégique 2011-2015, Plan stratégique 2014-2017, documents de politiques, Rapports etc.),
- Un guide d'entretien destiné aux Mères ou Accompagnateurs,
- Un guide d'entretien destiné aux prestataires impliqués dans la PEC des EVVIH,
- Une grille d'analyse de l'exploitation des dossiers médicaux de suivi des enfants vivant avec le VIH.

4.5. Traitement et analyse des données

Après administration des guides d'entretien aux prestataires clés et aux Accompagnateurs des EVVIH, un certain nombre de problèmes ont été identifiés. Nous avons soumis la liste de ces problèmes à la validation de l'assistance lors d'une séance de restitution.

Les autres données ont été traitées avec les logiciels **SPHINX PLUS²** version 4.5 et **EXCEL** 2007.

4.6. Chronogramme de l'étude

Notre étude a effectivement démarré le 01 Août 2014 et s'est poursuivie jusqu'en fin Mars 2015.

Tableau V: Chronogramme de l'étude

Activités	Période
Rencontre avec le MCR, le Responsable UAR et le Directeur du CHR de Ziguinchor pour le dépôt de la lettre d'introduction du stage écrite par le MSAS	21 Juillet 2014
Démarrage du stage	01 Août 2014
Revue de la littérature et élaboration des guides d'entretien	Tout le mois d'Août
Administration des guides d'entretien	01 Septembre 2014 au 20 Novembre 2014
Saisie des données	20 Novembre 2014 au 15 Décembre 2014
Analyse, interprétation des résultats et rédaction du Mémoire	15 Décembre 2014 au 31 Mars 2015

Sources : nous même

4.7. Limites et contraintes

Les travaux de réalisation de ce mémoire de fin de formation se sont déroulés de façon satisfaisante. Cependant quelques difficultés et limites sont à noter:

- Le délai de 4 mois imparti pour la réalisation de ce travail était insuffisant;
- la rareté des études portant sur l'amélioration de la qualité de la PEC des EVVIH;
- compte tenu de la sensibilité du sujet (la qualité de la prise en charge) certains patients ont répondu avec hésitation à la question relative à l'accueil;
- l'insuffisance de moyens financiers et logistiques;
- les rendez-vous espacés des enfants (2 à 3 mois) ont allongé le temps de l'étude;
- la disponibilité de certains prestataires à temps voulu;
- la principale limite des approches qualitatives est l'impossibilité d'extrapoler les résultats à la population générale.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE V : PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre V, nous proposons de présenter d'abord les résultats issus de l'entretien avec les mères ou accompagnateurs des EVVIH par la description des caractéristiques sociodémographiques des mères et de leurs enfants, ensuite les résultats issus de l'entretien avec les différents prestataires impliqués dans la prise en charge des EVVIH et enfin procéder à l'identification et à la priorisation des problèmes liés à la PEC de ces enfants vivant avec le VIH.

5.1. Résultats de l'entretien avec les mères ou accompagnateurs

Dans cette partie, nous présentons les caractéristiques socio-démographiques des mères pour ensuite décrire les caractéristiques socio-démographiques des enfants nés de ces mères séropositives.

5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères des enfants

▪ Répartition selon le niveau d'instruction

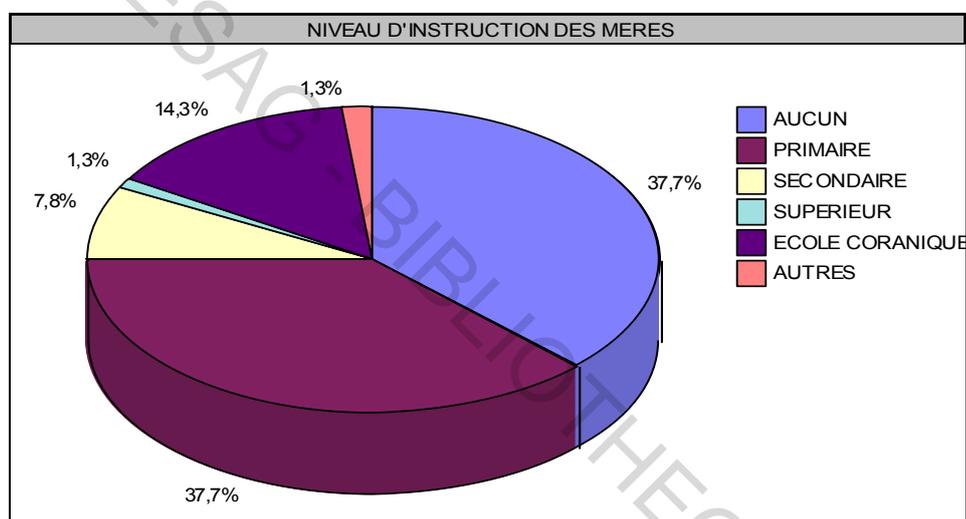


Figure 7 : Répartition des mères selon le niveau d'instruction

37,7 % des mères n'ont aucun niveau d'instruction. Celles qui ont le niveau primaire représentent également 37,7 %. Seules 1,3% ont atteint le niveau supérieur. La catégorie « Autres », regroupe essentiellement les femmes qui ont bénéficié d'une alphabétisation en langues locales.

Nous pouvons aussi dire que 46,8% soit près de la moitié des mères ont été scolarisées en langue française, 14,3% des mères ont fréquenté l'école coranique et 1,3% ont subi une alphabétisation en langues locales ; 37,3% (plus du 1/3) ne sont pas instruites.

- Répartition des mères selon l'âge

Tableau VI: Répartition des mères selon l'âge

Classes d'âge	Nombre Femmes	Fréquence relative
20-24	7	9%
25-29	5	6%
30-34	22	29%
35-39	21	27%
40-44	16	21%
45-49	4	5%
50-54	2	3%
Total	77	100%

La tranche d'âge 30-34 ans est la plus représentative avec 29% suivie de celle 35-39 ans avec 27%. Il faut noter la représentativité de la tranche d'âge relativement jeune (20-24 ans) dont la proportion est de 9%.

- Répartition des mères selon la situation matrimoniale

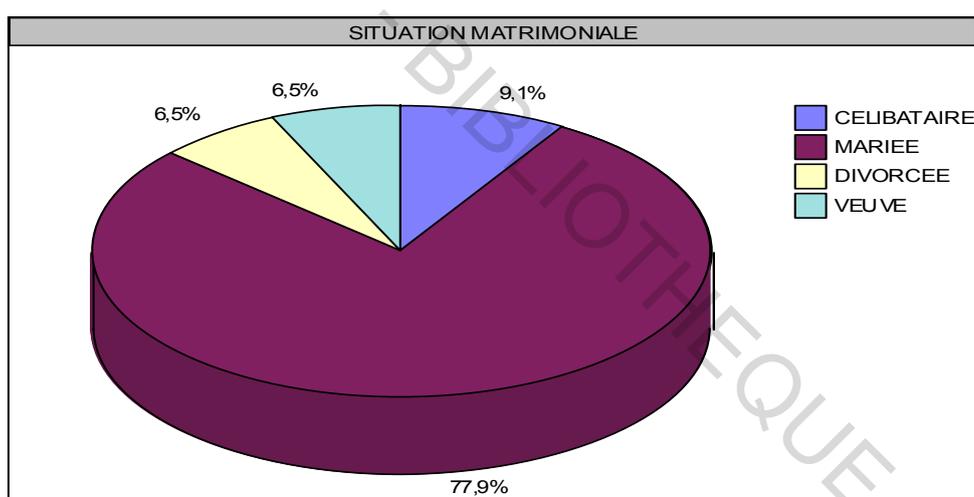


Figure 8 : Répartition des mères selon la situation matrimoniale

77,9 % des mamans sont mariées. Les célibataires viennent en seconde position avec 9,1%

Les veuves et les divorcées représentent 13%.

▪ Répartition des mères selon la profession

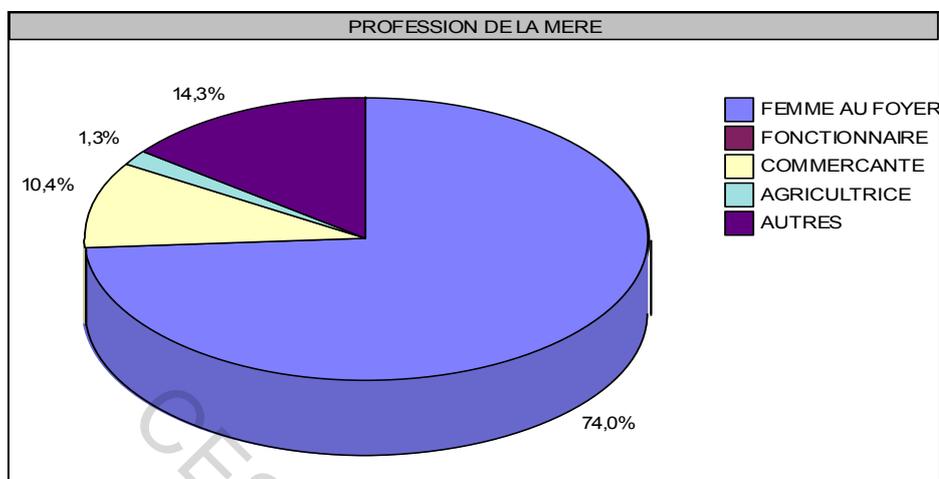


Figure 9 : Répartition des mères selon la profession

La majorité des mères sont des femmes au foyer avec une proportion de 74%. Aucune fonctionnaire n'a été identifiée dans notre étude. La rubrique « Autres » est essentiellement composée par les coiffeuses.

▪ Répartition des enfants selon le lieu de résidence

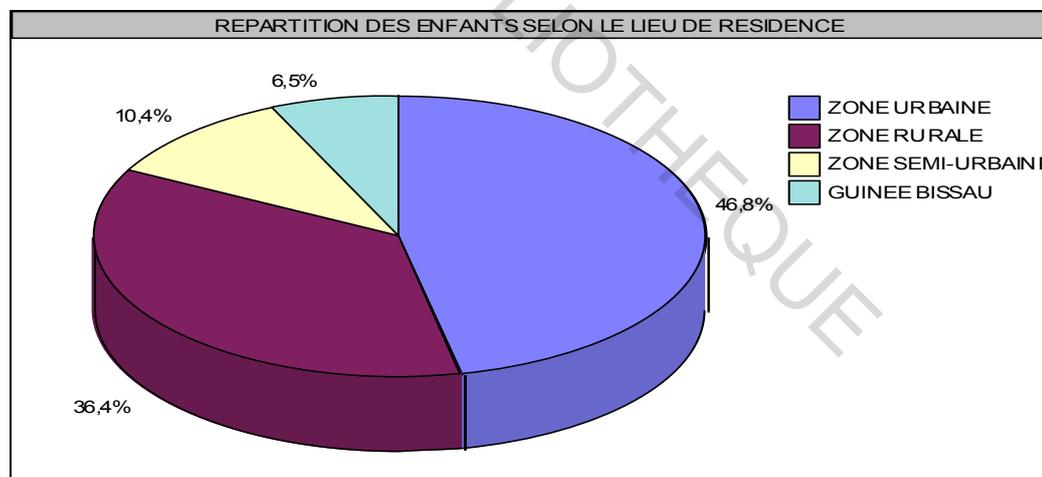


Figure 10 : Répartition selon le lieu de résidence de l'enfant

46,8 % des mamans habitent en zone urbaine (dans la commune de Ziguinchor) et 36,4 % habitent en zone rurale. Il faut noter également la présence d'autres nationalités comme la Guinée Bissau dans la cohorte avec 6,5%. Environ 53,3% des mères habitent en dehors de la commune de Ziguinchor.

- Répartition des parents selon leur issue

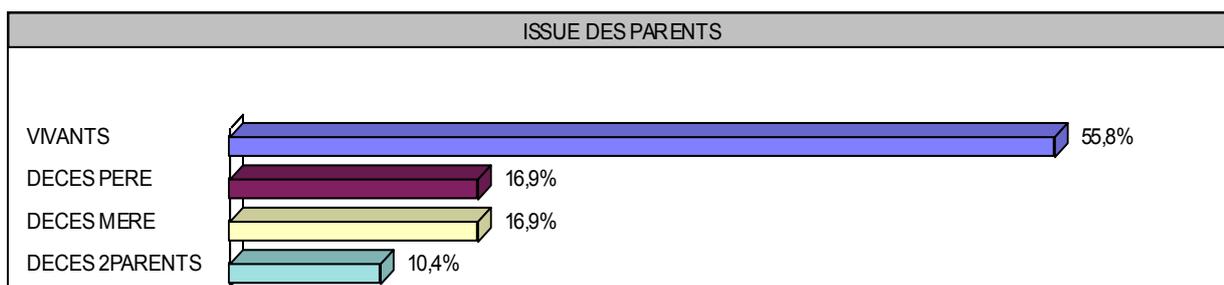


Figure 11 : Répartition des parents selon leur issue

16,9 % des mères et 16,9 % des pères des enfants sont décédés. 10,4 % des enfants sont doublement orphelins. Ce qui montre que 44,2% des enfants sont orphelins.

5.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des enfants

- Répartition des mères selon le nombre d'enfants dans la fratrie

Tableau VII: Répartition des mères selon le nombre d'enfants de la fratrie

Nombre d'enfants de la fratrie	Fréquence absolue des mères	Fréquence relative
1- 4	54	70,1%
5-7	19	24,7%
>=8	4	5,2%
Total	77	100%

Sur les 77 mères, 54 d'entre elles ont entre 1 et 4 enfants soit 70,1%. 19 parmi elles, soient 24,7% ont un nombre d'enfants compris entre 5 et 7 et 4 ont plus de 8 enfants. Les familles sont généralement nombreuses

- Répartition des Accompagnateurs selon leur connaissance du statut des enfants de la fratrie

Tableau VIII: Répartition des Accompagnateurs selon la connaissance du statut des enfants de la fratrie

connaissance du statut des enfants de la fratrie	Nombre réponses	Fréquence relative
Statut connu	32	55%
Statut inconnu	26	45%
	58	100%

Parmi les 58 mères interrogées et dont les enfants sont infectés et font l'objet de suivi, 26 soit 45% ont déclaré que les autres enfants de la fratrie n'ont pas été dépistés au VIH. Et par conséquent, leur statut sérologique reste inconnu.

- **Répartition des enfants recrutés selon le site de prise en charge**

Tableau IX: Répartition des enfants recrutés selon la structure sanitaire

Structure	Nombre d'enfants	Fréquence relative
CHR Ziguinchor	49	64%
CS Bignona	16	21%
CS Ziguinchor	5	6%
CS Diouloulou	3	4%
CS Oussouye	3	4%
CS Thionck-Essyl	1	1%
Total	77	100%

Au total, nous avons pu recruter 77 enfants. Les 49 recrutés au CHR de Ziguinchor sont répartis comme suit: 30 infectés dont 25 sous ARV, 05 sans ARV et 19 suivis dans le cadre de la PTME. Tous les autres enfants recrutés dans les Districts sont sous ARV. Au CS de Diouloulou sur les 05 enfants identifiés, les 03 ont pu être recrutés. Les 02 autres qui habitent dans des zones insulaires étaient inaccessibles faute de moyens. Au CS de Thionck-Essyl 04 enfants sont identifiés mais parmi eux les 03 ont été déclarés perdus de vue (PDV). Au CS d'Oussouye les 03 enfants déclarés par le MCD ont été recrutés. Au CS de Ziguinchor 15 enfants sont identifiés par le MCDA. Nous n'avons recruté que 05 à cause des rendez-rendez espacés des enfants.

- **Répartition des enfants selon le sexe**

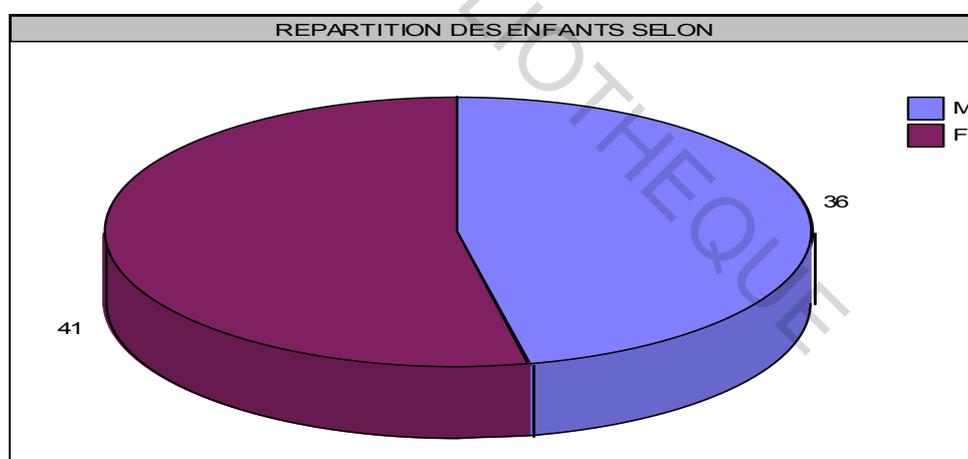


Figure 12 : Répartition des enfants selon le sexe

Plus de la moitié des enfants recrutés sont de sexe féminin avec 53,2 %.

- **Répartition des enfants selon l'âge au recrutement dans notre étude**

Tableau X: Répartition des enfants selon l'âge

Classes d'âge(Années)	Nombre Enfants	Fréquence relative
0-2	24	31,17%
3-5	14	18,18%
6-8	14	15,58%
9-11	14	18,18%
12-14	11	14,27%
Total	77	100%

Parmi les 77 enfants recensés dans notre étude, 24 soit 31,17% ont moins de 3 ans. Cette tranche d'âge comporte 5 enfants séropositifs et 19 enfants suivis dans le cadre de la PTME et qui ont moins de 14 mois. 28 enfants ont un âge compris entre 3 ans et 8 ans alors que 25 enfants soit 32,46% ont plus de 8 ans.

- **Répartition des enfants selon l'âge au dépistage à l'examen initial**

Tableau XI: Répartition des enfants selon l'âge au dépistage dans les différents sites de PEC

Site de PEC des EVVIH	Age moyen au dépistage (années)
CHR Ziguinchor	05
CS Ziguinchor	07
CS Bignona	05
CS Oussouye	09
CS Diouloulou	04
Age moyen global	06

Ce tableau montre clairement le retard dans le dépistage des EVVIH. En effet l'âge moyen au dépistage au VIH dans la région se situe autour de 6 ans et que ce retard est observé dans tous les sites de prise en charge avec des variations selon la structure. Aux Centre de Santé d'Oussouye et de Ziguinchor, l'âge moyen au dépistage est respectivement de 9 ans et de 7ans. Pour le CHR de Ziguinchor et le Centre de Santé de Bignona, cet âge situe autour de 5 ans.

- **Détermination du taux de dépistage de la fratrie**

Le dépistage de la fratrie constitue un des maillons faibles dans la prise en charge des EVVIH. En effet sur 58 dossiers Enfants, Il y a seulement 10 dossiers dans lesquels le nombre d'enfants de la fratrie est renseigné. Malheureusement pour l'essentiel des dossiers consultés, aucun item relatif au dépistage de ces enfants n'est mentionné. C'est dans quelques rares dossiers surtout les nouveaux où cette information est notée. Ce qui veut dire que 99,8% des dossiers ne sont pas renseignés.

