Toolkit

Étendre et simplifier le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH :

les outils pour gérer la transition vers l'option B/B+

www.emtct-iatt.org

World Health Organization

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

unicef

L'ETIA

Établie en 1998 par l'UNICEF et l'OMS, pour la Prévention et le Traitement de l'Infection VIH chez les Femmes Enceintes, les Mères et les Enfants, l'Equipe de Travail Inter-Agences (ETIA) est un partenariat de 28 organisations. Y compris des donateurs, des organismes non gouvernementaux et des réseaux de personnes vivant avec le VIH. Ils collaborent étroitement pour soutenir Le Plan Mondial pour l'Elimination des Nouvelles Infections à VIHchez les Enfants à l'Horizon 2015 et Maintenir leurs Mères en Vie. L'ETIA s'appuie sur l'expertise et les ressources de ses membres, pour coordonner et suivre l'assistance technique dans les 22 pays prioritaires, au niveau national. L'ETIA met à jour, élabore et distribue des outils opérationnels et normatifs et du conseil relatif à l'Elimination de la Transmission de VIH mère-enfant (ETME).

Les membres des organisations de l' ETIA sont: l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI), l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), La Banque Mondiale, La Baylor International Pediatric AIDS Foundation (BIPAI), Office of the U.S Global AIDS Coordinator (OGAC), Le Catholic Medical Mission Board (CMMB), Le Center for Disease Control (CDC), La Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), l'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), l'Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER), la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), FHI360, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM), l'Initiative Clinton pour l'Accès à la Santé (CHAI), l'International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) (Centre International pour les Programmes de Soins et de Traitements contre le SIDA) de la Mailman School of Public Health de l'Université Columbia, Management Sciences for Health (MSH), le Ministère Britannique du Développement International (DFID), mothers2mothers (M2M), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Population Council, le Réseau mondial des personnes vivant avec le SIDA (RMP+) et le Secrétariat du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

© Équipe Spéciale Inter-Agence
Mars 2013

Secrétariat de l'ETIA
Site Internet : http://www.emtct-iatt.org/
Community of Practice: http://www.knowledge-gateway.org/emtct/

Cette publication est possible grâce au Plan d'Urgence du Président Américain (PEPFAR) ; l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) ; l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et a l'Elizabeth Glaser Pediatrics AIDS Foundation (EGPAF). Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs et les groupes de travail cités.

Trousse à Outils Etendre et Simplifier le Traitement des Femmes Enceintes vivant avec le VIH : Gérer la transition ver L'Option B/B+

Crédits photo : **première de couverture** © UNICEF/NYHQ2011-2151/Patricia Esteves; **P. 1** © UNICEF/NYHQ2010-2925/Christine Nesbitt; **P. 37** © UNICEF/NYHQ2010-2928/Christine Nesbitt; **P. 59** © UNICEF/NYHQ2010-2266/Christine Nesbitt; **P. 61** © UNICEF/NYHQ2010-2239/Christine Nesbitt; **P. 67** © UNICEF/NYHQ2004-1216/Ami Vitale; **P. 73** © UNICEF/NYHQ2009-2286/Kate Holt; **P. 79** © UNICEF/SRLA2011-0484/Asselin; **P. 81** © UNICEF/BTWA2010-00087/Christine Nesbitt; **P. 85** © UNICEF/NIGB2010-0030/Giacomo Pirozzi; **P. 91** © UNICEF/ZAMA2011-0010/Christine Nesbitt; **P. 99** © UNICEF/NYHQ2009-2634/Giacomo Pirozzi; **P. 107** © UNICEF/RWAA2011-00638/Shehzad Noorani; **P. 109** © UNICEF/NYHQ2010-2253/Christine Nesbitt; **P. 112** © UNICEF/NYHQ2010-1483/Shehzad Noorani

Avertissement : Les photos sont purement illustratives. Elles ne reflètent rien du statut VIH, ni des attitudes, comportements ou actes des personnes représentées.

Toolkit

Étendre et simplifier le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH :

les outils pour gérer la transition vers l'option B/B+

World Health Organization

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

unicef

Remerciements

La trousse à outils a été élaborée par les membres de l'Équipe de travail Inter Agences (ETIA). Sur la Prévention et Traitement de l'Infection VIH chez les Femmes et Enfants lors d'un atelier de deux jours qui a permis de concevoir la structure et le contenu de cette trousse à outils. Les différentes institutions et groupes de travail se sont engagés à développer les différentes sections de la trousse à outils.

Chinyere Omeogu a coordonné l'élaboration de la trousse à outils, avec l'aide de Jessica Rodrigues et Rosalind Carter (Secrétariat de l'ETIA, New York).

Matthew Barnhart (Consultant) et Jessica Rodrigues (ETIA) ont développé la section sur « L'Option B/ B+ : Considérations Clés pour les Programmes des Pays ».

Michelle Adler (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Anna Geiselman (Office of the U.S Global AIDS Coordinator (OGAC), Chewe Luo (UNICEF), Meghan Mattingly (EGPAF), Christian Pitter (EGPAF) et Nathan Shaffer (OMS) ont facilité les ateliers.

Des remerciements particuliers s'adressent aux groupes de travail de l'ETIA qui ont contribué à l'élaboration de cette trousse à outils: Le Groupe de Travail sur l'Engagement Communautaire (CEWG) ; Équipe pour la Gestion de la Chaîne d'approvisionnement ; Équipe de Ressources Humaines pour la Santé ; Le Groupe de Travail sur la Surveillance et l'Evaluation (MEWG) ; et le Groupe de Travail de l'Analyse Economique et de Finance (FEWG).

