



# Aides Médicales et Charité (AMC)

Tél : +228 22 51 26 47  
[amc\\_lome@yahoo.fr](mailto:amc_lome@yahoo.fr)

## PROJET NYE KEKELI : PTME

### *Contexte d'intervention*

En matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Togo, le paquet de prestation a été intégré dans 105 nouveaux centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI) publics, privés et confessionnels portant le nombre de sites de PTME de 306 en 2011 à 411 soit une couverture géographique de 64,4% (n = 638). Par région sanitaire, on a : 23 sites dans Lomé Commune, 117 dans la Maritime, 95 dans les Plateaux, 45 dans la Centrale, 79 dans la Kara et 52 dans les Savanes. Pour la couverture par rapport à la population cible, sur 294 651 femmes enceintes attendues au cours de 2012, 53% (n=156 027) ont été reçues en CPN. Parmi elles, 49% (n=140 890) soit une femme enceinte sur deux, ont été dépistées par rapport au VIH. En ce qui concerne l'utilisation d'anti rétroviraux, seulement 24,6% (n= 920) de celles estimées éligibles aux ARV en ont bénéficiées. Les principaux résultats de 2012 obtenus par composante donnent :

- La prévention primaire de l'infection à VIH par le dépistage offert à 140 890 femmes enceintes, 45 825 femmes en âge de procréer, 45 320 hommes et 5 341 enfants. La séropositivité était de 3,3% chez les femmes enceintes et 14% chez les femmes en âge de procréer. Cette séropositivité élevée chez les femmes en âge de procréer atteignant 18% dans les sites PTME s'explique par le recours fréquent au dépistage dans un but diagnostic.
- La prévention des grossesses non désirées se fait essentiellement à travers l'offre du service de Planification Familiale. Les femmes y accèdent volontairement ou suite à des références systématiques après un accouchement. C'est le second mode qui a permis à 84% (n=2693) des femmes séropositives, suite à leur accouchement d'être référées et de bénéficier de conseils sur la planification familiale. Au cours de ces séances, la double protection est systématiquement proposée aux mères séropositives.

- Pour la prophylaxie et traitement ARV au cours de la grossesse, 94% (n = 4441) des femmes enceintes dépistées séropositives et 92% des femmes séropositives ayant accouchées (n = 2954) dans les sites PTME en 2012 ont eu à bénéficier d'une prophylaxie ou d'un traitement ARV. En ce qui concerne les enfants nés de mères séropositives, 95% d'entre eux ont bénéficié de la prophylaxie ARV (n= 2982).
- La prophylaxie ARV et traitement au cours de l'accouchement a connu une augmentation du nombre de femmes séropositives qui accouchent sous ARV. Cette augmentation est liée à l'accroissement des sites PTME. Signalons que les femmes ont accouché sous deux options : option A et option B afin de leur donner beaucoup plus de chance de réduire le risque de transmission mère enfant. L'option B (AZT+3TC+EFV à 14 SA) a été instaurée dans 18 sites soit 4,3% de sites PTME de 2011 à 2012 et le reste des sites étant sous l'option A (AZT à 14 SA) ; option A = 65% et option B = 35%. Les femmes ayant accouché ont dans leur majorité, adopté l'allaitement maternel ; les prophylaxies options A et B rendent celui-ci protégé. Néanmoins, en option A des situations, d'inobservance insuffisamment documentées de la prophylaxie de l'enfant ont été constatées. Le passage de tous les sites à l'option B pallierait à ce problème.
- En termes de diagnostic précoce chez les enfants, 2842 prélèvements ont été réalisés (2765 échantillons DBS et 77 échantillons plasma) en 2012. Les réactifs disponibles ont permis de réaliser la PCR sur 71% (n= 2032) des échantillons et ont permis d'obtenir des résultats valides pour 99% (n = 2009) d'entre eux. Les prélèvements provenaient de toutes les régions du Togo et en grande majorité des régions Lomé commune (42,9%) et Maritime (29,3%). La PTME était en effet, la porte d'entrée principale au diagnostic précoce néonatal (95,5%). Sur 2009 enfants ayant bénéficié du diagnostic précoce néonatal dans le cadre de la PTME, 7% sont séropositifs : 2007 de la PCR1 et seulement 2 de la PCR2. Cependant, 32,9% des enfants ayant bénéficié de la PCR1 étaient abactés au moment du prélèvement.