Pour les 10 dossiers dans lesquels le nombre d'enfants de la fratrie est mentionné, nous avons dénombré au total 27 enfants avec seulement 8 enfants dépistés soit un taux de dépistage de 29,63%. Ce qui confirme le faible taux de dépistage de la fratrie.

▪ Répartition des enfants selon la connaissance de leur propre statut sérologique

Tableau XII: Répartition des enfants âgés de 8 ans et plus selon la connaissance de leur statut

Connaissance du statut sérologique par l'enfant âgé de 8 ans et plus	Nombre d'enfants	Fréquence relative
Statut connu	05	20%
Statut inconnu	20	80%
Total	25	100%

Parmi les 77 enfants recrutés, seuls 25 sont susceptibles, selon leur l'âge (≥ 8 ans), d'être informés de leur statut sérologique. Mais parmi ces 25 enfants, seuls 5 ont été informés de leur statut.

▪ Répartition des enfants selon le profil sérologique

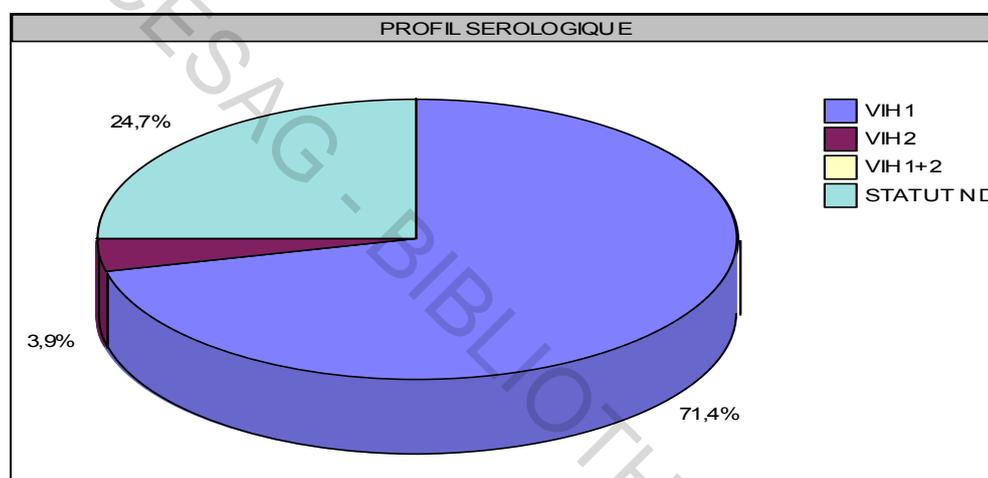


Figure 13 : Répartition des enfants selon le profil sérologique

NB : la rubrique « Statut ND » qui signifie statut sérologique non déterminé, regroupe les enfants suivis dans le cadre de la PTME et dont ignore encore leur statut.

La majorité des enfants suivis ont le profil VIH1 avec 71,4%. Le VIH 2 ne représente que 3,9 %. Aucun double profil n'a été noté dans notre étude. Les enfants suivis dans le cadre le PTME représentent 24,7 % avec un profil non déterminé, car ces nourrissons n'ont pas encore 14 mois.

- Répartition selon des enfants selon le lien de parenté avec l'Accompagnateur

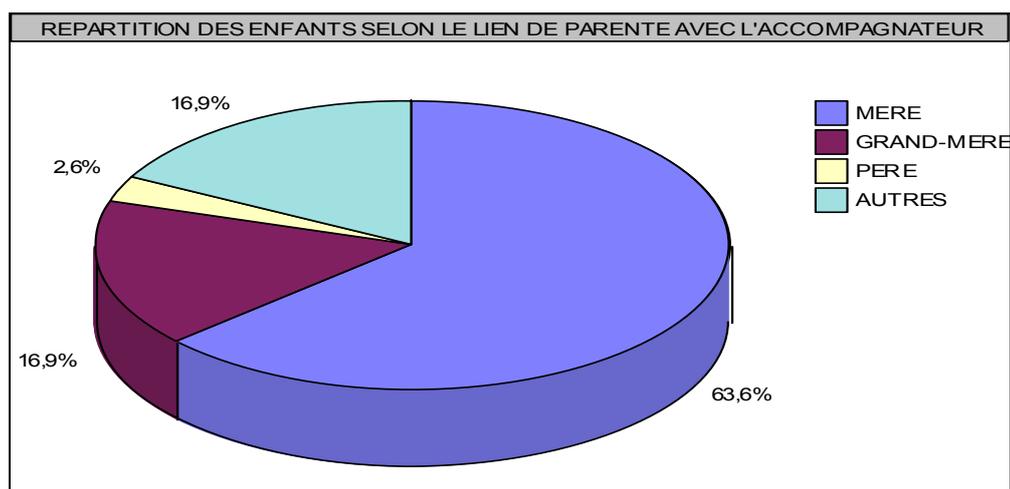


Figure 14 : Répartition des enfants selon le lien de parenté avec l'Accompagnateur

Sur les 77 Accompagnateurs, 49 sont les propres mères des enfants, soit 63,6%. Les 28 autres Accompagnateurs sont constitués de grand-mères au nombre de 13 soit 16,9%, de frères/sœurs, tantes et mamans SOS au nombre de 13 soit également 16,9% et de pères au nombre de 2 soit 2,6%.

- Répartition des Accompagnateurs selon leur connaissance du statut de l'enfant suivi

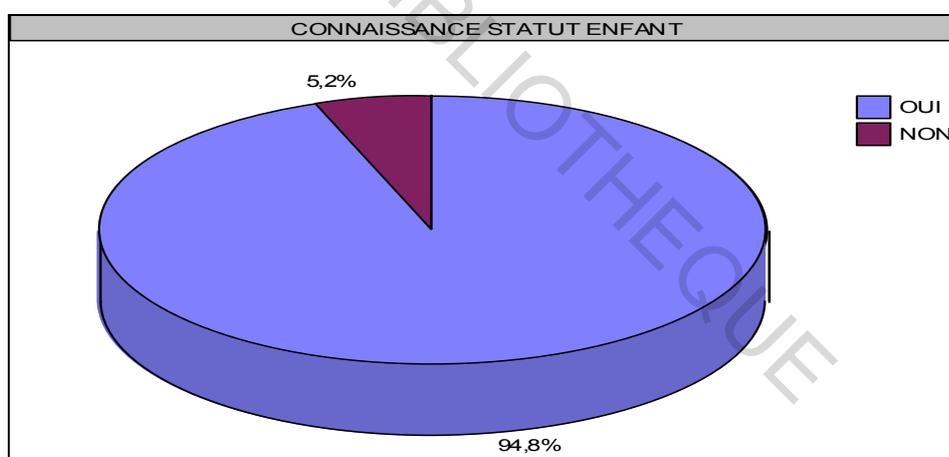


Figure 15: Répartition des accompagnants selon leur connaissance du statut de l'enfant suivi

94,8 % des accompagnants connaissent le statut sérologique de leurs enfants suivis. Mais il y a 5,2 % parmi eux qui ne sont pas informés du statut de l'enfant.

- **Répartition des enfants selon la mise sous ARV**

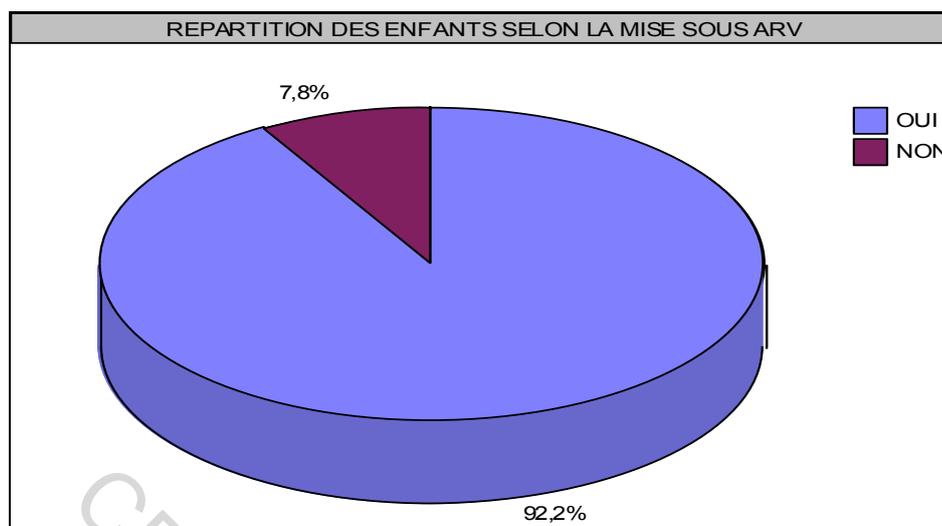


Figure 16: Répartition des enfants selon la mise sous ARV

71 enfants soit 92,2% sont mis sous TAR. Parmi les 6 autres enfants restant, il y a 05 qui n'étaient pas éligibles au TAR car ils étaient tous âgés de plus de 5 ans avec un taux de CD4 largement supérieur à 500 cellules/mm³. Par contre, il y a dans un des sites 01 enfant âgé de 11 ans avec un taux de CD4 égal à 378 qui n'était pas mis sous TAR car le Médecin avait mis en instance le démarrage du TAR le temps que l'enfant termine ses compositions à l'école.

- **Répartition des protocoles du traitement ARV**

Tableau XIII: Répartition des enfants selon le protocole de traitement ARV

Protocole	Nombre d'enfants	Fréquence relative
AZT+3TC+NVP	46	64,79%
AZT+3TC+EFV	01	1,41%
AZT+3TC+LPV/r	02	2,82%
ABC+3TC+LPV/r	01	1,41%
ABC+TDF+LPV/r	01	1,41%
TDF+FTC+LVP/r	01	1,41%
NVP SP	17	23,94%
AZT SP	02	2,82%
Total	71	100,00%

Parmi les 77 enfants recrutés, 71 sont mis sous TAR. Parmi ces 71 enfants, 19 sont suivis dans le cadre de la PTME dont 17 sous Névirapine SP et 02 sous Zidovudine SP; ce qui confirme la prédominance du VIH1. Parmi les 52 autres enfants suivis dans le cadre d'une trithérapie antirétrovirale, 50 sont sous protocole de première

ligne soit une proportion de 70,43%. Parmi les protocoles de première ligne, le protocole AZT+3TC+NVP est le plus représentatif avec une proportion de 64,79%.

5.2. Résultats de l'entretien avec les agents de Laboratoire

▪ Répartition des agents interrogés selon la profession et le site de PEC

Tableau XIV: Répartition des Agents de laboratoire selon la profession et le site de PEC PVVIH

Sites de PEC PVVIH	Catégories professionnelles				Total
	Biologiste	Technicien Supérieur en Biologie	Technici en en Biologie	Autres	
CHR Ziguinchor	02	01	0	0	03
CS Ziguinchor	01	01	0	0	02
CS Bignona	0	0	01	0	01
CS Diouloulou	0	0	0	01	01
CS Oussouye	0	0	0	01	01
CS Thionck-Essyl	0	01	0	0	01
Total	03	03	01	02	09

Parmi le personnel de laboratoire interrogé, il y a trois (03) Biologistes, trois (03) Techniciens Supérieurs en Biologie, un (01) Technicien en Biologie et deux (02) agents formés sur le tas. Le CHR de Ziguinchor et le CS de Ziguinchor disposent d'un personnel de laboratoire qualifié ensuite vient le CS de Thionck-Essyl. Tel n'est pas le cas avec le CS de Diouloulou et celui d'Oussouye où les agents ne sont pas qualifiés car formés sur le tas. Le CS de Bignona dispose d'une technicienne en Biologie.

▪ Répartition des agents de laboratoire selon l'ancienneté

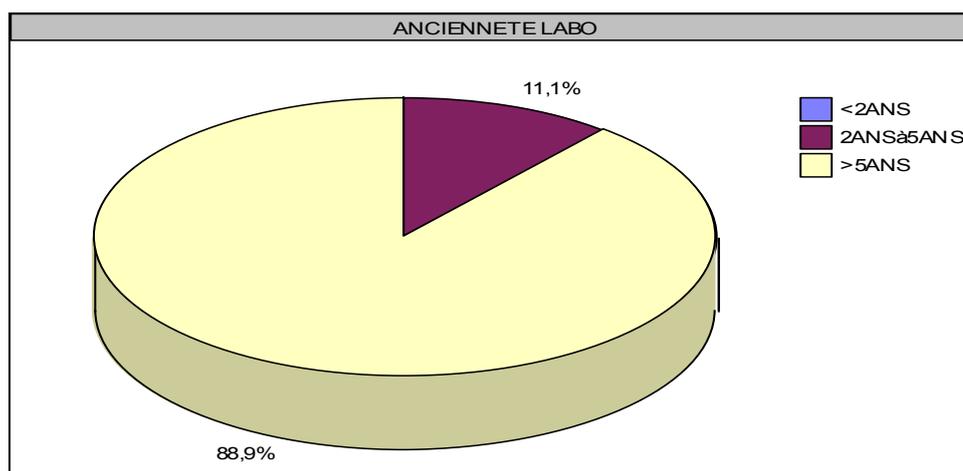


Figure 17 : Répartition des agents laboratoire selon l'ancienneté

88,9% des agents interrogés ont une expérience de plus de 5 ans. Aucun agent n'a une expérience de moins de 2 ans.

▪ Répartition des agents de laboratoire selon la formation sur le dépistage

Tableau XV: Répartition des agents de laboratoire selon la dernière date de formation sur le dépistage et le nombre d'années

Date de dernière formation	Nombre d'années	Nombre d'agents
1988	26	01
2006	08	01
2007	07	01
2008	06	03
2009	05	01
2012	02	01
Non formé	NA	01
Total		09

Ce tableau montre que parmi les 9 agents interrogés, il y a 1 qui n'a jamais été formé. Cet agent sert au Centre de Santé de Diouloulou. Pour ceux qui sont formés, il y a 1 dont la date de dernière formation remonte à 26 ans et 1 dont cette formation remonte à 2 ans. Pour les autres, la dernière formation remonte à plus de 5 ans.

- **Répartition du coût du bilan de suivi selon les structures**

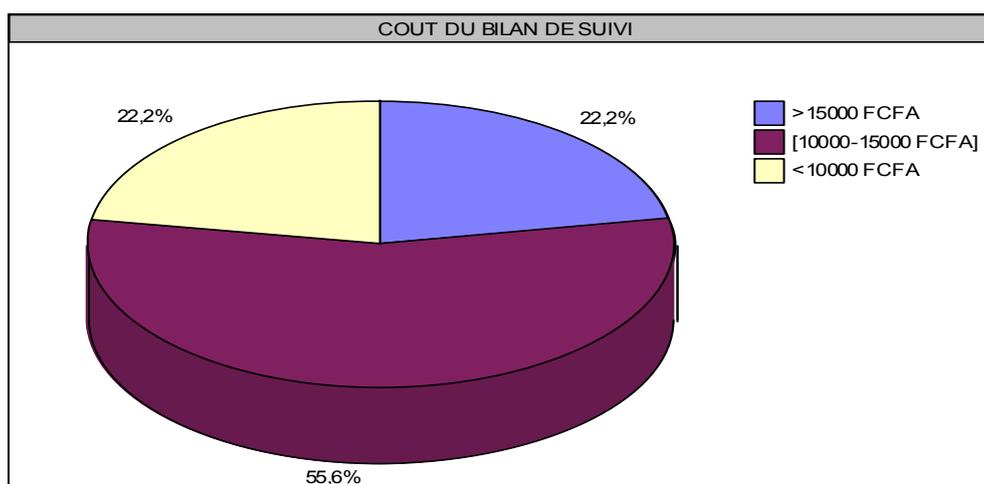


Figure 18 : Répartition du coût du bilan de suivi selon les structures

Cette figure montre une disparité dans le coût du bilan suivant les structures sanitaires. En effet, sur les 9 agents interrogés 5 soit 55,6%, affirment que le bilan de suivi est compris entre 10 000 et 15 000 F CFA. Alors que dans 22,2% des cas, ce bilan est soit, inférieur à 10 000 F CFA, soit supérieur à 15 000 F CFA.

- **Répartition selon le délai de rendu des résultats du bilan de suivi**

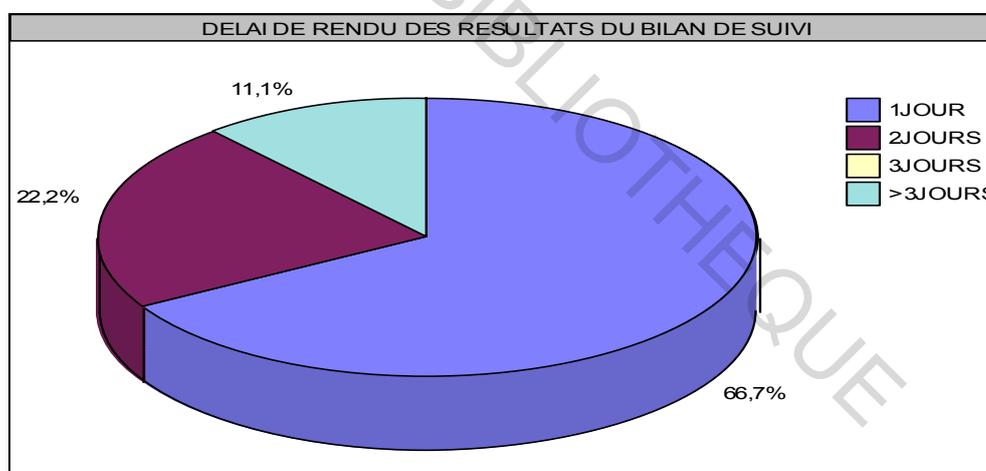


Figure 19 : Répartition selon le délai de rendu des résultats du bilan de suivi

Dans 11,1% des cas, les résultats du bilan ne sont disponibles qu'au-delà de 3 jours. Ce long délai est exclusivement observé à l'Hôpital Régional. Dans 22,2% des cas, les résultats sont rendus au bout de 2 jours. Ceci entraîne des dépenses supplémentaires liées au transport pour le retrait de ces résultats et peut retarder la prise de décision du Médecin traitant.

▪ Répartition des problèmes rencontrés dans la réalisation des PCR

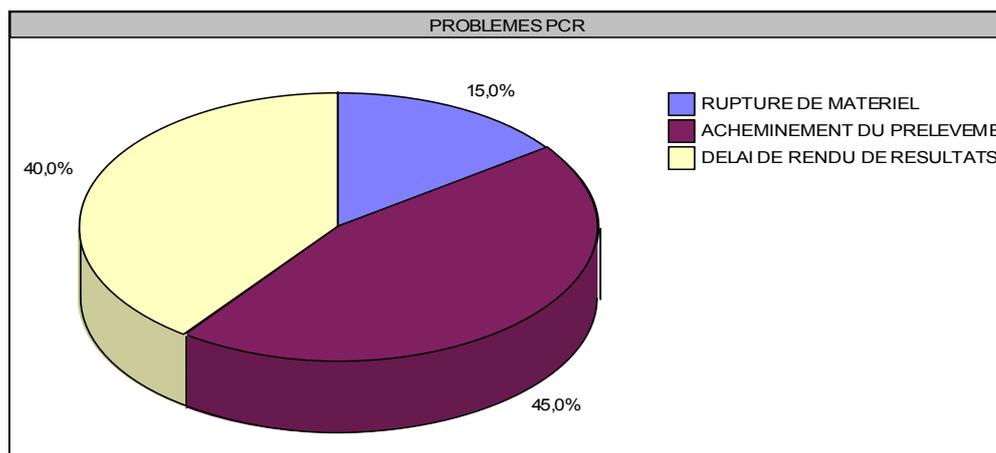


Figure 20: Répartition des problèmes rencontrés dans la réalisation des PCR

Les problèmes majeurs rencontrés avec les PCR, sont la difficulté d'acheminement des prélèvements et le long délai de rendu des résultats dus à la complexité du circuit de ces prélèvements qui est mal défini et non formalisé.