Révision : Jessica Rodrigues, Spécialiste de la Gestion des Connaissances (ETIA) ;
Meghan Mattingly (EGPAF)

Conception et mise en page : Era Porth (Consultante)

Trousse à Outils : Table des Matières

1. L'Option B/B+ : Considérations Clés pour les Programmes des Pays 1

1.1 Introduction 2
1.2 Engagement Politique et Approbation de la Stratégie 5
1.3 Considérations Financières 11
1.4 Modèle de Prestation de Services 13
1.5 Ressources Humaines 16
1.6 Choix du Schéma du traitement antirétroviral 17
1.7 Gestion de la Chaîne d'approvionnement 18
1.8 Suivi-Evaluation et L'Exploitation des données 19
1.9 Supervision et Gestion et de la Qualité au Site 20
1.10 Counseling et Testing de VIH au Service de la PTME 21
1.11 Counseling sur l'Initiation et l'Observance du Traitement Antirétroviral 22
1.12 Surveillance Clinique et Laboratoire 23
1.13 Diagnostic Précoce du Nourrisson 24
1.14 Rétention en Soin & Traitement 25
1.15 Planification Familiale 26
1.16 Engagement Communautaire 26
1.17 La Stratégie de mise en œuvre 30
1.18 La Conclusion : Avançons surement ensemble avec 30

2. Transition vers l'option B/B+ : Liste de Contrôle de l'Evaluation de l'Etat de Préparation et Guide de Discussions 37

2.1 Informations Contextuelles 38
2.2 Engagement Politique et Approbation de la Stratégie 42
2.3 Considérations Financières 42
2.4 Modèle de Prestation de Services 43
2.5 Ressources Humaines 45
2.6 Choix du Schéma du Traitement Antirétroviral 46
2.7 Gestion de la Chaîne d'approvisionnement 47
2.8 Suivi-Evaluation et L'Exploitation des Données 48
2.9 Supervision et gestion de la qualité des soins au site 50
2.10 Conseil et dépistage du VIH dans les sites de PTME 50
2.11 Counsel à l'i'Initiation et l'Observance du Traitement Antirétroviral 51
2.12 Surveillance Clinique et Laboratoire 52
2.13 Diagnostic Précoce du Nourrisson 54
2.14 Rétention en Soin & Traitement 55
2.15 Planification familiale 56
2.16 Engagement communautaire 57
2.17 Stratégie de mise en oeuvre 58

3. L'Outil d'Estimation du Coût 61

3.1 Introduction 62
3.2 Modélisation 62
3.3 Information nécessaires pour estimer le cout de la PTME 65
3.4 Résultats 70
3.5 Choisir un modèle et les coordonnées nécessaires 71

4. Ressources Humaines pour la Santé 73
4.1 Informations Contextuelles 74
4.2 Évaluation des Politiques et Besoins en Ressources humaines pour la Santé 74
4.3 Formation 78

5. Gestion des Achats et de la Chaîne Logistique 81
5.1 Introduction 82
5.2 Questions Clés pour la planification de l'option B+ 83
5.3 Alertes de Haut niveau 86
5.4 Liste de Contrôle avant la mise en œuvre 87
5.5 Ressources Clés : outils disponibles 89

6. Amélioration des Systèmes de Suivi et d'Evaluation 91
6.1 Informations Contextuelles 92
6.2 Six points clés des systèmes de suivi-évaluation 92

7. Engagement Communautaire 99
7a. Guide à l'attention des Ministères de la Santé 100
7a.1 Contexte 100
7a.2 Cinq phases de l'Engagement Communautaire 102
7b. Questions : Dialogue OSC/MS 108
7b.1 Contexte 108
7b.2 Question que posent les OSC et les PVVIH 112

Acronymes et abréviations

3TC	lamivudine
ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artemisinine
ADF	Association à dose fixe
AQ	Amélioration de la qualité
AQE	Assurance de Qualité Externe
ARV	Antirétroviral
AS	Agent de santé
ASC	Agent sanitaire communautaire
AZT	Zidovudine
BLC	Business Leadership Council
CCC	Communication sur le changement de comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Conseil et dépistage du VIH
CEWG	Groupe de travail sur l'engagement communautaire
CHAI	Initiative Clinton pour l'accès à la santé
CPN	Clinique prénatale
CQ	Contrôle qualité
CV	Charge virale
EFV	Éfavirenz
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
ETIA	Équipe de travail Inter-Agences
ETME	Élimination de la transmission mère-enfant
FEWG	Groupe de travail sur l'analyse coûts
GTT	Groupe de travail technique
HTC	Test de VIH et Counseling
IEC	Information, éducation et communication
IO	Infection opportuniste
MLP	Prestataire de niveau intermédiaire
MS	Ministère de la santé
MSH	Management Sciences for Health
MTT	Missing the Target
NCGM	National Center for Global Health and Medicine
OC	Organizations confessionnelles
OGAC	Office of the U.S. Global AIDS Coordinator
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la société civile
PAS	Perte au suivi
PCR	Réaction de polymérisation en chaîne
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PF	Planification familiale
PID	Identifiant de patient
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la santé
sdNVP	Névirapine en dose unique
S&E	Suivi-évaluation
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SMS	Service de messages courts
TB	Tuberculose
TDF	Fumarate de ténofovir disoproxil
TME	Transmission mère-enfant
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Qu'est-ce que c'est la trousse à outils ?