Par rapport à la prise en charge médicale, sur 31 638 PVVIH sous ARV en fin décembre 2012, il y a 2186 enfants soit 7%. La répartition des enfants par tranche d'âge montre que les enfants de moins de 5 ans représentent 32% : moins d'un an = 6%, 1-4 ans = 25%, 5-9 ans = 44% et 10-14 ans = 25%.

L'accompagnement psychosocial et communautaire des mères et de leurs enfants demeurent le parent pauvre sur les sites PTME. Les quelques groupes de parole qui y sont organisés souffrent d'une insuffisance en ressources financières pour offrir des collations ou un appui nutritionnel aux femmes. Cette situation continue d'entraîner une déperdition des femmes suivies sur les sites PTME au profit des associations de prise en charge des PVVIH pouvant offrir certains des avantages sus cités. Malgré les quelques progrès réalisés depuis 2006, le taux de couverture géographique du programme PTME et de la cible femme enceinte restent bas.

Aujourd'hui, les difficultés sont persistantes et liées à l'accessibilité financière et géographique des sites PTME, la relation entre structures publiques et structures privées pour une couverture optimale du territoire national en matière du programme PTME et l'organisation de la prise en charge du VIH pédiatrique (actuellement, seuls le CHU –Tokoin et les associations comme EVT, AMC et CRIPS font la prise en charge du VIH pédiatrique sur le programme GRANDIR).

Le programme « **NYE KEKELI qui veut dire MA LUMIÈRE** » a été conçu en 2007 et mis en œuvre dans l'esprit de contribuer à l'atteinte des objectifs 2, 4, 5 et 6 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et s'inscrit en 2012 dans un strict respect du « Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2012-2015 ». En effet, le Plan Stratégique National 2012-2015 adopté par le Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST) le 11 mai 2012, définit les axes stratégiques d'intervention qui répondent au profil épidémiologique du pays. Les différents axes prioritaires constituant le référentiel pour les actions engagées par AMC sont : (i) le renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST ; (ii) intensification de la prise en charge globale ; (iii) le renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse. C'est un programme qui a pour objectif d'apporter du soutien aux enfants infectés sur les plans médical, biologique et psychosocial entre 2012 et 2014 (le programme est à sa 2<sup>ème</sup> phase : 1<sup>ère</sup> phase de 2007 à 2011 et 2<sup>ème</sup> phase de 2012 à 2014).

### **Objectifs du programme**

Contribuer à optimiser la prise en charge globale (médicale, psychosociale et nutritionnelle) de l'infection à VIH chez 200 enfants et 90 nourrissons nés de mères séropositives afin de leur permettre de conserver au maximum leur potentiel de santé.

### **Activités développées**

#### **1. Prévention et prise en charge médicale**

- Dépistage du VIH par SRV et PCR chez les enfants
- Prise en charge biomédicale Suivi des enfants inscrits
- Suivi des enfants infectés sous ARV Suivi des enfants exposés : nourrissons de statut inconnu de moins de 18 mois
- Consultations médicales pédiatriques, CD4, bilan de suivi,
- Charge virale et évacuation
- Soins infirmiers pédiatriques
- Dispensation des médicaments de forme pédiatrique

#### **2. Prise en charge nutritionnelle**

- Appui nutritionnel (kit alimentaire, substitut de lait maternel, farine enrichie, Plumpy Nut, ATPE, ...)
- Prise en charge des enfants malnutris (malnutrition modérée et référence des cas de malnutrition aiguës vers les hôpitaux)

#### **3. Accompagnement psychosocial**

- Consultations psychologiques
- Annonce de statut sérologique VIH
- Consultations d'aide à l'observance thérapeutique
- Groupes de parole pour enfants infectés
- Visites à domicile et à l'hôpital (VAD/VAH)
- Aides sociales pour suivi biologique et hospitalisation
- Développement de capacité des ménages abritant des enfants infectés

## *Méthode d'intervention*

- *Suivi du couple mère-enfant au centre avec un système de rendez-vous flexible adapté à l'état d'observance thérapeutique de chaque enfant*
- *Accompagnement communautaire favorable aux enfants avec facilité d'acquisition de compétences d'intégration socio-économique (soutien psychologique continu, offre de soins à domicile, annonce de statut sérologique, offre d'espace d'échange entre enfants et entre enfants et parents sur les questions sensibles : sexualité pour les ados, genre, ...)*
- *Intégration de la relation patient-soignant dans l'environnement global des enfants se traduisant chez le personnel par la réduction de la charge émotionnelle de travail se répercutant souvent sur la qualité des prestations : prévention du burn out.*