5.3. Résultats de l'entretien avec les Dispensateurs des ARV

Nous avons identifié six (06) Dispensateurs à raison d'un (01) Dispensateur par site de PEC des PVVIH.

▪ Répartition selon la profession du Dispensateur

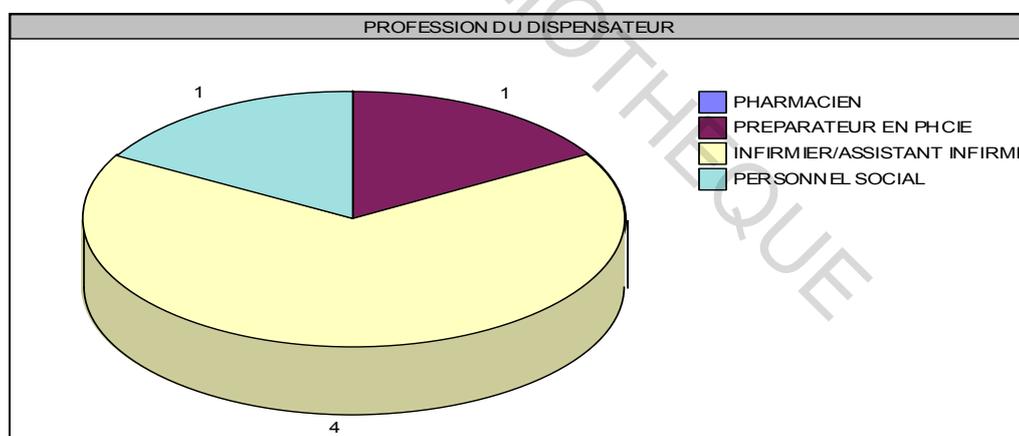


Figure 21 : Répartition selon la profession du Dispensateur

Sur un total de six (06) dispensateurs interrogés, quatre (04) sont des infirmiers ou Assistants infirmiers. C'est seulement à l'Hôpital régional où nous avons un (01) Préparateur en Pharmacie qui joue le rôle de dispensateur à côté du Pharmacien qui n'a pas fait l'objet d'enquête car étant l'instigateur de cette étude.

- **Répartition selon l'expérience du Dispensateur**

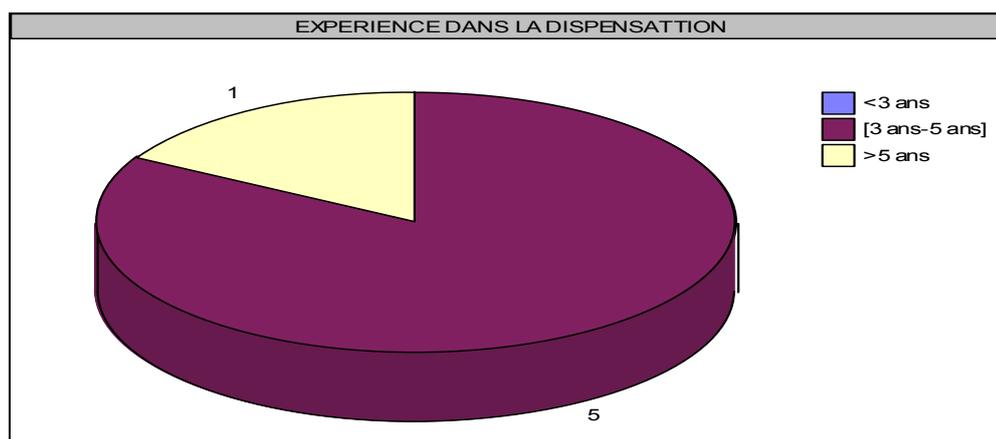


Figure 22: Répartition selon l'expérience dans la dispensation

Parmi les six (06) dispensateurs interrogés, cinq (05) ont une expérience comprise entre 3 ans et 5 ans dans la dispensation et un (01) dont l'expérience dépasse 5 ans. Aucun de ces agents n'a une expérience de moins de 3 ans.

- **Répartition des Dispensateurs selon leur formation dans la dispensation**

Tableau XVI: Répartition des Dispensateurs selon leur formation dans la dispensation

Formation	Nombre Réponses	Pourcentage
oui	6	100%
non	0	0%
Total réponses	6	100%

Tous les six (06) Dispensateurs ont reçu une formation dans la Dispensation des ARV.

- Répartition selon les ARV ayant connu une rupture de plus de 15 jours

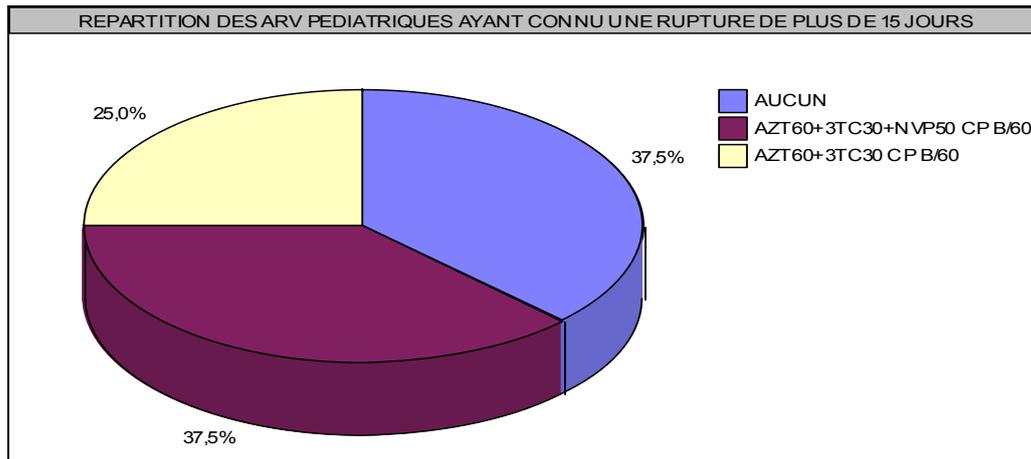


Figure 23: Répartition des ARV ayant connu une rupture de plus de 15 jours

Les combinaisons à dose fixe ont été citées dans les ruptures avec 37,5% des cas pour la combinaison à 3 molécules et 25% des cas pour celle à 2 molécules.

- Répartition selon la durée de la rupture

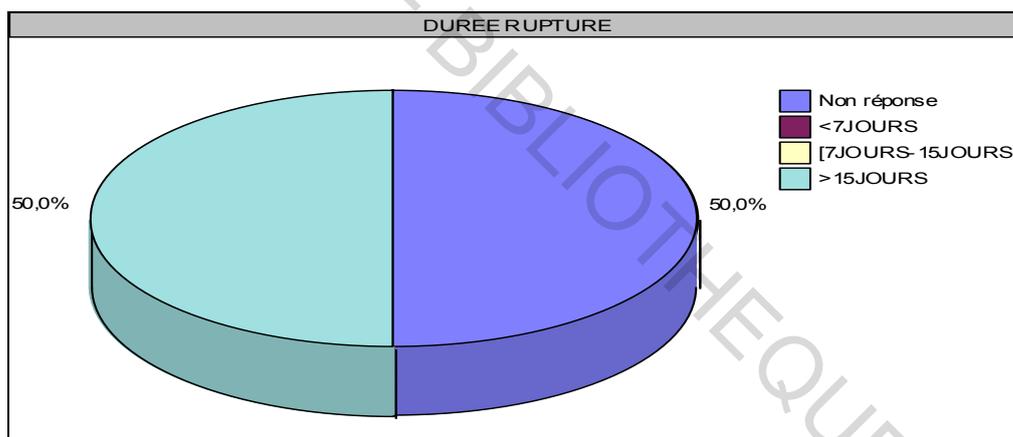


Figure 24: Répartition selon la durée de la rupture

Dans 50% des cas, la rupture a duré plus de 15 jours. Ceci peut avoir des répercussions négatives sur l'observance au TARV car un seul jour de traitement raté peut entraîner une augmentation de la charge virale.

5.4. Résultats de l'entretien avec les Médecins

- Répartition des Médecins interrogés selon leur fonction et la structure

Tableau XVII: Répartition des Médecins interrogés selon leur fonction et la structure sanitaire

Fonction	Structure						Total
	CHRZ	CS Ziguinchor	CS Oussouye	CS Bignona	CS Diouloulou	CS Thionck- Essyl	
Médecin Généraliste	0	01	01	01	01	01	05
Pédiatre	01	0	0	0	0	0	01
Total	01	01	01	01	01	01	06

Six (06) Médecins impliqués dans la prise en charge des enfants vivants avec le VIH ont été interrogés à raison d'un Médecin par site de prise en charge. Parmi ces Médecins, cinq (05) sont des Médecins généralistes et un (01) est Pédiatre.

- Répartition des Médecins selon la formation sur la PEC des EVVIH

Tableau XVIII: Répartition des Médecins selon la formation sur la PEC des EVVIH

FORMATION SUR PEC VIH	Nb. cit.	Fréq.
OUI	5	83,3%
NON	1	16,7%
TOTAL OBS.	6	100%

Parmi les 06 Médecins, il y a 01 qui n'a pas suivi une formation dans la prise en charge pédiatrique. Il s'agit du MCDA du District sanitaire de Ziguinchor.

▪ Répartition des Médecins selon l'annonce du statut à l'enfant suivi

Tableau XIX: Répartition des Médecins selon leur annonce du statut à l'enfant suivi

ANNONCE AL'ENFANT DE SON STATUT SERO	Nb. cit.	Fréq.
OUI	1	16,7%
NON	5	83,3%
TOTAL OBS.	6	100%

Parmi les Médecins interrogés, seul le Pédiatre déclare annoncer à l'enfant son statut suivant la maturité intellectuelle de l'enfant et non selon son âge. Or, les recommandations voudraient que le processus de l'annonce soit amorcé à partir de 8 ans et plus.

▪ Répartition des problèmes rencontrés par les Médecins dans la réalisation des PCR

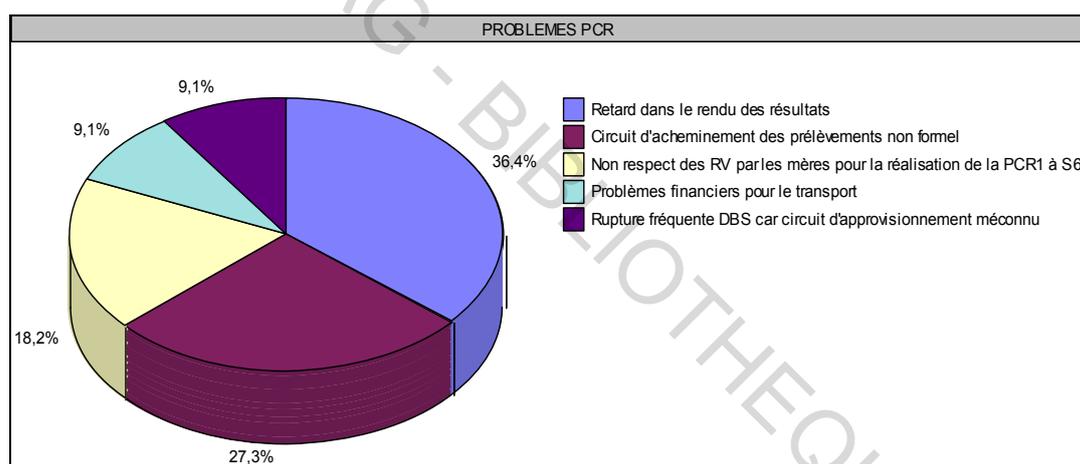


Figure 25: Répartition des problèmes rencontrés par les Médecins dans la réalisation des PCR

Les Médecins interrogés affirment que les problèmes principaux posés par les PCR sont respectivement: le retard dans le rendu des résultats (36,4%), l'absence de circuit formel pour acheminer les prélèvements à Dakar (27,3%) et le non respect des RV par les mères pour la réalisation de la PCR1 qui se fait à 6 semaines, période correspondant à la prise du Pentavalent1.

5.5. Résultats de l'entretien avec les Travailleurs sociaux

▪ Répartition des Travailleurs Sociaux selon les sites de PEC pédiatrique

Tableau XX: Répartition des Travailleurs Sociaux selon les sites de PEC des EVVIH

Sites de PEC des PVVIH	Nombre de Travailleurs Sociaux	Fréquence relative
CHR Ziguinchor	05	62,5%
CS Ziguinchor	02	25%
CS Bignona	01	12,5%
CS Diouloulou	0	0%
CS Thionck-Essyl	0	0%
CS Oussouye	0	0%
Total	08	100%

62,5% des Travailleurs Sociaux se retrouvent au CHR de Ziguinchor. Or il y a 3 sites de PEC qui n'en disposent pas.

▪ Répartition des Travailleurs Sociaux interrogés selon la profession

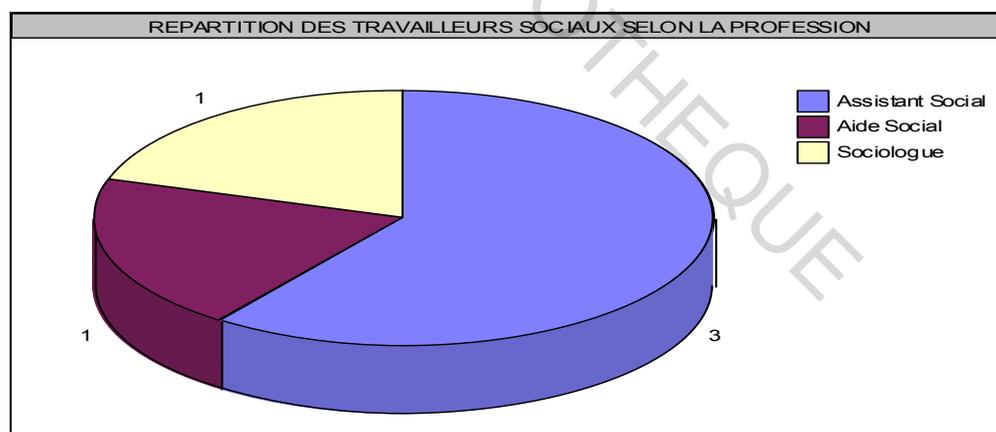


Figure 26: Répartition des Travailleurs Sociaux interrogés selon la profession

Parmi les cinq (05) Travailleurs Sociaux interrogés, les trois (03) sont des Assistants Sociaux et les deux (02) autres sont respectivement un Aide Social et un Sociologue.

5.6. Identification et priorisation des problèmes

5.6.1. Identification des problèmes

L'administration des différents guides d'entretien nous ont permis d'identifier un certain nombre de problèmes liés à la PEC des EVVIH.

5.6.1.1. Problèmes identifiés auprès des Mères ou Accompagnateurs

Tableau XXI: Liste des problèmes rencontrés par les parents des EVVIH

Problèmes	Nombre Réponses	Fréquence Relative	Fréquence Cumulée
Difficultés d'assurer le transport	23	28%	28%
Difficultés de supporter le coût des analyses	19	23%	51%
Difficultés d'assurer les besoins nutritionnels de l'enfant	16	19%	70%
Manque de moyens financiers pour acheter les médicaments hors programme	16	19%	89%
Difficultés de supporter le coût du lait artificiel	2	2%	92%
Sentiment de culpabilité pour l'infection de l'enfant	2	2%	94%
Retard dans le rendu des résultats de la PCR	1	1%	95%
Rupture de CD4 et réactifs de labo	1	1%	96%
Risque de transmission du VIH aux enfants de la Maison SOS à travers les objets tranchants	1	1%	98%
Négligence du père	1	1%	99%
Arrêt du programme OEV	1	1%	100%
Total Réponses	83		

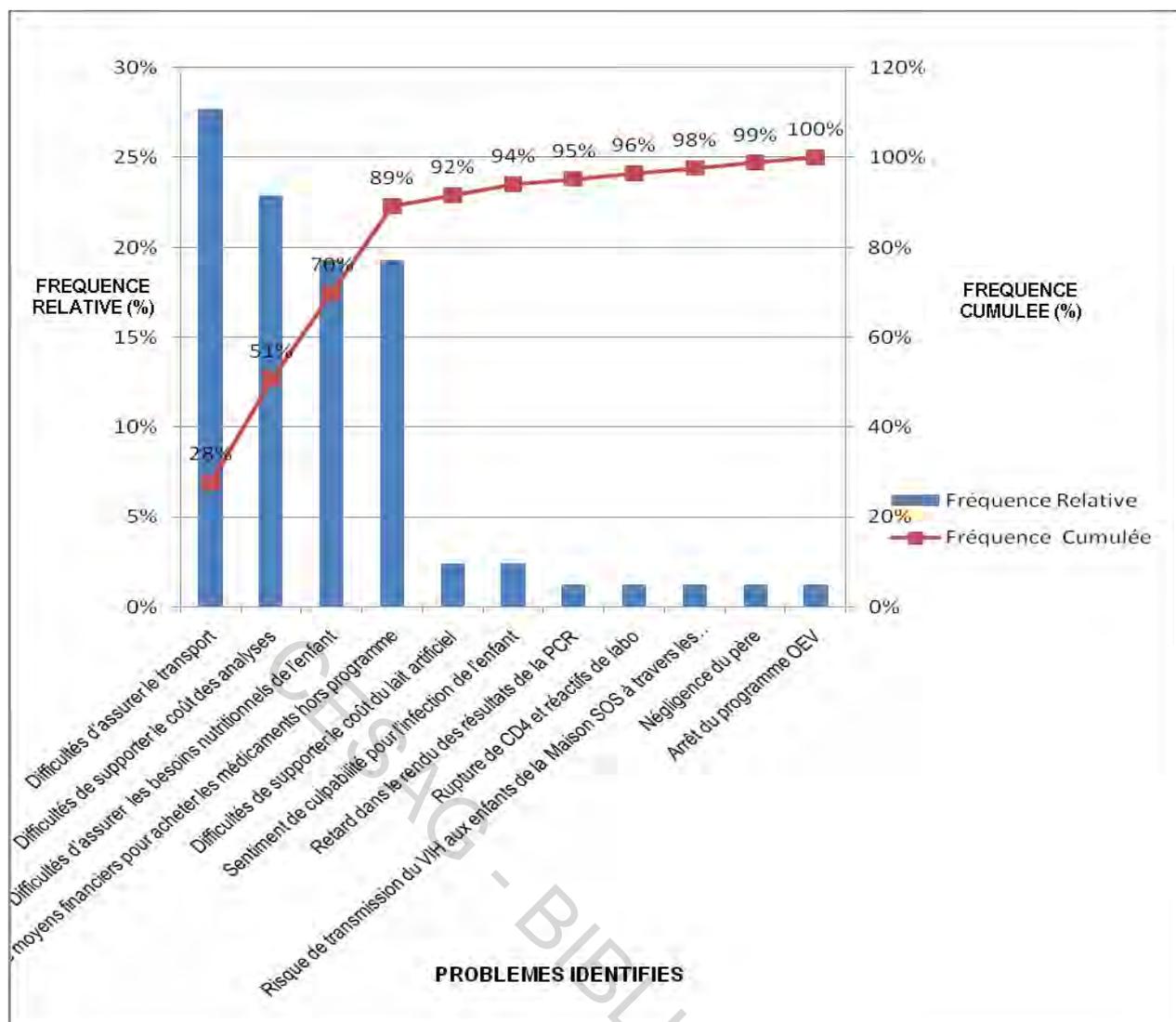


Figure 27: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes rencontrés par les parents