Vu le nombre croissant de pays qui décidaient de mettre en œuvre l'option B/B+, la nécessité de développer une trousse à outils s'est faite sentir. . La trousse est une feuille de route pour la planification et la mise en œuvre de « la Mise à Jour Programmatique 2012 de l'OMS sur l'Utilisation des Antirétroviraux pour le Traitement des Femmes Enceintes et la Prévention de l'Infection à VIH chez le Nourrisson ». Elle guide les pays à mettre en oeuvre des programmes efficaces pour atteindre les objectifs du Plan Mondial pour l'Elimination des Nouvelles Infections à VIH chez les Enfants à l'Horizon 2015, et Maintenir leurs Mères en Vie.

La trousse à outils est une collection des outils d'évaluation et des listes de contrôles qui décrivent les considérations essentielles pour la transition vers l'option B/B+. Les responsables des programmes et les décideurs politiques peuvent employer le document dans son intégralité ou choisir des éléments différents du programme dans les 7 sections. Etant donné que de nombreux pays adoptent l'option B/B+, il est important de donner une orientation et des outils pour guider les pays à définir la feuille de route, les financements requis , et un calendrier réaliste nécessaire pour la mise en œuvre effective du programme.

Cette collection d'outils ne prétend pas être exhaustive mais elle constitue une étape importante car elle présente les facteurs programmatiques, politiques et financiers à considérer lors de la mise en œuvre de l'Option B/B+. Elle est plutôt un document « dynamique » avec des modules élaborés progressivement et des outils additionnels qui peuvent être ajoutés selon le retour d'information et les évaluations menées au niveau de chaque pays. Au fur et à mesure que les pays vont acquérir de l'expérience et s'habituer aux outils, les leçons apprises seront incorporées dans ce document. On pourrait inclure par exemple un outil pour évaluer l'état de préparation des centres pour la mise en œuvre et une liste de contrôle pour évaluer le besoin en services de laboratoire.

Pourquoi a-t-on développé la trousse à outils ?

L'importance de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) sur l'épidémie du VIH et la santé maternelle et infantile est claire et irréfutable. Considérant cette énorme opportunité et la mise à jour des recommandations de l'OMS à ce sujet, ces outils ont été élaboré principalement pour soutenir les pays dans la réflexion sur les aspects principaux à prendre en compte dans la mise en œuvre de l'option B/B+. Une bonne planification et une prise en compte des questions clé permettront sans nul doute d'éviter les goulots d'étranglement de la mise en œuvre de l'option B/B+.

La trousse à outils se focalise sur la planification préalable à la mise en œuvre au niveau national incluant le niveau intermédiaire et périphérique. En effet les outils s'adaptent à tous niveaux et tous

personnels intègres au processus. Conçus pour être faciles à utiliser, succincts et accessibles (les questions clés, listes de contrôles etc.,), ces outils peuvent être utilisés par les Ministères de la Santé (MS) en particulier les programmes nationaux de PTME, les groupes techniques de travail, les membres de l'ETIA ou les partenaires engagés dans l'appui à la transition vers l'Option B/B+.

La trousse à outils est basée sur deux documents de référence :

- Mise à Jour Programmatique sur l'Utilisation des Antirétroviraux pour le Traitement de la Femme Enceinte Vivant avec le VIH et pour la Prévention de L'infection à VIH chez le Nourrisson, Avril 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf)
- WHO Technical Update on Treatment Optimization: The Use of Efavirenz in Pregnancy: A Public Health Perspective, OMS Juillet 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503792_eng.pdf)

La trousse à outils est divisée en sept sections clés :

1. **L'option B/B+ : Les Considérations Clés pour les Programmes nationaux des Pays (UNICEF)** présentent une vue générale des questions essentielles pour la mise en œuvre.
2. **Transition vers L'Option B/B+ : Liste de Contrôle pour Evaluer l'Etat de la Préparation (PEPFAR/OGAC) et Guide de Discussions qui présentent** une liste exhaustive pour les programmes nationaux qui couvre les éléments essentiels du programme, de l'engagement politique jusqu'au diagnostic précoce de l'enfant. La liste pose les questions critiques et indique les critères standards minimaux de préparation à remplir pour la mise en œuvre de l'option B/B+.
3. **L'Outil d'estimation des coûts (FEWG) décrit** des modèles pour estimer le coût des plans opérationnels pour la mise en œuvre de l'option B/B+. Il comprend aussi la description des entrées (données) et sorties (résultats) associées à chaque modèle.
4. **L'outil sur les Ressources Humaines pour la Santé (Equipe de RHS) énumère** les considérations essentielles sur la capacité des ressources humaines et la délégation des tâches, une composante essentielle pour la réussite de la mise en œuvre de l'option B/B+.
5. **Gestion des Achats et de la Chaîne d'approvisionnement (Equipe Spéciale de Gestion de la Chaîne d'approvisionnement)** fournit une liste des questions que les Ministères de la santé doivent examiner pour renforcer et modifier la gestion de systèmes des achats et de la chaîne d'approvisionnement pour l'option B/B+. La section inclut des liens pour accéder aux ressources et aux outils d'aide à la prévision.
6. **Le Système de suivi et évaluation amélioré (MEWG) présente** une vue générale des notions et des questions pour guider les discussions nationales de S&E. Le guide est spécifique à la mise en œuvre de l'option B/B+ et inclut les méthodes pour l'assurance de la qualité et une liste de sujets potentiels pour la recherche opérationnelle.

7. **Engagement Communautaire (CEWG)** consiste en deux outils pour l'engagement communautaire. Le premier est une liste des recommandations pour les Ministères de la Santé sur l'engagement communautaire avec l'Option B/B+ lors de la planification et discussions pour la mise en œuvre. Le deuxième est conçu pour les organisations de la société civile qui défendent les droits des personnes vivant avec le VIH, lors du dialogue avec les Ministères de la santé.