## Résultats obtenus (2012)

File active d'enfants infectés suivis	<b>188</b>
File active d'enfants infectés sous ARV suivis	<b>155</b>
Nombre d'enfants infectés mis sous ARV	<b>22</b>
Nombre d'enfants dépistés par SRV (âge > 18 mois)	<b>107</b>
Nombre d'enfants dépistés VIH+ par SRV (âge > 18 mois)	<b>25</b>
Nombre de PCR prescrites/prélevées pour des nourrissons exposés	<b>32</b>
Nombre d'enfants VIH+ par PCR	<b>5</b>
File active des nourrissons exposés suivis	<b>27</b>
Nombres de nouveaux nourrissons de statut inconnu	<b>59</b>
Nombre de nourrissons dépistés VIH- (SRV ou PCR chez enfants)	<b>64</b>
Nombre de consultations médicales pédiatriques données	<b>1869</b>
Nombre de CD4 réalisés pour les enfants	<b>155</b>
Nombre d'enfants chez qui un bilan de suivi a été réalisé	<b>132</b>
Nombre de résultats CV reçus	<b>4</b>
Nombre d'enfants évacués	<b>6</b>
Nombre d'enfants ayant bénéficié de bilan pré thérapeutique	<b>24</b>
Nombre de soins infirmiers pédiatriques donnés	<b>123</b>
Nombre d'ordonnances servies totalement	<b>884</b>
Nombre d'ordonnances servies partiellement	<b>309</b>
Nombre d'ordonnances non servies	<b>162</b>
Nombre d'ordonnances de lait servies gratuitement	<b>31</b>
Nombre de boîtes de lait 1 <sup>er</sup> âge données	<b>341</b>
Nombre de boîtes de lait 2 <sup>e</sup> âge données	<b>726</b>
Nombre de boîtes de lait « Nido » données	<b>208</b>
Nombre de sachets de farine enrichie donnés	<b>544</b>
Nombre de sachets de poissons fretins donnés	<b>393</b>
Nombre de sachets d'ATPE type Plumpy nut donnés	<b>735</b>

Nombre de kits alimentaires donnés	<b>117</b>
Nombre d'ateliers culinaires réalisés	<b>9</b>
Nombre de consultations psychologiques faites	<b>518</b>
Nombre d'annonces de statut sérologique faites	<b>10</b>
Nombre de consultations d'aide à l'observance thérapeutique données	<b>269</b>
Nombre de groupes de parole pour enfants infectés organisés	<b>50</b>
Nombre de VAD/VAH réalisées	<b>326</b>
Frais d'analyses/hospitalisation pris en charge	<b>233</b>
Nombre d'enfants bénéficiaires d'accompagnement socio-économique	<b>35</b>

## *Bilan*

Le programme NYE KEKELI, programme de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant initié depuis 2007 avec le soutien du programme Grandir (Partenaires : Sidaction & Initiative Développement), est une démarche importante complémentaire au programme de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PME) dans le dispositif togolais de lutte contre le VIH et le sida. Ce programme a depuis 2007 permis de suivre chaque année plus d'une centaine d'enfants infectés à Lomé, Kpalimé et Tsévié en donnant espoir aux parents qu'un enfant infecté a besoin au tant d'affection qu'un enfant non infecté et aux enfants (surtout qui ont connaissance de leur statut) de vivre positivement avec le VIH.

L'angoisse toujours persistante chez certains parents/tuteurs de voir leurs enfants découvrir leur statut sérologique VIH et le désengagement délibéré chez d'autres dans le suivi de leurs enfants estimant souvent être fatigués de faire ce travail qui leur prend trop de temps (pour eux, le plus important c'est d'aller travailler pour gagner de l'argent) sont les grandes difficultés à remonter par le renforcement de la sensibilisation, l'information et l'éducation des parents/tuteurs afin les amener à s'impliquer davantage dans le suivi des enfants.

Dans les perspectives, il est prévu de continuer l'accompagnement des parents/tuteurs afin de faciliter la continuité du processus d'annonce de même que, l'entrée d'autres enfants dans le processus. Les visites à domicile vont également servi d'outils pour non seulement éviter les enfants perdus de vue mais, aussi, discuter avec les parents/tuteurs du dispositif de suivi rapproché des enfants qui leur est proposé

*Pour en savoir plus, contactez l'association en écrivant à :*

*amc\_lome@yahoo.fr*

*amc\_programme@yahoo.fr*

*amc\_daf@yahoo.fr*

*kenovs2@yahoo.fr*