Tableau XXII: Liste des problèmes identifiés par les Dispensateurs

PROBLEMES	Nombre réponses	Fréquence relative	Fréquence Cumulée
Mauvaise observance du TARV	6	46%	46%
Ruptures des ARV pédiatriques	4	31%	77%
Difficultés à maintenir le contact avec les patients	2	15%	92%
Manque de ressources financières	1	8%	100%
Total Réponses	13		

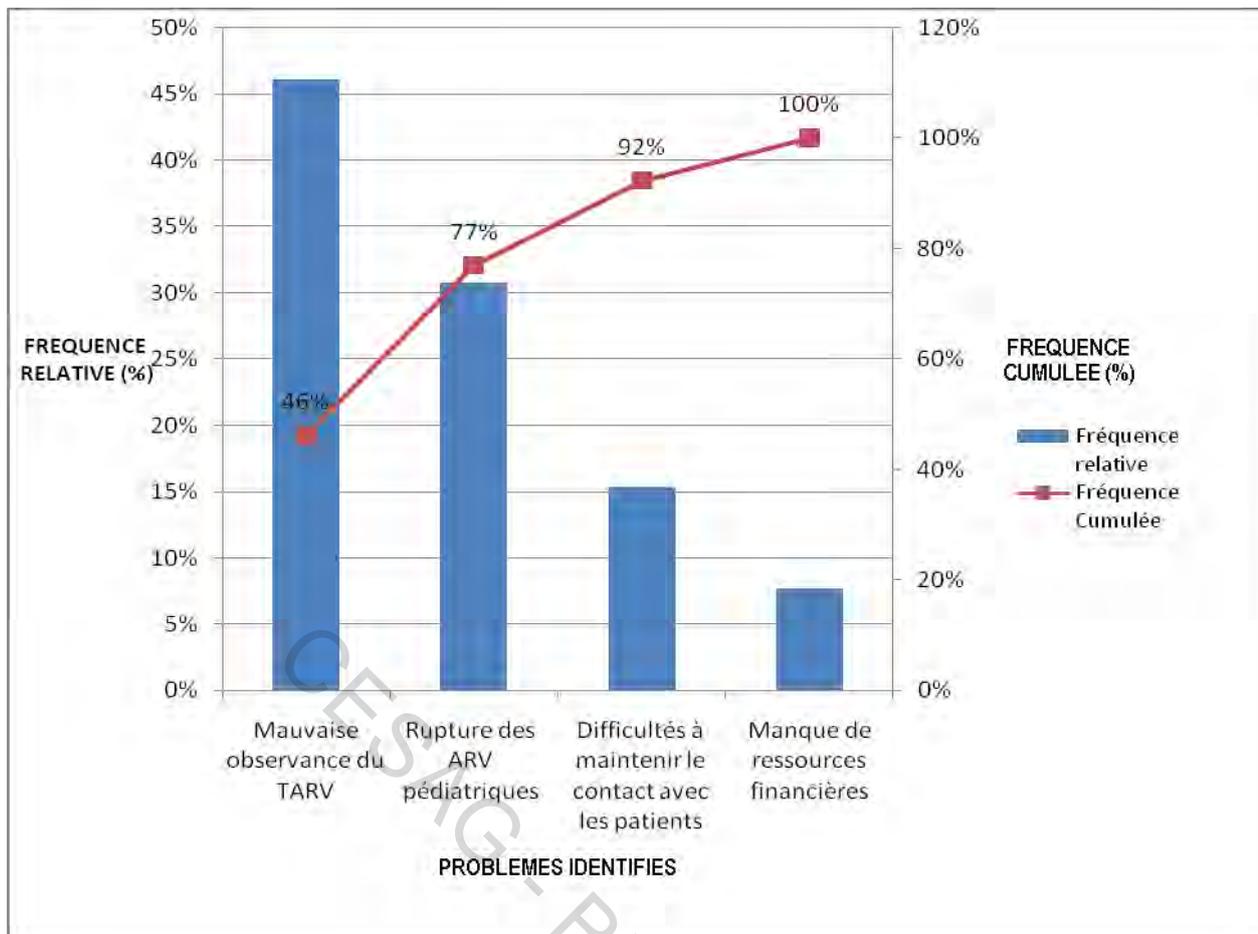


Figure 28: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes rencontrés par les Dispensateurs

5.6.1.3. Problèmes identifiés par les Médecins

Tableau XXIII: Liste des problèmes identifiés par les Médecins

PROBLEMES	Nombre réponses	Fréquence relative	Fréquence cumulée
Circuit du prélèvement PCR non commode	6	15%	15%
Retard dans le rendu des résultats de la PCR	5	13%	28%
Difficultés de supporter le coût des analyses	4	10%	38%
Retard voire absence de l'annonce du statut sérologique à l'enfant âgés de 8 ans à 14 ans	4	10%	48%
Manque d'assiduité aux RV	3	8%	55%
Rupture d'ARV pédiatriques	3	8%	63%
Difficultés de supporter le coût des ordonnances	2	5%	68%
Rupture de papier buvard	2	5%	73%
Manque d'engagement de certains parents	2	5%	78%
Difficultés de supporter le coût du transport	2	5%	83%
Non disponibilité du matériel de biologie (CD4, Hématologie)	2	5%	88%
Inexistence d'ARV injectables pour les malades inconscients	1	3%	90%
Insuffisance dans le suivi des enfants par les accompagnateurs	1	3%	93%
Insuffisance dans l'alimentation des enfants	1	3%	95%
Mauvaise observance du traitement pour les grands enfants	1	3%	98%
Insuffisance dans l'approche communicationnelle avec les EVVIH	1	3%	100%
Total Réponses	40		

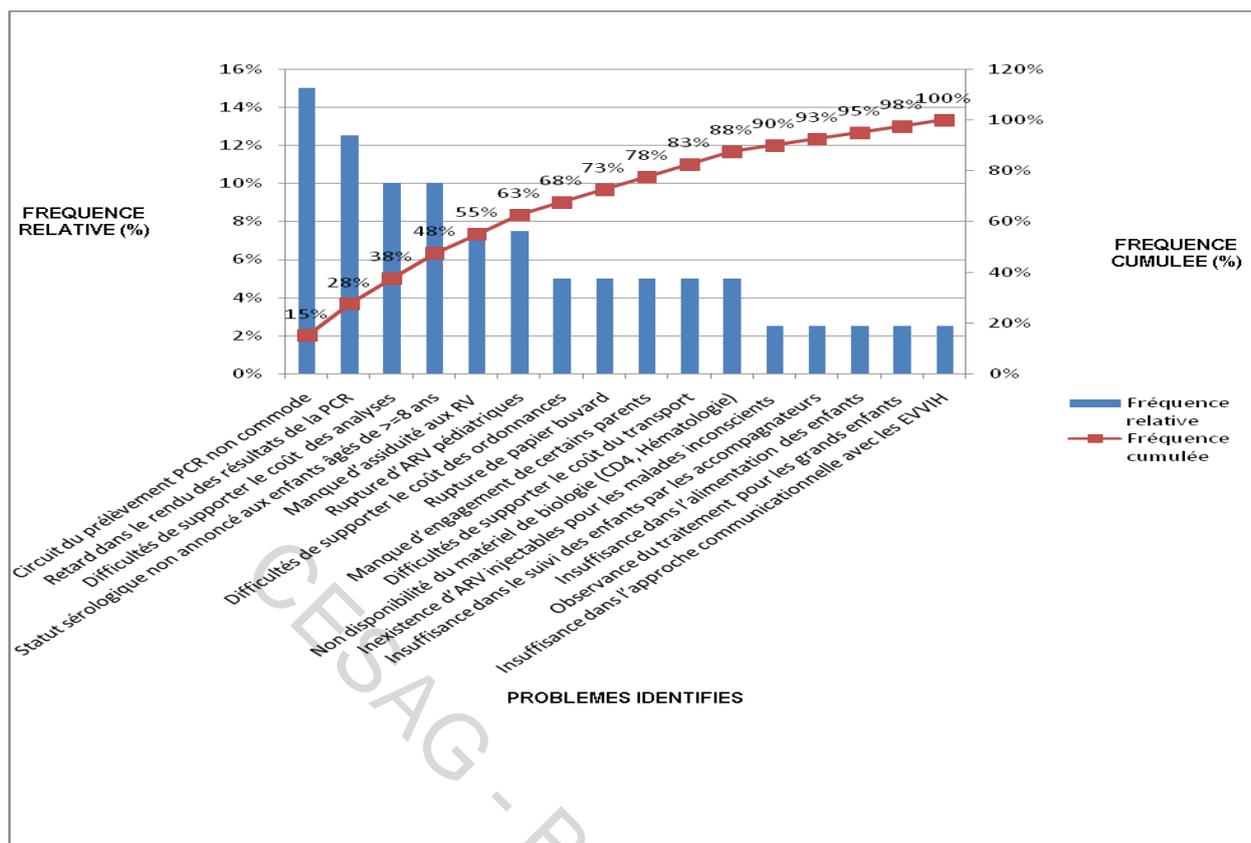


Figure 29: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes identifiés par les Médecins

5.6.1.4. Problèmes identifiés par les Agents de Laboratoires

Tableau XXIV: Liste des problèmes identifiés par les agents de Laboratoire

PROBLEMES	Nombre Réponses	Fréquence relative	Fréquence cumulée
Insuffisances dans le diagnostic précoce par la PCR	14	41%	41%
Rupture fréquente des réactifs CD4	5	15%	56%
Inexistence de méthode ELISA au niveau régional	3	9%	65%
Impossibilité de faire la charge virale au niveau de la région	3	9%	74%
Difficultés de supporter le cout des analyses	2	6%	79%
Rupture de créatinine et des Transaminases	2	6%	85%
Rupture de la NFS	2	6%	91%
Retard dans le rendu des résultats des analyses réalisées localement	1	3%	94%
Défaut d'entretien de l'équipement	1	3%	97%
Manque de motivation financière des agents du Labo du Centre de Santé de Bignona	1	3%	100%
Total Réponses	34		

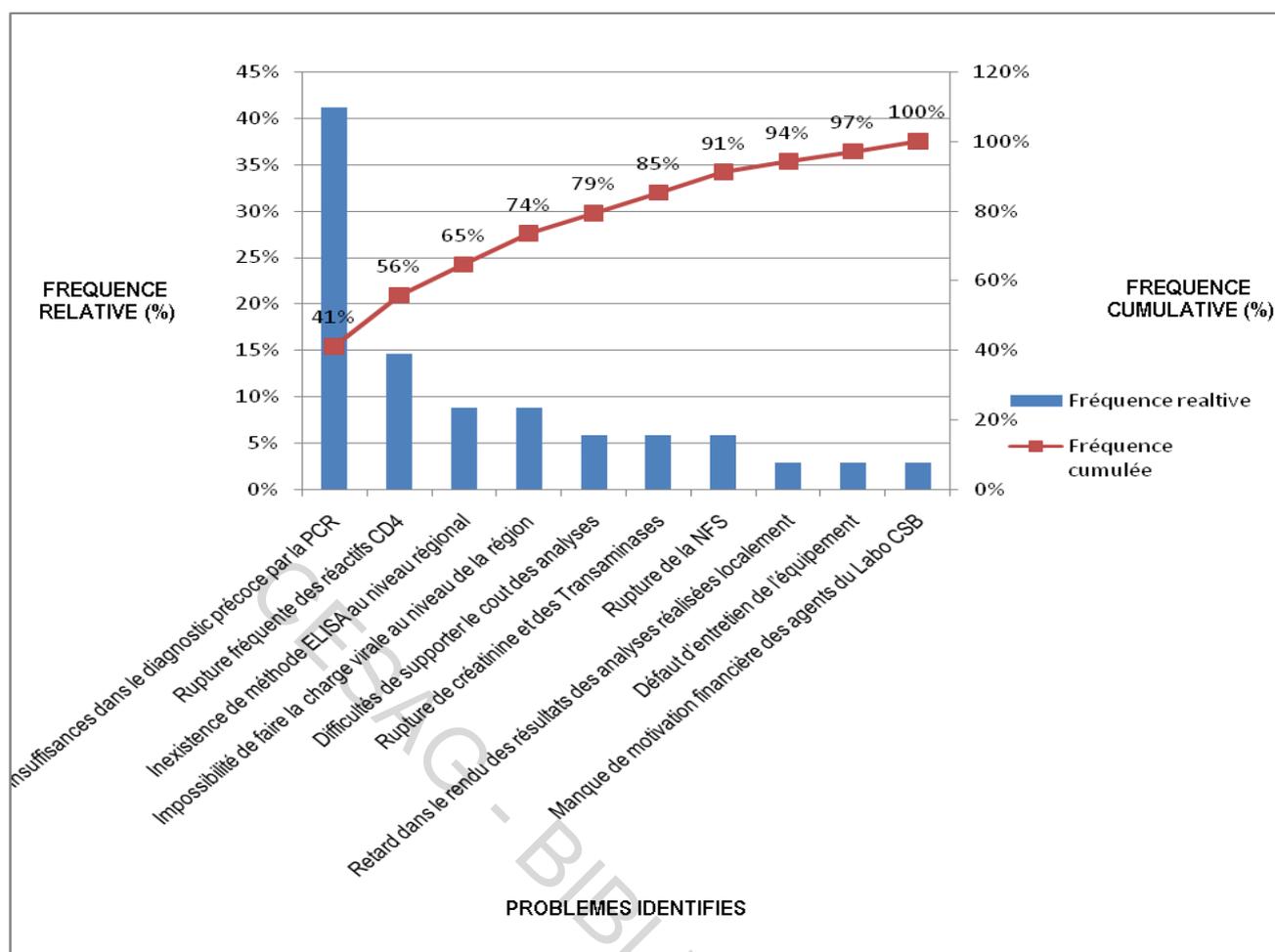


Figure 30: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes identifiés aux laboratoires

5.6.1.5. Problèmes identifiés par des Travailleurs Sociaux

Tableau XXV: Liste des problèmes identifiés par les Travailleurs Sociaux

PROBLEMES	Nombre Réponses	Fréquence relative	Fréquence cumulée
Insuffisance dans l'observance du TARV	6	30%	30%
Insuffisance dans le diagnostic par la PCR	5	25%	55%
Pauvreté	4	20%	75%
Dépistage tardif de certains enfants infectés	1	5%	80%
Rupture de CD4	1	5%	85%
Difficultés pour garantir la confidentialité	1	5%	90%
Manque de concertation entre intervenants	1	5%	95%
Rupture des ARV surtout les formes sirops	1	5%	100%
Total Réponses	20		

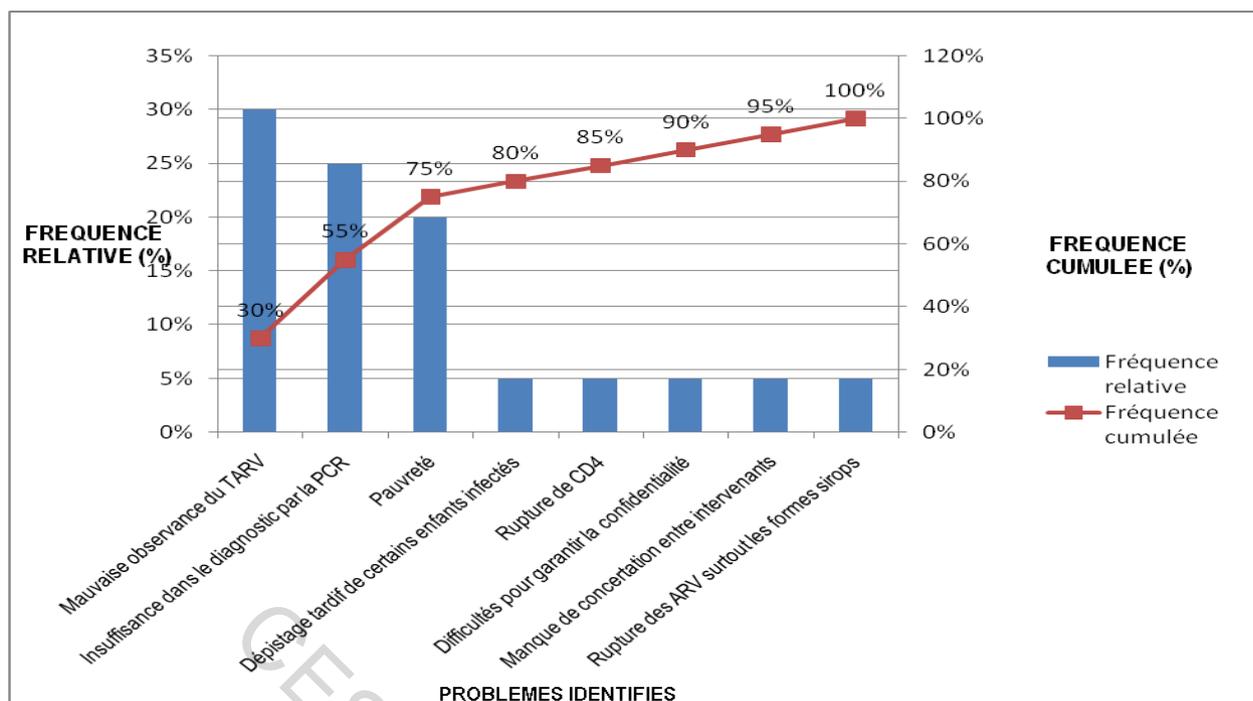


Figure 31: Diagramme de Pareto relatif aux problèmes identifiés par les Travailleurs Sociaux

5.6.2. Synthèse des différents problèmes identifiés

Après la présentation des résultats, les participants à la séance de restitution, ont procédé à la synthèse et à la validation des problèmes en s'appuyant sur le diagramme de Pareto mais également la discussion. Le diagramme est un outil de planification qui organise et présente les renseignements pour montrer les causes relatives à l'importance du problème. C'est la loi des 20/80, c'est-à-dire que les 20% des causes d'un problème produisent 80 % des effets de ce problème. En effet, à chaque fois qu'il y a une multitude de facteurs qui influent sur une situation, un petit nombre est seulement responsable de l'impact. Ceci nous permet d'avoir une plus grande attention sur les points particuliers susceptibles d'avoir un effet maximum en cas de résolution. Il consiste à placer les problèmes par ordre de fréquence décroissant, à établir le pourcentage cumulatif et à tracer une courbe.

La recherche de problèmes prioritaires se fait par les points d'inflexion sur cette courbe et permet de déterminer sur chaque point d'inflexion la proportion de problèmes responsable d'une proportion d'effets.