À qui s'adresse la trousse à outils ?

Le document est surtout pour les Ministères de la Santé, les membres de l'ETIA ; les organisations non gouvernementales (ONG), les partenaires et les donateurs. Ce document facilite l'assistance technique et les discussions avec les décideurs politiques au niveau national. Même si les orientations et les conseils contenus dans ce document peuvent servir à n'importe quel pays mettant en œuvre l'option B/B+, le document se concentre sur la question de la mise en œuvre dans les pays de haute ou de moyenne prévalence en se basant sur l'expérience du Malawi, le premier pays, de faible revenu, qui a mis en œuvre avec succès l'option B+ à l'échelle nationale. Le document s'adresse d'abord aux décideurs au niveau national, mais également les partenaires multinationaux du secteur public et privé pourront mieux comprendre les défis auxquels les pays sont confrontés.

Comment a-t-on développé la trousse à outils ?

Vu le nombre croissant de pays adoptant l'option B/B+ en 2011 et 2012, le besoin de fournir un guide standardisé relatif à la phase de planification s'est fait sentir La trousse à outils s'appuie sur les leçons tirées de l'expérience du Malawi, le premier pays à mettre en œuvre l'option B/B+.

Lors d'une réunion de deux jours tenue au CDC à Atlanta où 8 membres de l'ETIA étaient présents, il a été demandé aux membres et, aux groupes de travail de préparer un document de trousse à outils. Les thèmes avaient été prédéfinis et comprenaient la gestion de la chaîne d'approvisionnement, les ressources humaines pour la santé, l'engagement communautaire, et le suivi-évaluation. Au cours de la même réunion, les membres d'ETIA ont examiné et fourni des commentaires sur les documents provisoires. La trousse à outils a bénéficié aussi de la contribution du Groupe de pilotage du Plan Mondial sur l'ETME.

Comment peut-on en profiter de la trousse à outil ?

La trousse à outils contient des orientations générales qu'il faut adapter au contexte de la mise en œuvre de l'option B/B+. Elle récapitule les principaux défis lors de la mise en œuvre et contient des éléments d'évaluation et d'orientation liés aux piliers du système de santé. On peut employer le document dans son intégralité ou par section selon le besoin.

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

1

L'Option B/B+:
Considérations Clés pour les Programmes des Pays

Trousse à outils de l'ETIA, Étendre et Simplifier le Traitement des Femmes Enceintes Vivant avec le VIH : Les Outils pour Gérer La Transition Vers L'Option B/B+
www.emtct-iatt.org

1.1 Introduction

1.1.1 Le contexte mondial

Le Plan Mondial pour l'Élimination des Nouvelles Infections à VIH chez les Enfants à l'Horizon 2015 et Maintenir leurs Mères en Vie s'est bien lancé avec l'ambition de réduire de plus de 90% les infections nouvelles de VIH chez les enfants et les décès maternels et infantiles liés au VIH[1] à plus de 50%. Actuellement, la collaboration et la volonté politique sont plus fortes que jamais. Plusieurs pays ont enregistré des progrès exceptionnels. Selon l'ONUSIDA le pourcentage des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'un traitement antirétroviral (ARV) dans le cadre de la PTME a augmenté de 48% en 2010[2] à 57% en 2011 dans les pays de revenu faible et intermédiaire.

Cependant, de nombreux défis persistent dans la mise en œuvre notamment l'accès aux traitements antirétroviraux (TAR) pour les femmes et les enfants. Bien que le dépistage du VIH soit élevé chez les femmes enceintes, l'accès au TAR chez les femmes enceintes et séropositives était seulement 30% mondialement, comparé à 54% pour la population des adultes en 2011.[3] Le problème d'accès est général mais il touche d'une façon particulière les les femmes et les enfants résidant dans les régions loin des sites de TAR qui sont desservis par des systèmes de santé faibles.

Une génération sans SIDA est possible. Cependant pour atteindre ce but, il faut redoubler d'effort et collectivement faire face aux défis. En effet, il faut des approches innovantes coût-efficaces pour pouvoir atteindre la majorité des femmes fréquentant les services de consultations prénatales au niveau des services de santé périphériques. La limitation de ressources souligne l'importance de : renforcer la plateforme de SMNI et maximiser la synergie avec les autres secteurs, (ex. la nutrition et la protection sociale) ; soins et soutien des programmes pour augmenter l'observance et la rétention à long terme.

1.1.2 Option B/B+ : le potentiel d'optimiser la mise en œuvre de la PTME et du TAR

En choisissant l'approche la plus efficace pour atteindre le but d'une génération sans SIDA, il est important de considérer le schéma du TAR choisi pour les femmes séropositives et enceintes qui est un déterminant clé pour la réussite. En 2010 l'OMS prônait deux options prophylactiques pour les femmes dont le taux de CD4 est plus de 350 cellules/mm.[3, 4]

Option A : Les femmes enceintes reçoivent le TAR pendant la grossesse et l'accouchement. Une dose continue pendant le post-partum réduit le risque de résistance. Les nourrissons reçoivent un traitement prophylactique pendant l'allaitement.

Option B : est plus simple. Les femmes enceintes ou allaitantes reçoivent trois ARVs

pendant la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement. Ensuite, seulement les femmes aux taux de CD4 inférieur à 500 cellules/mm^3 continuent le TAR. Les autres femmes prennent le traitement quand leur taux de CD4 est moins de 350 cellules/mm^3.