Après validation, la liste suivante des problèmes a été dressée:

1. Impossibilité de faire la charge virale dans la région;
2. Inexistence de méthode ELISA au niveau régional;
3. Rupture fréquente des réactifs CD4;
4. Insuffisances dans le diagnostic précoce du VIH par PCR;
5. Faible taux de dépistage de la fratrie;
6. Retard voire absence de l'annonce du statut sérologique à l'enfant âgés de 8 ans à 14 ans;

7. Insuffisance des ressources financières pour les familles (difficultés de supporter le coût du bilan pré-inclusion et de suivi, difficultés d'assurer le transport vers les structures sanitaires, difficultés d'assurer les besoins nutritionnels de l'enfant, et difficultés d'acheter les médicaments hors programme);

8. Mauvaise observance du TARV;

9. Rupture d'ARV pédiatriques.

5.6.3. Priorisation des problèmes

5.6.3.1 Critères de priorisation des problèmes

Quatre critères sont retenus pour la priorisation. Il s'agit de :

A- l'ampleur de problème : c'est la fréquence d'apparition du problème. Nous avons pondéré à 10 points ce critère selon le degré de fréquence : **Très fréquent= 6, Fréquent=3 et peu fréquent=1**

B- la gravité du problème : c'est la sévérité du problème en termes de conséquences sur la PEC. Ce critère est pondéré à 10 points selon le degré de gravité du problème : **Très grave= 6, grave= 3 et peu grave= 1**

C- la solvabilité du problème: il s'agit de voir si les ressources disponibles et la technologie actuelle peuvent faire quelque chose pour régler ce problème;

La cotation se fera selon l'échelle suivante : **0,5** si le **problème est difficile** à solutionner et **1,5** si la solution est dans les **Limites du possible**

D- l'acceptabilité du programme : il s'agit de voir surtout la pertinence, l'acceptabilité de la solution à envisager et la légalité du programme. La cotation se fera comme suit : **Oui=1 et Non = 0**

NB: score= (A+B)*D*C

La multiplication de la composante C par la somme (A+B), réduit ou augmente le produit obtenu selon qu'une solution soit inexistante ou disponible. Si D=0, cela correspond à un score nul et donc la solution proposée n'est pas pertinente. Si D=1, le score reste inchangé et cela signifie que la solution est réalisable.

5.6.3.2. Pondération

Tableau XXVI: Pondération des problèmes selon les critères

Problèmes	Ampleur de problème	Gravité du problème	Solvabilité du problème	Acceptabilité de la solution proposée	Score
Difficultés d'assurer le transport vers la structure sanitaire	29	36	1,5	1	97,5
Difficultés de supporter le coût des analyses	37	37	1,5	1	111
Difficultés d'assurer les besoins nutritionnels de l'enfant	43	51	1,5	1	141
Insuffisance dans le diagnostic précoce par la PCR	54	48	1,5	1	153
Difficultés d'acheter les médicaments hors Programme	33	34	1,5	1	100,5
Ruptures fréquentes des réactifs CD4	33	41	1,5	1	111
Inexistence de méthode ELISA au niveau régional	23	20	0,5	1	21,5
Impossibilité de faire la charge virale dans la région	31	42	1,5	1	109,5
Mauvaise observance du TARV	27	48	1,5	1	112,5
Rupture d'ARV pédiatriques	26	46	1,5	1	108
Faible taux de dépistage de la fratrie	45	51	0,5	1	48
Retard voire absence de l'annonce du statut sérologique à l'enfant âgé de 8 à 14 ans	40	32	0,5	1	36

Tableau XXVII: Ordre de priorité des problèmes

PROBLEMES	SCORES	RANGS
Insuffisance dans le diagnostic précoce par la PCR	153	1^{er}
Difficultés d'assurer les besoins nutritionnels de l'enfant	141	2 ^{ème}
Mauvaise observance du TARV	112,5	3 ^{ème}
Ruptures fréquentes des réactifs CD4	111	4 ^{ème}
Difficultés de supporter le coût des analyses	111	4 ^{ème} ex éco
Impossibilité de faire la charge virale dans la région	109	6 ^{ème}
Ruptures des ARV pédiatriques	108	7 ^{ème}
Difficultés d'acheter les médicaments hors Programme	100,5	8 ^{ème}
Difficultés d'assurer le transport vers la structure sanitaire	97,5	9 ^{ème}
Faible taux de dépistage de la fratrie	48	10 ^{ème}
Retard voire absence de l'annonce du statut sérologique à l'enfant âgé de 8 ans à 14 ans	36	11 ^{ème}
Inexistence de méthode ELISA au niveau régional	21,5	12 ^{ème}

Le problème prioritaire identifié qui est donc **l'insuffisance dans le diagnostic précoce du VIH par la PCR** a enregistré un score de 153 points et s'est classé en tête de liste des problèmes. Il a donc été retenu comme le problème prioritaire dans la PEC des EVVIH dans la région de Ziguinchor. Plusieurs aspects résument cette insuffisance dans le diagnostic précoce du VIH par PCR. Il s'agit:

- de la disponibilité du papier buvard;
- de la formation des agents dans la pratique de la PCR;
- de l'acheminement des prélèvements PCR, du manque de schéma clair et de moyens logistiques;
- du long délai de rendu des résultats

TROISIEME PARTIE:
ANALYSE DES RESULTATS -
RECOMMANDATIONS

CEPAG - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS - RECOMMANDATIONS

CHAPITRE VI: ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENTRETIEN AVEC LES DIFFERENTS ACTEURS

Les résultats obtenus de l'entretien avec les acteurs impliqués dans la PEC des EVVIH nous ont poussés à faire les commentaires suivants:

Analyse des caractéristiques socio-démographiques des mères des EVVIH

La majorité des mères dans notre cohorte sont âgées entre 30 et 39 ans avec une proportion 56 %, correspondant à la tranche d'âge la plus sexuellement active. En effet, l'infection au VIH touche plus la tranche de la population sexuellement active, qui correspond à la population des adultes jeunes. Il faut également noter la représentativité de la tranche d'âge relativement jeune (20-24 ans) dont la proportion est 9% comme décrit dans l'EDS-MICS, 2010-2011. Cette situation permet de confirmer la précocité des rapports sexuels au Sénégal. Cette population a un niveau d'instruction très bas car seuls 9,1% ont atteint le niveau secondaire. Aussi, plus d'1/3 de ces mères ne sont pas instruites. Ceci peut poser un problème de compréhension pour une meilleure observance du TARV aussi bien pour elles que pour leurs enfants. Cependant, il faut noter que près des 2/3 mères sont instruites, ce qui n'est pas négligeable car elles peuvent être réceptives aux messages de communication qui peuvent leur être délivrés et aussi bien respecter les prescriptions médicamenteuses données aux enfants dont elles ont la charge. Il faut noter également que 77,9% de ces femmes sont mariées or en Afrique, la transmission du VIH se fait essentiellement par voie hétérosexuelle et surtout entre conjoints. Tout ceci contribue à augmenter la vulnérabilité de ces mères au VIH en plus si elles sont célibataires, veuves ou divorcées. Cette vulnérabilité des mères au VIH est exacerbée par le faible revenu économique de ces femmes. En effet, 74% de ces mères sont des femmes au foyer et donc sans profession, ce qui les expose au VIH. Environ 53,3% des mères habitent en dehors de la commune de Ziguinchor et elles pourraient avoir des problèmes de transport et de non respect des RV en l'absence de moyens financiers. Ce qui va influencer sur l'observance thérapeutique.

Analyse des caractéristiques socio-démographiques des EVVIH

Notre étude montre que les familles ont un nombre élevé d'enfants dans la fratrie, ce qui les fragilise davantage. L'âge tardif au dépistage prouve que la collaboration entre les différents acteurs n'est pas bonne c'est à dire la pédiatrie, la maternité, la médecine et même le laboratoire. Tout cela démontre la léthargie du comité médicotechnique (CMT).

99,8% des dossiers ne renseignent pas sur le nombre d'enfants de la fratrie. Ce qui constitue une réelle contrainte pour la détermination du taux de dépistage de la fratrie. En plus, nous avons constatés des modèles différents de dossiers de suivi des Enfants. Ceci pose le problème du manque d'uniformisation des dossiers enfants.

Le taux de dépistage de 29,63% prouve que les enfants de la fratrie sont faiblement dépistés.

Par rapport à l'annonce du statut sérologique à l'enfant, sur 25 enfants, seuls 5 ont été informés de leur statut. Ce qui pose le problème de l'annonce du statut sérologique aux adolescents.

Par rapport au lien de parenté avec l'enfant, Sur les 77 Accompagnateurs, 49 sont les propres mères des enfants, soit 63,6%. Cela veut dire que la plupart des enfants sont accompagnés par leur mère; ce qui est souhaitable pour un meilleur suivi des enfants compte tenu du rôle que peut jouer la mère dans la PEC de son enfant. Les 28 autres Accompagnateurs sont constitués de grand-mères au nombre de 13 soit 16,9%, de frères/sœurs, tantes et mamans SOS au nombre de 13 soit également 16,9% et de pères au nombre de 2 soit 2,6%. La présence de ces Accompagnateurs peut s'expliquer par le fait que 16,9% des mères, 16,9% des pères et 10,4% des 2 parents sont décédés.

Sur le plan de l'observance du TARV, nous pouvons dire qu'une bonne observance des enfants qui sont sous 1ère ligne reste discutable même si l'efficacité thérapeutique est appréciée par le taux de CD4 pouvant justifier le passage en 2^{ème} ligne si en plus, l'enfant présente ses signes d'échec thérapeutique. En effet, beaucoup d'erreurs sont notées dans prise des médicaments (non respect des horaires de prise, des prises manquées, rendez-vous ratés) Les protocoles de deuxième ligne (ABC+TDF+LPV/r et TDF+FTC+LPV/r) ne représentent que 2,82%. Ce qui ne devrait pas refléter la réalité si l'on tient compte des réels problèmes d'observance du TARV des enfants pouvant induire des résistances.

Parmi les protocoles de première ligne, le protocole AZT+3TC+NVP est le plus représentatif avec une proportion de 64,79%. Ce qui montre la tendance des prescripteurs à porter le choix sur ce protocole. Cependant cette forte pression portée sur ces molécules pourrait entraîner d'éventuelles résistances d'où la nécessité de diversifier les protocoles dans la mesure du possible. Mais si l'observance est bonne il ne devrait pas y avoir de problème de résistance.

Analyse des résultats de l'entretien avec les agents de laboratoire

Sur le plan professionnel, même si le niveau de qualification de l'agent de laboratoire demeure indispensable, il n'a pas été démontré de façon formelle, le manque de fiabilité des examens réalisés par les agents formés sur le tas surtout si ces agents sont régulièrement supervisés.

Sur le plan de l'ancienneté: tout le personnel a plus de 2 ans d'ancienneté. Ce qui montre l'expérience des agents en pratique de laboratoire.

Sur le plan de la formation: pour la plupart des agents, la date de dernière formation remonte à plus de 5 ans. Cela pose le problème de mise à jour de la formation des agents de laboratoire sur les nouvelles technologies en matière de dépistage du VIH.

Pour le bilan de suivi, la disparité dans le coût de ce bilan pose le problème d'absence d'harmonisation des tarifs dans la région et du cout élevé des examens pour les populations aux ressources limitées.

Par rapport au délai de rendu des résultats: le long délai observé à l'hôpital régional entraîne des dépenses supplémentaires liées au transport pour le retrait de ces résultats et peut retarder la prise de décision du Médecin traitant.

❑ Analyse des résultats de l'entretien avec les Travailleurs Sociaux

Parmi les sites de PEC des PVVIH, il y en a trois (03) qui ne disposent d'aucun Travailleur Social. Cela pose le problème d'une mauvaise répartition du personnel. Et ceci n'est pas sans conséquences sur l'accompagnement psychosocial de ces PVVIH.

❑ Analyse des résultats de l'entretien avec les Dispensateurs

Parmi ces Dispensateurs, aucun n'a une expérience de moins de 3 ans. Ce qui montre leur expérience en pratique de dispensation même s'il faut noter l'absence de Préparateur en Pharmacie encore moins de Pharmacien au niveau de ces districts sanitaires. En effet l'absence de ce personnel cité a été jugulée par la formation des Infirmiers ou Assistants infirmiers en charge de la dispensation.

❑ Analyse des résultats de l'entretien avec les Médecins

Parmi les Médecins impliqués dans la PEC des EVVIH, il y a un seul Pédiatre; ce qui rend cette PEC difficile même si ces Médecins ont suivi une formation dans ce sens.

Alors que les recommandations de l'OMS voudraient que le processus de l'annonce du statut sérologique à l'enfant soit amorcé à partir de 08 ans, 05 Médecins sur les 06 déclarent ne pas annoncer la sérologie à ces enfants. Ce qui justifie le retard voire l'absence de l'annonce du statut aux adolescents.

CHAPITRE VII : IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME

Dans ce chapitre, après avoir identifié les causes du problème, nous les analyserons en vue d'une meilleure compréhension.

7.1. Identification des causes

Après avoir retenu le problème prioritaire, nous avons procédé à l'identification des causes de sa survenance.

7.1.1. Les causes des insuffisances dans le diagnostic précoce par la PCR

☐ Causes selon la littérature

Une étude relative aux liens entre les services de PTME et l'accès au diagnostic pédiatrique précoce du VIH, réalisée au Cameroun, en Centrafrique et au Mali [20] a montré que le délai d'obtention des résultats PCR variait entre 1 et 3 mois après la réalisation du test. Ce retard était dû à des problèmes liés à :

- l'acheminement des papiers buvards,
- la rupture des intrants
- une mauvaise organisation des services.

Lors de l'atelier sous régional pour le renforcement des capacités de laboratoire dans le cadre de la réduction de la transmission mère-enfant du VIH tenu à Dakar en 2001 [22] sous l'égide de l'OMS, un certain nombre de causes d'insuffisance dans le diagnostic précoce du VIH par la PCR ont été citées. Il s'agit :

- de la complexité de mise en œuvre,
- de la dépendance vis-à-vis d'une instrumentation lourde,
- des exigences en matière de coût,
- d'une insuffisance de personnel compétent et du matériel,
- de la procédure délicate et de la difficulté à le décentraliser,

C'est ainsi qu'il n'a pas été jugé opportun de l'introduire comme technique de routine dans le diagnostic précoce du VIH chez les enfants en Afrique. La PCR doit par conséquent être limitée aux laboratoires de référence au niveau national ou sous régional.

Une étude réalisée en Côte d'Ivoire en 2009 par TIMITE K.M., FOLQUET A.M. et al. [29] a décelé comme causes d'insuffisance dans le diagnostic précoce par la PCR :

- la non disponibilité de la PCR;
- les difficultés d'acheminement des spécimens (DBS) vers les laboratoires;
- le long délai d'obtention des résultats au niveau des sites;
- les difficultés d'accès aux familles pour l'annonce des résultats PCR.

❑ Causes selon les résultats de notre enquête

- **La lenteur dans l'acheminement des prélèvements PCR à Dakar** : en effet les sites de PEC envoient les prélèvements au niveau de la région médicale de Ziguinchor où ces derniers font l'objet de vérification en termes de respect des normes de prélèvement et de complétude dans le remplissage des fiches. Après vérification, les prélèvements, regroupés dans une enveloppe, attendent une occasion de voyager sur Dakar pour y être acheminés. Ce qui fait que si quelqu'un de la région ne voyage pas sur Dakar, il faudra attendre une mission venant du niveau central pour que les prélèvements soient récupérés et acheminés à Dakar.

- **La complexité du circuit d'envoi des prélèvements PCR**

Après prélèvement, les sites envoient les PCR à la RMZ. Cette dernière conditionne les prélèvements et les envoie à la DLSI où le point focal PTME les reçoit avant de les acheminer au Laboratoire de Bactériologie et Virologie (LBV) de l'Hôpital Aristide Le Dantec.

- **Le retard dans le rendu des résultats à partir de Dakar**

Le retard dans le rendu des résultats s'explique par plusieurs raisons:

- ✓ les résultats sont envoyés selon le même circuit que l'envoi du prélèvement;
- ✓ les prélèvements sont analysés en série, ce qui nécessite un certain nombre de prélèvements pour la technique;
- ✓ un mauvais remplissage des fiches de prélèvement ou un mauvais prélèvement peuvent faire l'objet de rejet du prélèvement

- **La rupture des intrants pour le prélèvement tels que le DBS**

- **L'Inexistence de moyens logistiques pour convoier les prélèvements à Dakar**

Aucun moyen de transport du prélèvement n'est mis en place, ni pour la collecte des prélèvements au niveau des sites ni pour l'envoi des prélèvements à Dakar.

- **L'inexistence de Feed-back dans le rendu des résultats de la PCR à certains laboratoires**

Certains prestataires ne sont pas informés du rendu des résultats de PCR:

- **Le manque de traçabilité des PCR réalisées au Laboratoire**

Dans certaines structures, le prélèvement PCR ne fait pas l'objet d'enregistrement au niveau du laboratoire. En effet dès que le prélèvement est effectué, il est directement envoyé à la région médicale sans pour être enregistré, comme constaté dans un site.

7.1.2 Visualisation des causes du problème

Pour visualiser les causes du problème, nous avons utilisé le diagramme de causes à effets encore appelé **diagramme d'ISHIKAWA** ou diagramme en arêtes de poisson.

C'est un outil permettant de visualiser et d'identifier de façon ordonnée les causes possibles d'un effet constaté que l'on cherche à analyser, et donc de déterminer les moyens pour y remédier. C'est la représentation graphique d'une méthode d'analyse dite méthode des « 5M » destinée à mettre en évidence les liens de causalité

entre les éléments conduisant à un même effet.

Classiquement les causes sont regroupées en famille comme suit:

- **Main d'œuvre** : Tout ce qui est lié à une action humaine (compétence, management, usagers, fournisseur, qualification, absentéisme, formation, motivation)
- **Méthode** : Tout ce qui est lié à l'organisation (procédures, protocoles, modes opératoires, règlements, processus etc.)
- **Matériel** : Tout ce qui nécessite un investissement (machines, installations, véhicules, appareils etc.)
- **Milieu** : Tout ce qui est extérieur à l'effet et sur quoi il est à priori difficile d'agir (infrastructures, espace, bruits, éclairage, température).
- **Matière** : Tout ce qui est consommable (eau, gaz, électricité, papier, matières premières, des idées, des informations etc.)

Une adaptation du diagramme à notre étude nous donne les renseignements suivants :

- **Main d'œuvre** : insuffisance de formation du personnel sur le mode de prélèvement des PCR, le manque de personnel qualifié pour la réalisation de la technique PCR
- **Méthode** : absence de procédures écrites pour le circuit des prélèvements,
- **Matériel** : inexistence d'équipement pour les PCR, inexistence d'un véhicule pour la collecte et le transport des prélèvements
- **Milieu** : enclavement de la région, distance séparant les sites et le niveau central.
- **Matière** : rupture de consommables pour les PCR.

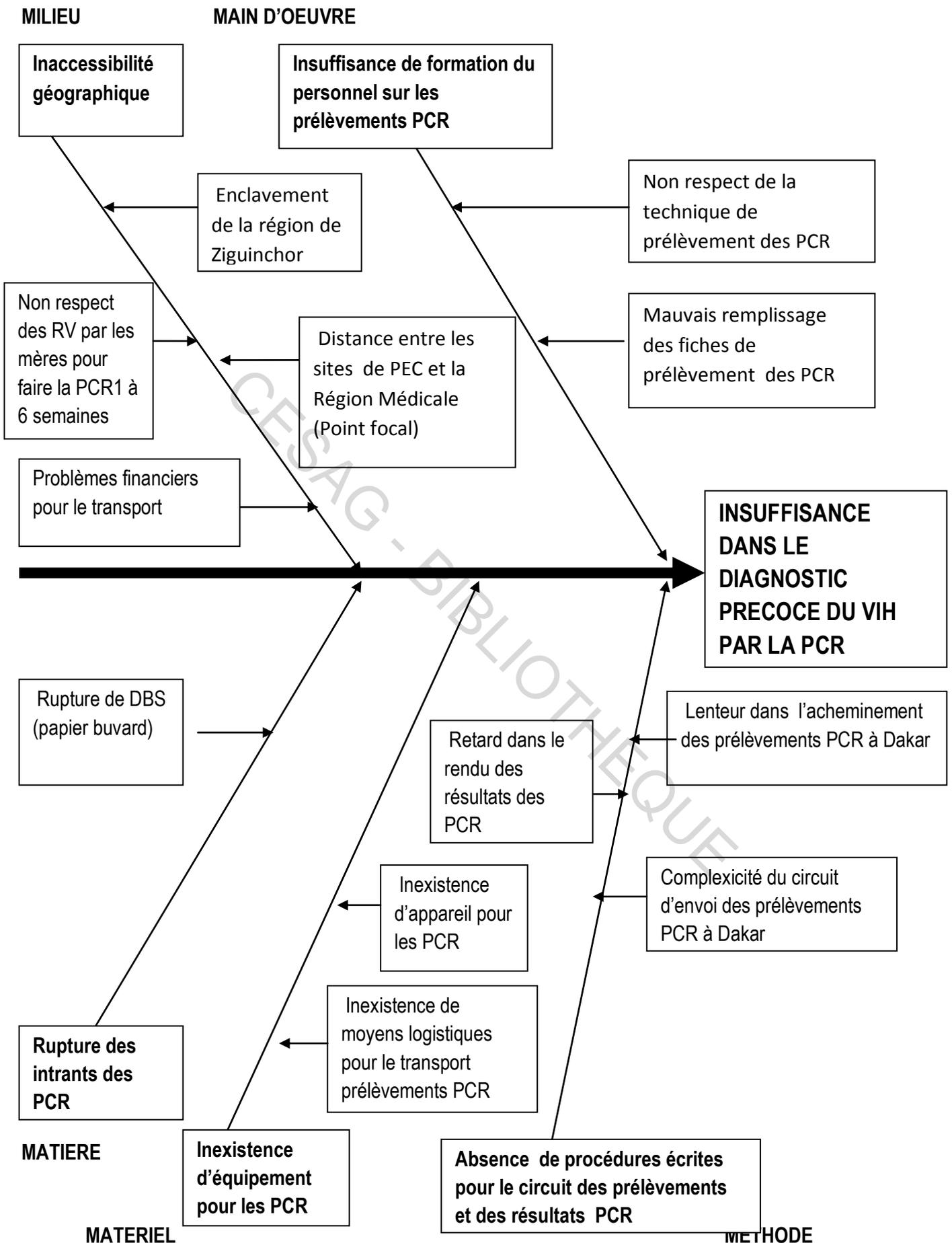


Figure 32:Diagramme d'ISHIKAWA

En fonction des résultats du diagramme d'Ishikawa, les causes relatives à l'insuffisance dans le diagnostic précoce du VIH par la PCR sont les suivantes :

- Insuffisances de formation sur la technique de prélèvement PCR
- Absence de procédures pour le circuit des prélèvements et des résultats PCR
- Inexistence d'équipement pour les PCR
- Inaccessibilité géographique des sites
- Rupture des intrants pour la PCR

7.2 Priorisation des causes du problème

Après l'identification et la validation des causes à partir du brainstorming, une priorisation a été faite par le groupe nominal.

Pour ce faire, ces différentes causes validées ont été dressées dans un tableau. Chaque groupe par consensus a attribué une note comprise entre 1 et 10 selon l'importance et la solvabilité de la cause. Ainsi, il se pourrait que des causes importantes voire graves ne soient pas sélectionnées comme prioritaires parce qu'elles ne sont pas solvables. La priorisation des causes du problème a été faite par le vote pondéré.

Tableau XXVIII: Priorisation des causes

CAUSES	NOTES	TOTAL	RANG
Insuffisances de formation sur la technique de prélèvement PCR	3+1+2	6	5 ^{ème}
Absence de procédures pour le circuit des prélèvements et des résultats PCR	7+8+9	24	1^{er}
Inexistence d'équipement pour les PCR	5+6+3	14	3 ^{ème}
Inaccessibilité géographique	6+5+4	15	2 ^{ème}
Rupture des intrants pour la PCR	4+3+3	10	4 ^{ème}

Source : groupe nominal

L'absence de procédures pour le circuit des prélèvements PCR a été retenue comme cause principale de l'insuffisance dans le diagnostic précoce du VIH par la PCR.

CHAPITRE VIII: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

8.1. Identification des solutions

8.1.1. Revue de la littérature

La revue de la littérature nous a permis de connaître les différentes solutions envisagées dans d'autres contextes. Ainsi, nous présentons et analysons quelques modèles sur la prise en charge dans quelques pays dont la Côte d'Ivoire et le Mali.

Expérience de la Côte d'Ivoire: Exemple du Centre de Santé Action Sociale à Bouaké [12]

Créé en 1995 à Bouaké, le Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) met en œuvre des actions de prévention de la transmission mère enfant du VIH au profit des familles. L'association a également ouvert un centre de prise en charge globale des enfants infectés et affectés par le VIH. Le CSAS a démarré le dépistage précoce par PCR sur sang total en 2008 et sur papier buvard (PCR DBS) en 2009.

Dans ce Centre, plusieurs professionnels de la structure sont impliqués dans la réalisation de cet examen, selon leur fonction et selon un circuit bien défini. Les prélèvements sont réalisés par une infirmière, puis sont collectés par un conseiller qui les confie à une compagnie de transport de la place, informe le bureau national de la fondation Elisabeth Glaser (EGPAF) à Abidjan, à qui il communique toutes les coordonnées du colis ; celui-ci est réceptionné par ce bureau pour être acheminé au laboratoire du RETROCI pour la réalisation du test. Les résultats des tests parviennent au CSAS dans un délai d'un à deux mois à partir de la date d'acheminement, par le bureau local de la fondation Elisabeth Glaser (EGPAF). Les conseillers, ainsi que l'assistant Social, sont chargés de l'annonce des résultats lors des RDV des enfants. En cas de résultat positif, le service social convoque immédiatement les parents pour l'annonce et la prise en charge médicale de l'enfant (le service médical intervient lors de l'annonce pour renforcer l'information de la famille si besoin). En 2012, l'équipe a observé une nette amélioration dans la réalisation de la PCR. Cette amélioration est tributaire de la disponibilité des réactifs au niveau central et dans le retour des résultats, par rapport aux années antérieures. En effet sur 106 PCR réalisées, au profit de 86 nourrissons, dont 75 nouvellement suivis (75 PCR1 et 31 PCR2), 98 résultats ont été reçus soit un taux de rendu des résultats de 92%. Ce résultat encourageant est obtenu grâce à une bonne qualité des prélèvements réalisés (les cartes DBS défectueuses sont systématiquement rejetées par le laboratoire RETROCI le jour même de leur réception), d'une bonne disponibilité des intrants et d'un bon circuit d'acheminement sans oublier la formation du médecin responsable et le renforcement de capacités de l'équipe. Ceci a permis aux équipes de travailler de façon plus sereine dans l'offre de services et dans le discours tenu aux familles sur le suivi de l'enfant exposé.

Cette expérience montre qu'il est possible, même pour un centre de prise en charge situé en province, d'offrir de façon systématique un dépistage précoce par PCR à tous les nourrissons exposés en suivi. La disponibilité permanente de l'offre de services par le laboratoire du niveau central est bien entendu un préalable indispensable. Mais surtout, le Centre SAS a mis en place une procédure simple (utilisation d'une compagnie de transport en commun régulière) et rigoureuse (réalisation de tests de qualité, contact fiable en capitale averti lors de l'envoi et assurant le lien avec le laboratoire) pour mener à bien cette activité.

Expérience du Mali

Les prélèvements PCR sont effectués au niveau des laboratoires des sites où les agents sont formés. Quatre (04) véhicules sont achetés dans le cadre du programme pour l'acheminement des prélèvements des sites vers les laboratoires pour éviter de donner le bulletin à la mère [27].

Au niveau de la capitale (Bamako), le véhicule de CSLS prend les prélèvements et les achemine au niveau du laboratoire de référence (INRSP) après réception et saisie au niveau du CSLS/MS.

Au niveau des régions, un contrat est établi avec les compagnies de transport. Ainsi, les transporteurs en commun amènent les prélèvements au niveau de la cellule du CSLS qui les récupère et les achemine vers le laboratoire de référence (INRSP) après les avoir saisis. Les résultats effectuent le même circuit. Dans chaque région, il y a un point focal régional qui est en contact avec la cellule pour l'avertir de la présence de prélèvements dans tel véhicule.

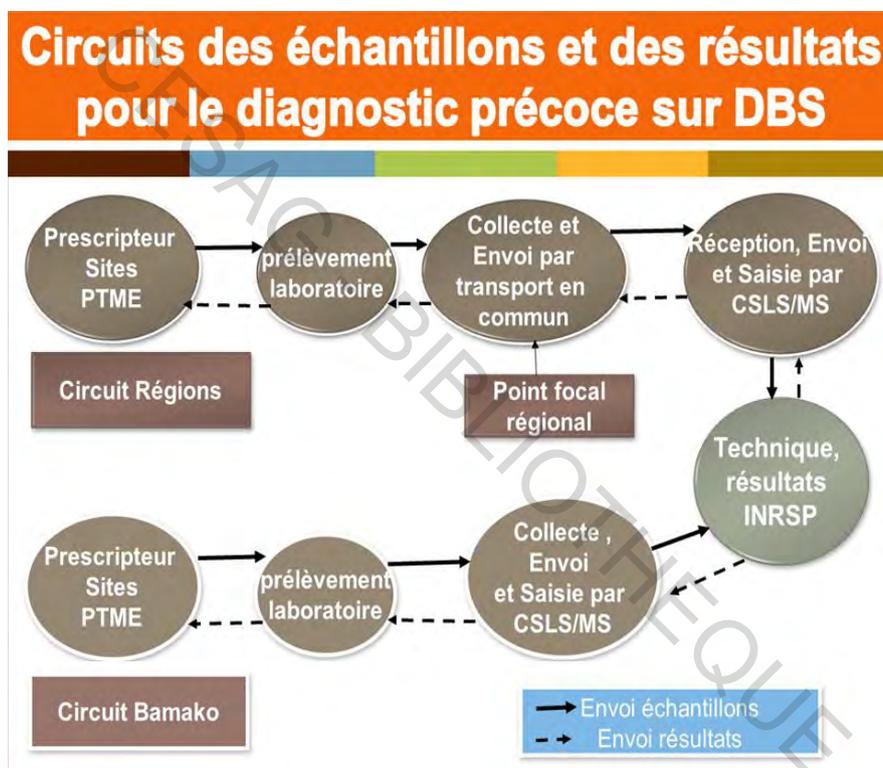


Figure 33 : Circuit des prélèvements et résultats PCR au Mali

8.1.2. Solutions identifiées dans notre étude

Dans notre étude, les solutions suivantes ont été proposées pour résoudre le problème posé :

- Améliorer le circuit des prélèvements et le délai du rendu des résultats des PCR par la définition des procédures;
- Assurer la disponibilité permanente des intrants PCR;
- Rendre disponible l'équipement PCR au niveau régional;
- Permettre aux laboratoires des sites d'envoyer directement les prélèvements au LBV à Dakar;
- Etablir une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun pour le transport des prélèvements à Dakar.

8.2. Priorisation des solutions

Les différentes solutions proposées et validées par les participants qui sont répartis en 3 groupes (G1, G2 et G3) ont fait l'objet de priorisation selon les critères ci-dessous:

Faisabilité technique de la solution: est-il techniquement facile de mettre en œuvre la solution; plus la mise en œuvre est facile plus le point à attribuer est élevé;

Très facile=5 Facile=3 Pas facile =1

Coût de la solution: il s'agit ici du coût estimatif que va nécessiter la mise en œuvre de la solution; plus ce coût est faible, plus le point à attribuer est élevé;

Faible=5 Moyen=3 élevé=1

Délai de sa mise en œuvre: le temps qu'il faut pour la mettre en œuvre; plus ce temps est court, plus le point à attribuer est élevé;

Court=5 Moyen=3 Long=1

Soutien des responsables: les responsables soutiennent-ils la mise en œuvre de la solution? Plus le soutien est fort plus le point est élevé.

Ferme=5 Moyen=3 Faible=1

D'abord, nous avons procédé à la pondération des solutions validées suivant les 4 critères choisis. Le tableau ci-dessous donne les résultats.

Tableau XXIX: Pondération des solutions en fonction des critères

Solutions	Critères			
	Faisabilité	Coût	Délai	Soutien
Améliorer le circuit des prélèvements et le délai du rendu des résultats des PCR par la définition des procédures	5+5+5=15	3+5+3=11	5+3+3=11	5+5+3=13
Assurer la disponibilité permanente des intrants PCR	1+3+3=7	1+3+3=7	1+1+1=3	3+5+5=13
Rendre disponible l'équipement PCR au niveau régional	3+3+5=11	1+1+1=3	1+1+1=3	5+3+5=13
Permettre aux laboratoires des sites d'envoyer directement les prélèvements au LBV	3+1+1=5	1+1+3=5	1+1+3=5	1+1+1=3
Etablir une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun	3+5+3=11	3+3+3=6	1+3+3=7	5+5+3=13

Ensuite, nous avons procédé à la pondération des critères suivant le poids de chacun de ces critères sur la solution à mettre en œuvre. Ainsi, nous obtenons le coefficient de pondération de chaque critère. Pour ce faire, chacun des groupes dispose de 10 points à répartir entre les 4 critères. Le tableau ci-dessous donne les résultats.

Tableau XXX: Pondération des critères selon leur poids sur la mise en œuvre de la solution

Critères	G1	G2	G3	Score	Coefficient de pondération
Faisabilité technique de la solution	5	5	5	15	$0,48*10=4,8$
Coût de la solution	2	3	4	9	$0,29*10=2,9$
Délai de sa mise en œuvre	2	1	1	4	$0,13*10=1,3$
Soutien des responsables	1	1	1	3	$0,09*10=0,9$

Enfin nous avons affecté le coefficient de pondération des différents critères au tableau XXXI. Nous obtenons le tableau suivant.

Tableau XXXI: Priorisation des solutions selon les critères de réalisation

solutions	Critères				
	Faisabilité	Coût	Délai	Soutien	Score
Améliorer le circuit des prélèvements et le délai du rendu des résultats des PCR par la définition des procédures	15*4.8=72	11*2.9=31.9	11*1.3=14.3	13*0.9=11.7	129.9
Assurer la disponibilité permanente des intrants PCR	7*4.8= 33.6	7*2.9= 20.3	3*1.3= 3.9	13*0.9= 11.7	69.5
Rendre disponible l'équipement PCR au niveau régional	11*4.8= 52.8	3*2.9= 8.7	3*1.3= 3.9	13*0.9= 11.7	77.1
Permettre aux laboratoires des sites d'envoyer directement les prélèvements au LBV	5*4.8= 24	5*2.9= 14.5	5*1.3= 6.5	3*0.9= 2.7	47.7
Etablir une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun le transport des prélèvements à Dakar	11*4.8= 52.8	6*2.9= 17.4	7*1.3= 9.1	13*0.9= 11.7	91

L'amélioration du circuit des prélèvements et des résultats de la PCR ainsi que l'établissement d'une convention avec la compagnie de transport en commun pour transporter les prélèvements au LBV à Dakar ont été retenus comme solutions prioritaires.

8.3. Justification du choix de la solution

Nous pensons que la définition d'un circuit clair d'acheminement des prélèvements PCR et la signature d'une convention avec une compagnie de transport en commun pour l'envoi de ces prélèvements à Dakar permettra sans nul doute, d'améliorer fortement la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH. En effet, cette solution proposée aboutira à une réduction de 70 jours à 15 jours le temps qui s'écoule entre la réalisation

du prélèvement et le rendu du résultat. Ce qui permettra de faire un dépistage précoce des enfants en vue d'une meilleure prise en charge.

Le tableau suivant montre la durée moyenne actuelle des prélèvements PCR que nous nous proposons de réduire à 15 jours à travers la solution que nous avons préconisée.

Tableau XXXII: Détermination de la durée moyenne de rendu de quelques résultats PCR

Référence Prélèvements	Date prélèvements	Date arrivée à HALD	Date de rendu résultats	Délai envoi (jours)	Délai de Rendu résultats (jours)	Durée totale (jour)
13302-HALD	13/08/2014	02/09/2014	01/10/2014	21	29	50
13304-HALD	18/07/2014	02/09/2014	01/10/2014	47	29	76
13299-HALD	01/08/2014	02/09/2014	01/10/2014	33	29	72
13288-HALD	09/07/2014	02/09/2014	01/10/2014	56	29	85
13287-HALD	17/07/2014	02/09/2014	01/10/2014	48	29	77
13307-HALD	01/08/2014	02/09/2014	01/10/2014	33	29	72
13305-HALD	28/07/2014	02/09/2014	01/10/2014	37	29	66
13308-HALD	07/07/2014	02/09/2014	01/10/2014	58	29	87
13309-HALD	07/07/2014	02/09/2104	01/10/2014	58	29	87
13550-HALD	20/09/2014	14/10/2014	13/11/2014	25	30	55
Durée moyenne				41,6	29,1	70,7

Source: nous-même

L'analyse de ce tableau montre que les prélèvements PCR font en moyenne 41 jours avant d'être reçus par le Laboratoire de référence (LBV). Au niveau du laboratoire LBV, les prélèvements restent environ 29 jours avant d'être analysés. Ceci nous permet de conclure qu'entre la date de prélèvement et la date de rendu des résultats il faut en moyenne 70 jours soit 2 mois 10 jours.

CHAPITRE IX: MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

9.1. Cadre logique

Le cadre logique est un outil de gestion de projet créé en 1970 sous l'égide de l'U.S.A.I.D., pour répondre aux besoins de planification, de gestion et d'évaluation des projets. Il permet :

- ✓ de mettre en évidence les liens logiques entre les objectifs et les sous objectifs du projet ;
- ✓ d'identifier les indicateurs et les conditions extérieures qui peuvent influencer l'atteinte des objectifs.

Ce cadre utilise une logique verticale et une logique horizontale.

La logique verticale définit le but ou finalité du projet, l'objectif général, les objectifs spécifiques, les extrants ou résultats et les intrants ou activités du projet.

La logique horizontale comporte les indicateurs objectivement vérifiables (IOV), les moyens de vérification (MDV) et les conditions critiques (CC) ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet ou programme hormis les phénomènes naturels, les guerres [1]

9.1.1. But du projet

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants vivants avec le VIH/SIDA dans la région de Ziguinchor

9.1.2. Objectif général

Améliorer le circuit des prélèvements et des résultats PCR au niveau de la région de Ziguinchor.