Option B+ est l'option qui simplifie le suivi clinique qui offre aux femmes enceintes le TAR à vie, quel que soit le taux de CD4 pendant la grossesse, l'accouchement et continue durant toute la période d'allaitement. A la fin de l'allaitement les femmes non éligibles au TAR arrêtent la prophylaxie ARV et prendront le TAR quand elles vont devenir éligibles. Avec ces deux options, une troisième approche est utilisée ou les femmes enceintes séropositives reçoivent le TAR pour la vie sans considérer la mesure des CD4. Le tableau 1 ci-dessous de L'OMS récapitule les trois options.

L'option B+ a été conçu mise en œuvre au Malawi où le programme national fonctionnait selon une approche de santé publique ne s'appuyant pas sur la numération des cellules CD4 pour initier un traitement ARV. Le Malawi avait prévu que l'option B+ serait plus facile à mettre en œuvre, une approche simple et accessible aux femmes même dans les sites ne disposant pas de compteurs CD4. Les premières expériences avec l'option B + au Malawi a montré une augmentation de plus de cinq fois du nombre de femmes

Tableau 1: Trois Options pour PTME[a]

	CD4 >350 CELL/MM^3	CD4 <350 CELL/MM^3	ENFANT
OPTION A	Ante-partum : AZT dès la 14e semaine Intra-partum : sdNVP et première dose d'AZT/3TC Post-partum: AZT/3TC fois 7 jours	Trois ARV dès le diagnostic, poursuivi à vie	NVP dès la naissance jusqu'à 7 jours après l'éviction d'allaitement. Ou jusqu'à 4–6 semaines si la mère est sous traitement, et ne donne pas le sein
OPTION B	Trois ARV dès la 14° semaine ; poursuivis jusqu'à la naissance de l'enfant (sans allaitement maternel) ou jusqu'à 7 jours après l'éviction d'allaitement		NVP ou AZT dès la naissance jusqu'à l'âge de 4–6 semaines quelle que soit la méthode d'alimentation
OPTION B+	Trois ARVs dès le diagnostic et poursuivi à vie		

[a] Ce tableau est modifié du Tableau 1 présenté dans la Mise à jour programmatique 2012 de l'OMS « Utilisation des antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson », disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf

enceintes étant sous ART dans le premier trimestre de la mise en œuvre à l'échelle nationale[5, 6] (Veuillez consulter le site du MS du Malawi http://www.hivunitmohmw.org pour la mise à jour des données chaque trimestre.)

La mise en oeuvre de l'option B+ au Malawi faisait partie d'une stratégie intégrée des programmes nationaux de l'ETME et du TAR permettant aux infirmiers de dispenser le TAR dans les services SMNI que fréquentent habituellement la plupart des femmes et des enfants. Cette décentralisation des services a rapidement permis une mise à l'échelle du traitement ARV pour les femmes enceintes venant des régions éloignées.

Bien que cette expérience ait démontré la puissance de l'option B+, la réussite à long terme dépend de la fidélisation au traitement et aux soins. (Veuillez consulter le rapport du MS au Malawi pour plus d'information http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q3.pdf

En avril 2012, l'OMS a publié une mise à jour programmatique en réponse du succès au Malawi « L'Utilisation des Antirétroviraux pour le Traitement des Femmes Enceintes et la Prévention de l'Infection à VIH chez le Nourrisson ».[7] Afin que les pays puissent examiner les avantages de l'option B et surtout l'option B+ et examiner les avantages opérationnels en contexte de leur pays disant « L'option B et surtout l'option B+ semble à offrir des avantages programmatiques et opérationnels importants, qui peuvent accélérer l'élimination des nouvelles infections pédiatriques. » L'OMS a souligné les avantages supplémentaires de l'option B+ au-delà de la PTME. (Veuillez voir l'encadré 1).

L'OMS reconnaît que l'option B+ parait plus chère que les autres options en termes de médicaments. Cependant le prix du ténofovir/lamivudine/éfavirenz (TDF/3TC/EFV) une fois par jour, qui est conseillé en première intention, a baissé considérablement. Ainsi, la rentabilité de l'option B/B+ est apparemment supérieure à celle de l'option A. Toutefois, l'option B/B+ n'est pas la « solution facile » pour la PTME. Pour la réussite, il faut investir dans les interventions qui améliorent l'observance des traitements et la rétention à long terme incluant les interventions à assisses communautaires et familiales.

La mise en œuvre de l'option B/B+ offre de nombreuses opportunités mais aussi, elle présente de nouveaux défis et des informations non connues. Il faut un investissement supplémentaire dans le système de santé, les ARVs et produits pour réussir à la mise en œuvre de l'option B/B+ tout en veillant à

Encadré 1 : Les Avantages Potentiels de l'Option B+ selon la Mise à Jour Programmatique de l'OMS

- Meilleure protection de la santé de la mère
- Une plus grande réduction la transmission sexuelle du VIH plus que les autres options
- Facilite le suivi-évaluation du progrès, vers les buts du Plan mondial d'ETME
- Simplifie la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement
- Mise à l'échelle de l'initiative Traitement 2.0
- Traitement comme moyen de prévention
- Renforce la plateforme de SMNI
- Optimise les pratiques d'alimentation de l'enfant pour une survie de l'enfant

la protection des droits des femmes et leurs partenaires afin qu'ils puissent effectuer des choix éclairés en matière de traitement. Les autorités nationales doivent collaborer avec les organisations communautaires des femmes vivant avec le VIH, pour définir les avantages et les inconvénients de chaque option selon les ressources et objectifs nationaux. Il faut comparer l'investissement dans l'option B/B+ aux autres besoins urgents dans le domaine de la santé.

1.1.3 Objectif de ce document

Ce document offre une vue générale des questions et des décisions programmatiques, que les pays puissent rencontrer lors de la transition vers l'option B/B+. Il ne traite pas les problèmes de techniques. Cependant, il réfère aux liens des ressources, outils, et des chapitres dans la section complémentaire de la trousse à outils. La section sur « les considérations clés » lie les outils d'évaluation avec les listes des éléments spécifiques pour qu'on puisse avoir des débats programmatiques nuancés au niveau national. Nous espérons que la mise en œuvre permettra de tirer des leçons remarquables qui seront disséminées et employées pour enrichir ce document.

1.1.4 Un accès plus équitable fondé sur les droits

Ce document s'appuie sur deux grands principes éthiques. D'abord, une **approche axée sur l'équité.** Ceci veut dire que les programmes offrent des services de PTME de qualité au niveau des cliniques prénatales et des maternités situées en périphérie. Ainsi les femmes et les enfants généralement mal desservis et exclus des programmes pourraient bénéficier des soins de qualité abordables et être fidélisés pour les soins. Souvent les services ARV sont déployés aux sites de haut niveau soutenus par les partenaires externes. Si les programmes se focalisent sur ces centres qui fonctionnent bien déjà, les progrès seront très lents et les leçons apprises ne s'appliqueront pas forcément aux services de la SMNI fréquentés par la majorité des femmes et des enfants.

Ensuite, une **approche fondée sur le droits** qui souligne l'importance de renforcer les capacités des femmes pour qu'elles puissent effectuer des choix éclairés en matière de dépistage du VIH et du TAR. Elles ont « le droit de refus » et peuvent refuser les tests et traitements de VIH offert universellement. Dans ce cadre il faut protéger leurs droits et intensifier les efforts contre la stigmatisation et la discrimination à tous les niveaux.

1.1.5 Vue d'ensemble du document

Les éléments de contenuont organisés par catégorie de programme et s'alignent sur les outils developéss par PEPFAR pour évaluer la préparation des pays pour la mise en

oeuvre de l'option B/B+ (section 2 de la trousse à outils).

Pour les discussions spécifiques s sur les avantages techniques et commerciaux entre les options A, B, B+, veuillez consulter « La Mise à jour Programmatique publiée par L'OMS en avril 2012 » (cité ci-avant) et « A Business Case for Options B and B+: to Eliminate Mother to Child Transmission of HIV by 2015 » publié par l'UNICEF et le Business Leadership Council.[8]

1.2 Engagement politique et l'approbation de la stratégie

La section suivante décrit les principaux défis politiques dont il faut facesi la décision du passage à l'option B/B+ est prise. Des outils additionnels sont disponibles dans cette boîte à outils pour compléter les considérations mises en évidence dans ce document pour optimiser les systèmes qui peuvent être utilisés pour de nombreuses années à venir.

1.2.1 Harmoniser les structures nationales chargées de la coordination des programmes y compris PTME, et TAR

Un esprit de collaboration est nécessaire pour achever un consensus national sur la mise en œuvre de l'option B/B+. La transition vers l'option B/B+ demandera aux pays d' évaluer les compétences et les ressources requises pour gérer la mise en œuvre et élaborer des politiques pour la PTME et le TAR, pour faciliter cette transition et assurer la collaboration et l'acceptation entre les différents secteurs. La plupart des pays ont déjà des Groupes de Travail Techniques (GTT), qui guident et supervisent la mise en œuvre de la PTME et du TAR. Les groupes doivent travailler ensemble pour réussir. Au Malawi les GTTs sont redevenus une équipe au service de la SMNI.[9] L'intégration à haut niveau de la prise de décision et de la gestion de la PTME et du TAR est un prérequis essentielle pour une parfaite intégration de ces interventions dans les services de soins de santé primaire.

Les GTTs doivent inclure toute les parties prenantes dans les discussions et la prise de décision. Il s'agit des prestataires de soins qui ont acquis l'expérience dans la mise en œuvre dans les sites, des conseillers techniques des agences internationales, des femmes vivant avec le VIH et des experts impliqués dans kes activités des programmes de SMNI, de la Planification Familiale (PF), de l'alimentation, de la nutrition et de la santé des enfants.

Dans la plupart de pays, il existe différents niveaux de collaboration entre les programmes de VIH et les autres programmes de santé notamment la SMNI et la PF. Ainsi il faut inclure toutes les parties prenantes dans la planification sachant que les programmes de VIH et de SMNI ont des objectifs communs. Le traitement de toutes les femmes

et des enfants dans les services de SMNI signifiera que qu'une large proportion des patients initieront leur traitement dans ces services. En plus, beaucoup de ces patients seront suivis dans les services de soins de santé primaire à travers des des programmes d'appui communautaires et familials. Donc les programmes de VIH ont besoin que les centre de SMNI fonctionnent bien. Tenant compte de ce qui précède, les programmes de HIV, de SMNI et de PF doivent réfléchir ensemble que comment utiliser cette opportunité pour collaborer plus efficacement.

1.2.2 Conduire une évaluation rapide des progrès de la PTME, mettant l'accent sur l'accès au TAR des femmes enceintes et des enfants

Une évaluation des progrès réalisés en matière de PTME est la première étape pour les discussions sur la transition vers l'option B/B+. Une étude approfondie n'est pas nécessaire. Elle entraînerait des délais. la priorité sera accordée à l'appréciation de la performance en analysant les indicateurs clésincluant les indicateurs d'assurance qualité (AQ) en vue d'identifier les domaines qu'il faudrait renforcer ou les activités supplémentaires à recommander pour effectuer une mise en œuvre efficace.