9.1.3. Objectif spécifique

Réduire de 2 mois à 15 jours le délai de rendu des résultats PCR à partir de Janvier 2016;

Elaborer un manuel de procédures pour le circuit des prélèvements.

9.1.4. Activités

Organiser un atelier de concertation de 2 jours sur le circuit des prélèvements et des résultats PCR,

Organiser en 1 jour, un atelier d'élaboration d'un manuel de procédures pour le circuit des prélèvements,

Signer une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun pour le transport des prélèvements PCR à la DLSI.

Tableau XXXIII: Cadre logique de la mise en œuvre de la solution

RESUME NARRATIF	IOV	MDV	CONDITIONS CRITIQUES
<p>BUT DU PROJET</p> <p>Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants infectés ou exposés au VIH/SIDA dans la région de Ziguinchor</p>	<p>Nombre de nouvelles infections</p> <p>% d'EVVIH bénéficiant d'une meilleure qualité de vie</p> <p>% d'enfants de moins de 5 ans diagnostiqués positifs au VIH et mis Sous TAR</p>	<p>Enquête sur la qualité de la PEC des EVVIH</p> <p>Registres de dépistage</p> <p>Registres TAR</p>	<p>Adhésion des parents pour dépistage précoce de leurs enfants</p> <p>Engagement des prestataires</p>
<p>OBJECTIF GENERAL</p> <p>Améliorer le circuit des prélèvements et des résultats PCR au niveau de la région de Ziguinchor.</p>	<p>% de prestataires qui connaissent et utilisent le circuit d'envoi des prélèvements PCR</p>	<p>Rapport d'enquête</p>	<p>Engagement des prestataires</p>
<p>OBJECTIFS SPECIFIQUES</p> <p>Réduire de 2 mois à 15 jours le délai de rendu des résultats PCR à partir de Janvier 2016</p> <p>Elaborer un manuel de procédures</p>	<p>Délai de rendu des résultats PCR</p> <p>Disponibilité du manuel de procédures</p>	<p>Fiches d'envoi et de rendu des résultats</p> <p>Document du manuel disponible</p>	<p>Engagement des parties signataires de la convention</p>

<p>RESULTATS ATTENDUS</p> <p>R.1: Un atelier de concertation sur le circuit des prélèvements est organisé</p> <p>R.2: Un atelier d'élaboration du manuel de procédures est organisé</p> <p>R.3: Les prélèvements et résultats PCR sont transportés par voie routière</p>	<p>Un circuit des prélèvements est défini</p> <p>un manuel de procédures est élaboré</p> <p>Nombre de prélèvements et résultats transportés par voie routière</p>	<p>Existence d'un circuit des prélèvements</p> <p>Un manuel de procédures disponible</p> <p>Fiches d'envoi et de rendu des résultats PCR</p>	<p>Disponibilité des prestataires et des ressources financières</p>
<p>ACTIVITES</p>			
<p>A.1: Organiser un atelier de concertation sur le circuit des prélèvements et des résultats PCR</p> <p>A.2: Organiser en un jour, un atelier d'élaboration d'un manuel de procédures pour le circuit des prélèvements</p> <p>A.3: Signer une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun pour le transport des prélèvements PCR à la DLSI</p>	<p>Un atelier de concertation sur le circuit des prélèvements est organisé</p> <p>Un atelier d'élaboration d'un manuel de procédures sur le circuit PCR est tenu</p> <p>Une convention entre la RMZ et une compagnie de transport routier est signée</p>	<p>Rapport de l'atelier de concertation</p> <p>Rapport de l'atelier d'élaboration d'un manuel de procédures</p> <p>Existence d'une convention entre la RMZ et la compagnie routière choisie</p>	<p>Disponibilités des prestataires et des ressources financières</p> <p>Volonté et leadership des parties prenantes</p>

9.2. Plan d'actions opérationnel

Tableau XXXIV: Plan d'actions opérationnel

ACTIVITES	RESPONSABLES	PERIODE		RESSOURCES	SOURCES DE FINANCEMENT
		DEBUT	FIN		
ACTIVITE 1 : Organiser un atelier de concertation sur le circuit des prélèvements					
Identifier les participants à l'atelier de concertation sur le circuit des prélèvements PCR	Coordonnateur UAR	01/06/2015	01/06/2015	1 salle de réunion, Termes de référence de l'atelier, participants, budget, Fournitures de bureau	FHI360/USAID, CNLS/FM
Mobiliser les ressources financières et matérielles pour la tenue de l'atelier	Coordonnateur UAR	01/06/2015	01/07/ 2015		
Déterminer une date de tenue de l'atelier	Coordonnateur UAR	01/07/2015	01/07/ 2015		
Inviter les participants à l'atelier de concertation	Coordonnateur UAR	01/07/2015	01/07/ 2015		
Tenir l'atelier de concertation		21/07/2015	22/07//2015		
ACTIVITE 2: Organiser un atelier d'élaboration d'un manuel de procédures sur le circuit des prélèvements PCR					
Identifier les personnes ressources pour l'élaboration d'un manuel de procédures sur le circuit des prélèvements PCR	MCR	25/08/2015	25/08/2015	1 salle de réunion, Termes de référence de l'atelier, participants, budget,	FHI360/USAID, CNLS/FM
Mobiliser les ressources financières et matérielles pour	MCR	25/08/2015	25/09/2015		

la tenue de l'atelier sur l'élaboration du manuel de procédures				Fournitures de bureau, comité de rédaction	
Déterminer une date de tenue de l'atelier d'élaboration du manuel de procédures	Coordonnateur UAR	25/09/2015	25/09/2015		
Inviter les personnes ressources à l'atelier	Coordonnateur UAR	25/09/2015	25/09/2015		
Tenir l'atelier d'élaboration du manuel de procédures		29/09/2015	29/09/2015		
Valider et imprimer le manuel de procédures	Comité de rédaction	13/10/2015	15/10/2015		
Diffuser le manuel de procédures à tous les acteurs	Coordonnateur UAR	19/10/2015	22/10/2015		
ACTIVITE 3: Signer une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun					
Tenir une réunion entre l'ECR et la compagnie de transport routier choisie pour discuter de la pertinence de cette convention	MCR et Représentant régional de la compagnie de transport routier	01/09/2015	01/09/2015		
Procéder à la signature de la convention	MCR et Représentant régional de la compagnie de transport routier	15/09/2015	15/09/2015		

9.3. Chronogramme des activités

Tableau XXXV: Chronogramme des activités

Activités	Périodes (01 Juin 2015 au 22 Octobre 2015)					Responsables
	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	
Organisation d'un atelier de concertation sur le circuit des prélèvements						ECR
Organisation d'un atelier d'élaboration d'un manuel de procédures sur le circuit des prélèvements PCR						ECR
Signature d'une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun						MCR et Représentant de la compagnie de transport en commun choisie

9.4. Budgétisation

Pour mettre en œuvre la solution à notre problème, voilà le budget prévisionnel que nous nous proposons d'exécuter. Il faut noter que le projet est prévu pour une durée d'un an le temps de terminer la construction de locaux abritant l'équipement complet de PCR à l'Hôpital Régional de Ziguinchor mais également la disponibilité de cet équipement et le démarrage effectif de la technique PCR. Pour la durée du projet, nous projetons d'envoyer toutes les semaines les prélèvements PCR à Dakar et recevoir les résultats tous les 15 jours. Nous avons également prévu d'identifier neuf (9) points focaux PCR dont un à la DLSI, un au LBV, un à la RMZ et un dans chaque structure de prise en charge des EVVIH qui sont au nombre de six (6).

Tableau XXXVI: Budget du projet

Rubriques	Nombre	Jours/km	Cout unitaire	Montant (F CFA)	sources de financement
A1/Atelier de concertation sur le circuit des prélèvements PCR					
Identification et invitation des participants à l'atelier				-	FHI360/USAID
Location salle	1	2	20 000	40 000	
Pause-café	37	2	1 500	111 000	
Pause déjeuner	37	2	1 500	111 000	
Primes de facilitation	6	2	20 000	240 000	
Per diem des participants résidents	14	2	7 500	210 000	
Per diem des participants non-résidents	20	2	15 000	600 000	
Per diem du personnel d'appui (secrétaire et comptable, chauffeur)	3	2	7 500	45 000	
Remboursement de transport DS Bignona	5	60	50	15 000	
Remboursement de transport DS Oussouye	5	80	50	20 000	
Remboursement de transport DS Thionck-Essyl	5	150	50	37 500	
Remboursement de transport DS Diouloulou	5	160	50	40 000	
Fournitures de bureau	37	1	2 000	74 000	
Reprographie	1	1	30 000	30 000	
Sous Total 1				1 573 500	

A2/Atelier d'élaboration du manuel de procédures sur le circuit des prélèvements PCR						
Identification et invitation des participants à l'atelier					-	FHI360/USAID
Location salle	1	2	20 000	40 000		
Pause café	26	2	1 500	78 000		
Pause déjeuner	26	2	1 500	78 000		
Primes de facilitation	6	2	20 000	240 000		
Per diem des participants résidents	11	2	7 500	165 000		
Per diem des participants non résidents	12	2	15 000	360 000		
Per diem du personnel d'appui (secrétaire et comptable, chauffeur)	3	2	7 500	45 000		
Remboursement de transport DS Bignona	3	60	50	9 000		
Remboursement de transport DS Oussouye	3	80	50	12 000		
Remboursement de transport DS Thionck-Essyl	3	150	50	22 500		
Remboursement de transport DS Diouloulou	3	160	50	24 000		
Fournitures de bureau	26	1	2 000	52 000		
Reprographie	1	1	30 000	30 000		
Sous Total 2				1155 500		
A3/Validation du Manuel de procédures						
Location salle	1	1	20 000	20 000	CNLS/FM	
Pause café	16	1	2 000	32 000		
Per diem participants résidents	8	1	7 500	60 000		
Per diem participants non résidents	8	1	15 000	120 000		
Remboursement de transport DS Bignona	2	60	50	6 000		
Remboursement de transport DS Oussouye	2	80	50	8 000		
Remboursement de transport DS Thionck-Essyl	2	150	50	15 000		
Remboursement de transport DS Diouloulou	2	160	50	16 000		
Sous Total 3				277 000		
A4/Edition du Manuel de procédures						
Facture de l'imprimeur	40	1	15 000	600 000	CNLS/FM	
Diffusion de Manuel au niveau des Districts (100 Litres de Gazoil)	100	1	690	69 000		

Sous Total 4				669 000	
A5/Signature de la convention entre la compagnie de transport aérien et la DLSI					
Réunion avec les parties prenantes (Pas de frais)				-	
Sous Total 5				-	
A6/Coût prévisionnel du transport des prélèvements par la compagnie de transport en commun					
Acheminement des échantillons à Dakar (1colis par semaine)	1	48	7 500	360 000	RMZ et PARTENAIRES FINANCIERS
Forfait SMS et/ou téléphone pour le rendu des résultats	9	12	2 500	270 000	
Rendu des résultats à travers la compagnie par tous les 15 jours	1	24	7 500	180 000	
Prime de motivation mensuelle des points focaux PCR de la région	7	12	15 000	1 260 000	
Sous Total 6				2 070 000	
Total Général				5 745 000	

9.5. Suivi et Evaluation

9.5.1. Rappel sur les concepts de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation produisent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un programme et parvenir aux résultats escomptés à court et à long termes.

Suivi:

C'est une fonction de gestion continue et un instrument pour suivre les intrants, activités, extrants et dans une moindre mesure, les effets directs afin de vérifier si la mise en œuvre du projet correspond au programme de travail et au projet dans son concept et sa formulation.

Evaluation:

C'est un examen périodique des interventions en cours et terminées qui permet d'étudier la pertinence, le bon fonctionnement, l'efficacité et la durabilité des interventions ainsi que leurs effets, attendus ou non, et si possible, leur impact à long terme.

9.5.2. Suivi de la mise en œuvre de la solution

Le suivi de l'exécution se fera sur la base d'indicateurs d'intrants, de processus et d'extrants. Le suivi portera essentiellement sur l'organisation d'un atelier concertation sur le circuit des prélèvements PCR, l'élaboration du manuel de procédures sur le circuit et la signature d'une convention entre la RMZ et la compagnie de transport en commun.

9.5.3. Evaluation de la mise en œuvre de la solution

L'évaluation du projet se fera sur la base d'indicateurs d'effet et d'impact. Il s'agira d'évaluer l'efficacité de la stratégie mise en œuvre au bout de 6 mois d'exécution. Cette évaluation portera sur la qualité du dépistage précoce du nourrisson, sur la qualité de la prise en charge précoce mais également sur la morbidité et mortalité dues au sida.

Tableau XXXVII: Suivi et Evaluation

Indicateurs du Suivi			Indicateurs d'Evaluation	
INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	EFFETS	IMPACT
Ressources humaines,	Organisation d'un atelier de concertation sur le circuit des prélèvements PCR	Circuit des prélèvements PCR défini	Envoi rapide des prélèvements PCR	Augmentation de la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH
Ressources matérielles	Elaboration d'un manuel de procédures pour le circuit des prélèvements PCR	Manuel de procédures élaboré	Délai de rendu des résultats réduit	
Ressources financières	Signature d'une convention entre la RMZ et une compagnie de transport en commun	Document de la convention signée	Dépistage précoce du VIH chez les enfants	Réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida
Documents de politiques sur la PTME et la PEC des EVVIH disponibles				

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

CHAPITRE X: RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, en plus des solutions possibles préconisées ci-dessus, nous formulons des recommandations suivantes dont l'application permettra d'améliorer fortement la qualité de la PEC des EVVIH:

A l'endroit du Ministère de la santé

- Renforcer l'effectif du personnel qualifié au niveau des districts sanitaires pour une meilleure prise en charge des PVVIH;
- Affecter des Assistants sociaux dans les Districts de Diouloulou, Thionck-Essyl et Oussouye;
- Relever le plateau technique des structures surtout pour le suivi immuno-virologique par la mise en place d'équipement PCR au niveau régional;
- Accélérer le démarrage du projet de couverture médico-sociale des groupes vulnérables.

A l'endroit du CNLS et/ou de la DLSI

- Réorganiser l'UAR pour la rendre plus autonome en vue de mener correctement ses activités;
- Réparer les appareils de mesure des CD4 non fonctionnels ou bien rééquiper les structures sanitaires;
- Assurer une maintenance préventive de tous les équipements de laboratoire de la région;
- Accélérer le réaménagement des locaux du laboratoire du CHRZ afin de démarrer l'utilisation de l'appareil de mesure de la charge virale;
- Adopter des stratégies avancées pour encourager le dépistage précoce du VIH chez les enfants;
- Veiller à la disponibilité permanente de tous les réactifs pour le bilan de suivi biologique.

A l'endroit de la Région Médicale de Ziguinchor

- Assurer la formation ponctuelle et continue de tout le personnel impliqué dans la prise en charge du VIH;
- Organiser des supervisions régulières au niveau des sites de PEC des PVVIH;
- Harmoniser les modèles de dossiers de suivi des Enfants au niveau des structures sanitaires;
- Rendre disponibles ces dossiers harmonisés dans tous les sites de prise en charge des enfants;
- Décentraliser certains aspects du suivi thérapeutique au niveau des postes de santé;
- Etablir une note de service portant désignation de point focal PCR dans chaque structure de PEC des EVVIH.

A l'endroit de Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA)

- Rendre disponible toute la gamme de médicaments ARV pédiatriques dans la région de Ziguinchor;
- Informer régulièrement les sites de PEC des PVVIH de la disponibilité ou non des médicaments en général.

A l'endroit des prestataires de santé impliqués dans la prise en charge des EVVIH

- Veiller à la complétude dans le remplissage des dossiers enfants;
- Mettre en place une stratégie d'incitation des familles à faire dépister leurs enfants;
- Amorcer le processus de l'annonce du statut sérologique aux enfants âgés de 8 ans et plus;
- Diversifier le choix des protocoles TAR dans la mesure du possible pour éviter les résistances.

A l'endroit de l'UAR

- Veiller à la remontée des données des districts dans les meilleurs délais;
- Renforcer la sensibilisation aux populations pour faciliter le recours au test de dépistage du VIH;
- Elargir le diagnostic du VIH chez les jeunes enfants dans le cadre des Journées pour la santé de l'enfant.

A l'endroit des partenaires financiers

- Reprendre le financement du programme OEV pour l'accompagnement psychosocial des EVVIH;
- Faciliter l'accès aux soins par une politique de gratuité du coût du bilan et des ordonnances hors programmes;
- Financer des activités génératrices de revenus à l'intention des parents des EVVIH.

A l'endroit des parents des EVVIH

- Recourir le plus vite possible en cas de besoin aux structures sanitaires;
- Veiller au respect des Rendez-vous pour la réalisation des PCR;
- Choisir la personne la mieux indiquée pour assurer correctement le suivi de l'enfant;
- Eviter de diversifier les accompagnateurs de l'enfant suivi.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

CONCLUSION

Depuis presque trente ans, le VIH et le sida dévastent la vie de personnes et de familles entières, qui sont confrontées à des décès tragiques prématurés et doivent assumer un lourd fardeau médical, social et financier. Bien que le cas particulier des enfants ait toujours eu sa place dans la gamme des besoins liés au VIH, il a été quelque peu occulté par l'ampleur de l'épidémie parmi la population adulte.

Cependant, grâce à l'accès à davantage d'informations et à des mesures accélérées, le destin des enfants confrontés à l'épidémie du sida est en train de changer.

Aujourd'hui, la question des enfants n'est plus éclipsée par le problème omniprésent du VIH et du sida dans son ensemble et les enfants tiennent désormais une place centrale dans les stratégies et les actions destinées à prévenir et à traiter l'épidémie.

Dans un tel contexte, la prise en charge des enfants vivant avec le VIH exige des stratégies multisectorielles abordant des domaines beaucoup plus variés que la Médecine.

C'est ainsi que, dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH dans la région de Ziguinchor, notre étude se proposait d'analyser dans sa globalité la qualité de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH, à travers le dépistage du VIH dans le cadre de la PTME, la prise en charge médicale et psychosociale.

Nous avons pour cela, réalisé une étude qualitative mais également quantitative à visée descriptive. Ainsi des guides d'entretien ont été administrés à 77 Accompagnateurs des EVVIH et à 26 prestataires impliquées dans la prise en charge des EVVIH, toutes catégories socioprofessionnelles confondues (Médecines, Biologistes, Assistants Sociaux, Dispensateurs). A ces guides d'entretien, il s'est ajouté la revue des dossiers enfants.

Les résultats de l'étude nous ont permis de mettre en exergue un certain nombre de problèmes liés à la qualité de prise en charge de ces enfants parmi lesquels nous pouvons citer: le retard ou l'absence de l'annonce du statut sérologique aux enfants âgés de plus de 8 ans, faible dépistage de la fratrie, retard dans le diagnostic précoce du VIH chez des enfants... etc.

Face à ces multiples problèmes, il était nécessaire de procéder à une démarche de priorisation. Ce qui nous a permis de choisir comme problème prioritaire l'insuffisance du diagnostic précoce du VIH par la PCR. Cette insuffisance se caractérise par l'absence de circuit formalisé pour l'acheminement des prélèvements PCR à Dakar, le retard dans le rendu des résultats PCR, l'absence de moyens logistiques pour récupérer et envoyer les prélèvements à Dakar, l'insuffisance de formation du personnel sur la technique de prélèvement PCR, la rupture de DBS... etc. En effet, trop souvent, l'infection à VIH est diagnostiquée tard, au stade sida, et ce retard au dépistage empêche les personnes infectées de bénéficier pleinement des traitements. Aujourd'hui, il est possible à tout moment de faire une démarche de dépistage et d'accéder rapidement à des soins, à un soutien approprié et donc à une meilleure qualité de vie quelles que soit la situation, l'importance du risque pris et son ancienneté.