Deux points sont essentiels pour une évaluation rapide des progrès : a) la proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'ARV dans le cadre de la PTME[b] au niveau d'un pays donné, un état, une province, un district ou un établissement de santé. et b) la couverture de TAR chez les enfants infectés par le VIH. Les données des établissements de santé sont un bon baromètre de la performance du programme de PTME aux différents niveaux de soins (si l'information n'est pas disponible, ce qui arrive dans la plupart des cas, ceci est en soi un signe qu'un changement est requis d'urgence).

Il faut évaluer l'accessibilité des femmes enceintes et des enfants au traitement ARV au niveau intermédiaire pour déterminer si le nombre et la proportion de femmes enceintes et d'enfants bénéficiant du TAR ainsi que le type et la situation géographique du centre qui offre le TAR, dépendent du revenu ou du niveau d'éducation. Si les services sont concentrés dans les établissements de haut niveau, les zones urbaines et les « centres d'excellence » soutenus par des partenaires externes, ceci pourrait être défavorable aux populations nécessiteuses.

En plus, en analysant les données quantitatives, on peut incorporer les informations qualitatives fournies par les agents de santé ou les bénéficiaires des services de santé. Ces informations sont parfois déjà disponibles—suite aux activités régulières de supervision ou de revues de programme. Si non, on peut obtenir rapidement ces informations par un sondage rapide auprès des agents de santé ou des bénéficiaires par téléphone ou pard'autres technologies. Des questions simples peuvent être posées aux agents de

[b] Pour estimer grossièrement le nombre de femmes enceintes ayant besoin de traitements antirétroviraux dans une région donnée (district, centre), multiplier la prévalence anténatale estimée du VIH dans cette région par le nombre de grossesses par an, puis par 40 %, c'est-à-dire la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui peuvent bénéficier du traitement en raison d'un taux de CD4 inférieur à 350.

santé et aux femmes vivant avec le VIH en se focalisant sur les aspects qui fonctionnent ou pas en matière d'accès aux TAR pour les femmes enceintes et les enfants ainsi que les suggestions pratiques pour garantir de l'accès durable aux services.

Les résultats de l'évaluation rapide seront utilisés pour permettre au MS de décider du modèle approprié pour la mise en œuvre de l'option B/B+ et de définir les changements politiques ou programmatiques nécessaires pour une transition en douceur vers une approche plus simplifiée et intégrée.

Un seul modèle de soins pour tous les sites PTME dans un pays ne conviendra peut-être pas. Cependant, un consensus est nécessaire sur le modèle prédominant permettant d'atteindre toutes les femmes enceintes ayant besoin de TAR et les enfants exposés ou infectés par le VIH. Il est fortement recommandé, pour les pays à moyenne ou forte prévalence de VIH de mettre en place une approche permettant aux infirmiers d'administrer le TAR et les soins des enfants dans les centres de santé de base où se déroulent les services de SMNI[c].

1.2.3 Parvenir à un accord sur le choix de l'option B/B+ dans le cadre de la PTME

De nombreux pays vont s'intéresser à connaître la différence entre l'Option B et B+ ainsi que les avantages et les inconvénients de chaque option. Pour ce faire, le tableau 2 ci-dessous donne une liste indicative et non exhaustive des avantages et inconvénients éventuels relatifs aux 2 options.

1.2.4 Que veulent les femmes? Explorer l'acceptabilité de l'option B/B+

L'acceptabilité de l'option B/B+ par les femmes vivant avec le VIH, est le critère principal pour voir si la transition réussira. En principe, l'efficacité d'un schéma ARV prédomine sur l'acceptabilité dans le choix d'un traitement pour la PTME étant donné que que les femmes choisiront le protocole le plus efficace. Cependant, si les deux options sont pareilles en efficacité, l'acceptabilité devient importante du point de vue des droits humains.

Ainsi, lors de la comparaison des options, il est important de prendre en compte les préférences des femmes vivant avec le VIH et voir s' il faut leur donner le choix entre les deux options. L'option B et surtout l'option B+ pourrait être bénéfique à la santé des femmes dont le taux de CD4 est élevé (veuillez voir l'encadré 2 pour les détails). Néanmoins, les avantages de B, pour les femmes au taux de CD4 de plus de 350, ne sont

[c] Il n'est pas toujours utile de proposer des antirétroviraux dans ces centres, en particulier dans les environnements à faible prévalence où la proportion de femmes séropositives est réduite. Si les antirétroviraux ne sont pas livrés aux centres de diagnostic de VIH il faut un système actif de référence pour que les femmes enceintes puissent commencer le TAR le plus tôt possible après le dépistage.

Tableau 2: Avantages et inconvénients éventuels de l'option B+ par rapport à l'option B