La solution prioritaire identifiée pour résoudre ce problème est la définition de procédures pour le circuit des prélèvements et la signature d'une convention entre la région médicale de Ziguinchor et une compagnie de

transport en commun pour l'acheminement des prélèvements au Laboratoire de Bactériologie-Virologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

La mise en œuvre du plan stratégique proposé et le respect des recommandations contribueront, sans nul doute, à accélérer le dépistage précoce des enfants infectés et à leur assurer une prise en charge de qualité. A cela, il faut ajouter d'autres mesures d'accompagnement telles que la disponibilité des ARV, la formation du personnel et la supervision régulière de ce personnel qui vont également concourir à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des EVVIH.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADEDJOU MAN Y.

Contribution à l'amélioration du système d'information de gestion des médicaments de la pharmacie au Centre Hospitalier National Universitaire d'Enfants Albert Royer de Dakar. Mémoire CESAG, 2010.

2. Agence Nationale de la statistique et de la démographie, République du Sénégal

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE), Rapport définitif 2013. 418 Pages.

3. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, République du Sénégal

Situation économique et sociale du Sénégal en 2011

4. Conseil National de Lutte Contre le Sida-Sénégal.

Bulletin d'information, Novembre 2013

5. Conseil National de Lutte Contre le SIDA/Sénégal

Plan National d'Action du Sénégal 2005-2006 pour la prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA au Sénégal.

6. Conseil National de Lutte Contre le Sida-Sénégal

Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2011-15

7. Conseil National de Lutte Contre le Sida-Sénégal.

Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2014-2017

8. Conseil National de Lutte Contre le SIDA.

Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Sénégal 2012-2013, Mars 2014

9. DIAKITE N.

Analyse du système de suivi-évaluation du Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le SIDA (Secteur Santé Division SIDA/IST) au Sénégal: Région Médicale de Dakar. Mémoire CESAG/GSS, 2010.

10.DIALLO B.

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des enfants séropositifs sous traitements antirétroviraux : Cas du Service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako-Mali, Janvier 2004

11.Forum économique de la région de Ziguinchor du 18 au 21 Mai 2011.

Rapport de synthèse Mai 2011.

12.GRANDIR. . INFO n° 36 de Mai 2013

Expérience positive dans la réalisation de la PCR: Exemple du CSAS à Bouaké. Source: www.grandir.sidaction.org

13.KABA F.

Analyse de la prise en charge pédiatrique de l'infection par le VIH au Sénégal: Cas de la Région de Dakar. Mémoire CESAG, 2008.

14.Ministère de la Santé et de l'Action Sociale/Division de Lutte Contre le SIDA et IST.

Nouvelles lignes directrices de traitement ARV chez l'enfant vivant avec le VIH, 2014.

15.NTIRANYIBAGIRA J.A.

Contribution à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des enfants infectés par le VIH/SIDA: Cas du CHNEAR. Mémoire CESAG, Septembre 2010.

16.Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, Juin 2013

17.ONUSIDA.

Enfants et VIH/SIDA, Juillet 2014.

18.ONUSIDA.

Fiche d'information 2014.

19.ONUSIDA.

Guide de terminologie de l'ONUSIDA, version révisée, Octobre 2011.

20.PENDA, GODY et SYLLA.

Restitution de l'atelier 1 de partage d'expériences de 6 pays d'Afrique sur l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: tenu à Paris – Institut Pasteur. Protocoles thérapeutiques et aspects médicaux de la PTME, 17 novembre 2011.

21.Programme Santé de l'USAID-Composante VIH-SIDA et TB.

Analyse et cartographie de la vulnérabilité du VIH. Rapport de la région de Ziguinchor, 2013.

22.Rapport OMS.

Atelier pour le renforcement des capacités de laboratoire dans le cadre de la réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Dakar, Sénégal, 15-18 octobre 2001.

23.Réseau Africain pour les soins aux enfants affectés par le SIDA

Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique, édition révisée, Juillet 2006

24.SANGARE S.

Problématique de la prise en charge des OEV du fait du VIH/SIDA: cas de la ville d'Abidjan, 2008.

25.Sénégal/ONUSIDA-UNAids

Estimation VIH et SIDA, 2013. Source: www.unaids.org/regionscountriescountries/senegal

26.SIGNATE H. et MBAYE N.

Spécificités de la prise en charge de l'infection à VIH pédiatrique, 2008. Source: www.divisionsida-ist.sn

27.SYLLA M.

Décentralisation de la prise en charge VIH pédiatrique-Expérience du Mali, Document audiovisuel, 20 diapositives, 2012.

28.Task Order I.

Analyse Situationnelle des politiques liées au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. USAID/Initiative des Politiques de Santé, Janvier 2009.

29.TIMITE K. M., FOLQUET A.M. et al

Etat des lieux: Dépistage pédiatrique en Côte d'Ivoire, résultats et défis, Février 2012.

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
SOMMAIRE	x
INTRODUCTION	- 1 -
PREMIERE PARTIE: ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	- 5 -
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	- 5 -
1.1-Analyse de l'environnement	- 5 -
1.1.1. Environnement externe: le Sénégal	- 5 -
1.1.1.1. Situation géographique	- 5 -
1.1.1.2. Situation sociodémographique.....	7
1.1.1.3. Situation économique.....	8
1.1.1.4. Organisation administrative	8
1.1.1.5. Situation sanitaire au Sénégal.....	8
1.1.2. Environnement interne : la région de Ziguinchor	13
1.1.2.1. Découpage administratif et cadre physique.....	13
1.1.2.3. Caractéristiques économiques	15
1.1.2.4. Situation sanitaire de la région	16
1.2. Politique nationale de Prise en charge du VIH/sida au Sénégal.....	18
1.2.1-Cadre institutionnel	18
1.2.2-Critères d'accréditation des sites de prise en charge des PVVIH	20
1.2.3-Rôles et responsabilités des prestataires.....	21
1.2.4-Orientations stratégiques	23
CHAPITRE II: CADRE D'ETUDE	26
2.1. L'Unité d'Appui Régionale (UAR) de Ziguinchor	26
2.1.1. Contexte de création de l'UAR	26
2.1.2. Vision	27
2.1.3. Missions de l'UAR.....	27
2.1.4. Objectifs	27
2.1.5. Composition de L'UAR	27
2.1.6. Activités menées au niveau de l'UAR.....	27
2.1.7. Contraintes.....	28
2.1.8. Perspectives	28

2.2. Les Sites de prise en charge des EVVIH dans la région de Ziguinchor	28
CHAPITRE III: CADRE THEORIQUE	33
3.1. Problématique	33
3.1.1. Enoncé du problème	33
3.1.2. Ampleur du problème	34
3.1.3. Conséquences du problème	34
3.2. Justification et Intérêt	35
3.2.1. Justification	35
3.2.2. Intérêt	36
3.3. But et Objectifs de l'étude	36
3.3.1. But	36
3.3.2. Objectifs	36
3.4. Cadre conceptuel	37
3.4.1. Définition et explications des concepts	37
3.4.2. Particularités de l'infection à VIH chez l'enfant	39
3.4.3. Recommandations internationales de prise en charge pédiatrique du VIH	45
3.4.4. Nouvelles lignes directrices de la TAR chez l'enfant vivant avec le VIH/SIDA au Sénégal	47
3.4.5. Algorithme du diagnostic de l'enfant de moins de 14 mois exposé au VIH au Sénégal	50
DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE-RESULTATS DE L'ETUDE	52
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE	52
4.1. Type d'étude	52
4.2. Population d'étude	52
4.2.1. Critères d'inclusion	52
4.2.2. Critères de non inclusion	52
4.3. Echantillonnage	52
4.4. Collecte des données	52
4.5. Traitement et analyse des données	53
4.6. Chronogramme de l'étude	53
4.7. Limites et contraintes	54
CHAPITRE V : PRESENTATION DES RESULTATS	55
5.1. Résultats de l'entretien avec les mères ou accompagnateurs	55
5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères des enfants	55
5.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des enfants	58
5.2. Résultats de l'entretien avec les agents de Laboratoire	64
5.3. Résultats de l'entretien avec les Dispensateurs des ARV	67
5.4. Résultats de l'entretien avec les Médecins	70

5.5. Résultats de l'entretien avec les Travailleurs sociaux	72
5.6. Identification et priorisation des problèmes	73
5.6.1. Identification des problèmes	73
5.6.2. Synthèse des différents problèmes identifiés.....	79
5.6.3. Priorisation des problèmes	80
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS - RECOMMANDATIONS.....	84
CHAPITRE VI: ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENTRETIEN AVEC LES DIFFERENTS ACTEURS.....	84
CHAPITRE VII : IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME.....	87
7.1. Identification des causes	87
7.1.1. Les causes des insuffisances dans le diagnostic précoce par la PCR.....	87
7.1.2 Visualisation des causes du problème.....	88
7.2 Priorisation des causes du problème	91
CHAPITRE VIII: IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	92
8.1. Identification des solutions.....	92
8.1.1. Revue de la littérature	92
8.1.2. Solutions identifiées dans notre étude	93
8.2. Priorisation des solutions.....	94
8.3. Justification du choix de la solution	96
CHAPITRE IX: MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	98
9.1. Cadre logique	98
9.2. Plan d'actions opérationnel	101
9.3. Chronogramme des activités	103
9.4. Budgétisation	104
9.5. Suivi et Evaluation.....	107
CHAPITRE X: RECOMMANDATIONS	109
CONCLUSION	113
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	115
TABLE DES MATIÈRES	118
ANNEXES.....	122

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en MBA Gestion des Programmes de santé au CESAG et dont le thème est intitulé : «ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH AU SENEGAL: CAS DE LA REGION DE ZIGUINCHOR», nous avons réalisé un questionnaire sur les éléments d'appréciation pouvant nous aider à mieux cerner le contour de cette PEC. Ainsi vous avez été ciblé comme personne ressource capable de nous aider à entrer en possession des informations en la matière.

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. Nous ne retiendrons ni votre nom ni votre adresse. Nous vous saurions gré de votre contribution à la réalisation de ce travail en répondant aux questions suivantes. Merci d'avance pour votre contribution à la réalisation de ce travail!

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX MERES OU ACCOMPAGNATEURS DES EVVIH

1. Nom de la Structure :

Prénom et Nom de L'Enquêteur:.....

Profession:.....

Date de l'entretien.....

A- Données sur la famille

2. Niveau d'instruction de la mère:

1-Aucun, 2-Primaire, 3- Secondaire, 4-Supérieur 5-Ecole coranique, 6-Autres

3. Age de la mère: / / (Années)

4. Situation matrimoniale de la mère:

1-Célibataire 2-Mariée 3-Divorcée 4-veuve

5. Nombre d'enfants dans la fratrie :

6. Quel est le statut sérologique des enfants de la fratrie ? 1=connu 2=inconnu

7. Profession de la mère :

1-Ménagère 2-Fonctionnaire 3-Commerçante 4-Agricultrice 5-Autres

8. Lieu de résidence: 1= zone urbaine 2= zone Semi-urbaine 3= zone rurale 4=Pays frontalier (Guinée Bissau/Gambie)

9. Les parents de l'enfant sont -ils vivants?

1= vivants 2= mère décédée 3= père décédé 4= les 2 parents décédés

B- Données sur l'enfant:

10. Numéro d'identification :

11. Sexe: 1-M 2-F

12. Age : (Années)

13. Vivez-vous avec l'enfant ? 1= oui 2= non 3=autres

14. Quel est votre lien de parenté avec l'enfant ?

1= mère, 2 = Grand-mère 3= père, 4= autres à préciser

15. Etes-vous informé du statut de l'enfant ? 1= oui 2= non

16. Profil sérologique de l'enfant

1-VIH1. 2 .VIH2 3. VIH1+2 3. PTME

17. L'enfant connaît-il son statut sérologique ? 1=oui 2=non

18. L'enfant est-il mis sous ARV ? 1=oui 2=non

19. Si oui, Quel est le protocole thérapeutique ?.....

20- Depuis combien de temps l'enfant est-il sous ARV?

C- Données sur l'observance

21. L'enfant prend il régulièrement les ARV ? 1=oui 2=non

22. Les formes pharmaceutiques des ARV sont-elles adaptées? 1=oui 2=non

23. Comment conservez-vous les ARV à la maison?.....

24. Combien dépensez-vous au total (transport compris) pour recevoir un bilan complet de suivi ? 1= <10 000 F CFA 2=[10 000 F CFA-15 000 F CFA] 3= >15 000 F CFA

25. Ce coût est-il abordable pour vous ? 1=oui 2=non

26. Bénéficiez-vous d'un appui financier ? 1=oui 2=non

27. Quelle est la source de ce financement? 1= parent 2= bonne volonté, 3= structure d'appui

28. A combien s'élève le taux de cet appui financier? 1= 100% 2= 50% 3= <50%

29. Quel est le temps moyen d'attente à la consultation lors du Rendez-vous?.....

30. Que pensez-vous de l'accueil ? 1=satisfaisant 2= non satisfaisant

31. Si non satisfaisant, à quel niveau ? 1=à la consultation 2=au Laboratoire 3= à la Pharmacie 4=au service social 5= à la Maternité, 6= A aucun niveau

32. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de votre enfant?.....

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX AGENTS DE LABORATOIRE

1. **Nom de la Structure:**.....
Prénom et Nom:.....
Date de l'entretien:.....
2. **Quelle est votre profession ?** 1=Biologiste 2=Technicien Supérieur en Biologie 3= Technicien en Biologie 4= autres (à préciser)
3. **Quel poste occupez-vous dans le Laboratoire ?** 1= Chef de service 2= Chef de service Adjoint 3= Surveillant de service 4= autres (à préciser)
4. **Quelle est votre ancienneté dans le Laboratoire?** 1=<2 ans, 2= [2ans-5ans], 3= >5ans
5. **Etes-vous formé pour le dépistage du VIH ?** 1=oui 2=non
6. **Si oui, à quand remonte cette formation ?**.....
7. **Quels tests utilisez-vous pour le diagnostic biologique du VIH chez l'enfant âgé de plus de 18 mois?**
1= Test Rapide 2=ELISA 3= Western blot
8. **Quels tests utilisez-vous pour le diagnostic biologique du VIH chez l'enfant âgé de moins de 18 mois?**
1=PCR 2=Autres
9. **Quels problèmes rencontrez-vous dans la réalisation de la PCR ?**
1= Rupture de matériel 2= Acheminement du prélèvement 3= délai du rendu de résultats
10. **Quels sont les examens demandés pour le bilan d'inclusion ?**
.....
11. **Quels sont les examens demandés pour le bilan de suivi?**
.....
12. **Rencontrez-vous des ruptures de réactifs ?** 1=oui 2=non
13. **Si oui, quels sont les réactifs généralement en rupture ?**
.....
14. **Quelles sont les causes de ces ruptures ?**
1=disponibilité au niveau central 2= Problèmes de commande 3= flux important de patients 4= Autres
15. **Combien coûte le bilan de pré-inclusion ?** 1= <10 000 FCFA ; 2= [10 000 FCFA-15 000 FCFA] ; 3= >15 000 FCFA
16. **Combien de temps faut-il au malade pour recevoir le résultat de son bilan ?** 1=1jour ; 2= 2jours ; 3=3jours ; 4= >3jours
17. **Quels autres problèmes majeurs rencontrez-vous dans les bilans d'inclusion et de suivi des EVVIH ?**
.....
.....

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX DISPENSATEURS DES ARV

1. **Nom de la Structure:**.....
Prénom et Nom du Dispensateur:.....
Date de l'entretien:.....
2. **Quelle est la fonction du Dispensateur?** 1= Pharmacien, 2= Préparateur en Pharmacie, 3=Infirmier/Assistant Infirmier, 4= Autres
3. **Le Dispensateur a-t-il été formé dans la prise en charge du VIH ?** 1=oui 2=non
4. **Depuis combien de temps assurez-vous la dispensation dans votre site de PEC?** 1= < 3 ans 2= [3 ans-5 ans] 3= >5ans
5. **Avez-vous enregistré des ruptures de stock au cours du premier semestre 2014 ?** 1=oui, 2=non
6. **Quelles sont les médicaments qui ont fait l'objet de rupture ?**
.....
7. **Quelle est sa durée moyenne de rupture ?** 1= <7jours, 2= [7jours-15 jours], 3= >15 jours
Quelles dispositions prenez-vous si un malade rate son rendez-vous ?.....
Quelles dispositions prenez-vous si un malade est perdu de vue.....
Quels problèmes majeurs rencontrez-vous dans la prise en charge des EVVIH ?
.....

GUIDES D'ENTRETIEN DESTINE AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX

1. **Nom de la Structure:**.....
Prénom et Nom de l'enquêté:.....
Profession de l'enquêté:.....
Date de l'entretien:.....
2. **Quelle fonction occupez-vous dans la structure?**.....
3. **Combien d'enfants recevez-vous en moyenne par jour ?**.....
4. **Comment sont organisées les consultations avec les enfants dans votre structure ?**
.....
5. **Quels sont les problèmes majeurs rencontrés par ces enfants ?**
.....
6. **Arrivez-vous à satisfaire tous les besoins ?** 1=oui 2=non

7. Vous arrive-t-il de référer les enfants à un niveau supérieur ? 1=oui 2=non
8. Travaillez-vous en concertation avec les autres équipes en charge des enfants infectés?
1=oui 2=non
9. Comment se passent les prises de décision par rapport à la prise en charge des enfants infectés ?
.....
10. Quels problèmes principaux rencontrés dans la prise en charge des EVVIH ?
.....

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX MEDECINS

1. Nom de la structure:.....
Prénom et Nom:
2. Quelle fonction occupez-vous dans la structure ?.....
3. Quelle est votre ancienneté dans la structure ?.....(Années)
4. Avez-vous été capacité dans la prise en charge des EVVIH 1= oui 2= non
5. Combien de femmes enceintes séropositives suivies dans le cadre de la PTME ont accouché durant le premier semestre 2014?
6. Combien d'enfants nés de ces femmes séropositives sont suivis dans le cadre de la PTME durant le premier semestre 2014?
7. Combien d'enfants ont bénéficié de PCR durant le premier semestre 2014?
8. Combien de PCR sont revenues positives durant le premier semestre 2014?
9. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la réalisation de la PCR
.....
10. Combien de séances d'éducation pré-thérapeutique faites-vous avec chaque patient avant la mise sous ARV ? 1=0, 2=1 entretien, 3= 2entretiens, 4= > 3 entretiens
11. Tous les patients bénéficient-ils du counseling pré-test ? 1=oui 2= non
12. Annoncez-vous les résultats aux parents 1= oui 2=non
13. Annoncez-vous les résultats de la sérologie à l'enfant ? 1= oui 2=non
14. Si oui, à partir de quel âge ?.....
15. Quelle approche adoptez pour dépistage de la fratrie?
1= sensibiliser les parents 2= inciter les parents 3= forcer les parents à dépister la fratrie
16. Quels problèmes principaux rencontrez-vous dans la PEC des EVVIH?
.....