AVANTAGES DE L'OPTION B+[10]	EXPLICATION
Le test de CD4 n'est pas requis pour initier le traitement	Le manque d'accès au test CD4 n'empêche pas le traitement
Simplifie la mise en œuvre grâce à son approche « standardisée et uniforme » à tous les niveaux de prestation de services	Facile à comprendre par les clients et les prestataires. Convenable pour les infirmiers qui font les prestations de services dans les centres de soin primaire
Evite les arrêts reprises' de l'option B si les CD4> 350	On n'a pas étudié le risque de résistance associé à l'arrêts-reprises du traitement pour les femmes qui tombent enceintes plusieurs fois sous l'option B—un aspect important là où la fécondité est élevée
Permet d'étendre l'accès au TAR pour les groupes mal desservis ou les populations rurales grâce à la décentralisation des services TAR aux centres de santé de base	L'administration d'une dose fixe par jour convient aux non-spécialistes. Sous l'option B+ seulement un test de VIH est requis pour initier le TAR. Un taux de CD4 est requis pour continuer le TAR à vie avec l'Option B
Indique clairement qu'une fois commencé, le TAR est poursuivi à vie	L'arrête-reprends message de l'option B peut désavantager l'observance chez les clients s'ils comprennent qu'ils peuvent arrêter et reprendre le TAR sans conséquences
Le suivi des couples mère-enfant, depuis la première visite prénatale jusqu'à la confirmation du diagnostic de VIH chez l'enfant à 18 mois ou à la fin de l'allaitement maternel, donne des informations importantes sur la qualité du programme	Le suivi des clients sous l'arrêt-reprise de l'option B est compliqué
Renforce l'intégration des programmes PTME et TAR	L'option B+ offre la possibilité d'intégrer : les services du TAR et de la PTME ; et les fonctions programmatiques de haut niveau
Des bénéfices pour la santé des femmes vivant avec le VIH	Réduit le risque de la TB et d'autres infections opportunistes
Prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les partenaires non infectés	L'initiation précoce du TAR baisse la charge virale et réduit le risque de transmission aux partenaires non infectés
INCONVÉNIENTS ÉVENTUELS DE L'OPTION B+	**DESCRIPTION**
Les médicaments sont plus coûteux	Si on discontinue le TAR après l'allaitement (au taux de CD4 > 350) sous l'option B, l'achat du TAR devient moins cher
La toxicité et pharmaco-résistance sont potentiellement plus élevées	L'exposition aux ARV avec l'option B est limitée. Ainsi, les effets indésirables sont réduits. Toutefois, le risque de la pharmaco résistance s'accroît si l'observance ou la rétention est faible.
Des coûts additionnels des prestations de services	Avec plus de femmes sous TAR on aura besoin de plus de personnels, d'espace et d'autres infrastructures pour soutenir les services.
Le risque de détourner les maigres ressources qui devraient servir pour les femmes qui ne sont pas enceintes et qui présentent des taux de CD4 ≤ 350.	Les femmes enceintes bénéficient plus du TAR que celles qui ne sont plus enceintes au taux de CD4 >350

pas aussi remarquables que pour les femmes au taux de CD4 de moins de 350. Ainsi, les femmes peuvent choisir d'arrêter le TAR après l'allaitement pour reprendre quand le traitement sera nécessaire selon leur état de santé.

Les pays doivent collaborer avec les parties prenantes nationales et les organismes communautaires, qui représentent les femmes vivant avec le VIH. Afin de comprendre leurs : perceptions, attitudes et préférences envers le traitement. Ces consultations présentent l'occasion d'identifier les obstacles principaux à l'observance et l'accès au TAR, ex. le coût, les besoins nutritionnels, la stigmatisation et discrimination pour informer les décisions politiques et améliorer la mise en œuvre subséquente au niveau du district ou du pays.

Les pays peuvent investir dans la « recherche formative » pour examiner l'acceptabilité des schémas du TAR aux individus, ou la pratique d'alimentation des enfants, surtout l'allaitement maternel en vue d'élaborer des messages ciblés sur les changements de comportement (CCC) permettant d'augmenter l'observance, le recours au TAR et la rétention. (Veuillez consultez la section d'engagement communautaire pour les détails).

Quel que soit la politique choisie, les droits humains doivent être respecté. La communication sur les risques, les avantages et les alternatives de traitements sont nécessaires

Encadré 2: Avantages de l'option B+ au-delà de la PTME

- **Réduit la transmission sexuelle du VIH :** des essais cliniques aléatoires montrent que le « traitement comme méthode de prévention » prévient la transmission sexuelle du VIH avec une efficacité plus de 95 pourcent
- **Réduit l'incidence de la tuberculose :** le traitement des femmes aux taux de CD4 plus de 350 réduit l'incidence de la tuberculose active[1] considérablement
- **Réduit la mortalité maternelle :** es études observationnelles montrent une réduction en mortalité maternelle liée au virus, même aux femmes aux taux de CD4 inférieure à 350.[1]
- **Augmente le recours au TAR et la rétention aux soins.** La décentralisation des services de TAR (surtout l'option B+) aux centres de SMNI, peuvent améliorer l'accès au traitement à vie, pour les femmes enceintes et les enfants aux régions reculées. Elle évite le message « contradictoires » donnés à la communauté au sujet du TAR qui est un traitement à vie.
- **Accès aux services de SMNI et de planification familiale :** En inscrivant toutes les femmes vivant avec le VIH dans un même registre de suivi, il sera plus facilite d'offrir des services de planification familiale aux femmes séropositives.
- **Augmente la survie infantile et réduit le retard de croissance chez les enfants :** chez les enfants exposés, le TAR de la mère pendant l'allaitement (option B/B+) comporte de nombreux avantages notamment la protection des nourrissons contre l'infection à VIH, et les avantages de l'allaitement maternel exclusif qui réduit la mortalité infantile liée à la diarrhée, la malnutrition chronique et le retard de croissance associés à l'absence d'allaitement.

pour obtenir le consentement et faire un choix éclairé « Counseling, Consentement éclairé et Confidentialité 3 C ». Pour un meilleur équilibre entre les choix individuels, les droits humains et l'efficacité opérationnelle, les pays peuvent bâtir sur les expériences antérieures qui ont réussies notamment l'adoption de l'approche « opt-out » et les recommandations de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson et de l'enfant en 2010.[11]

Dans chacune de ces situations les femmes recevaient des directives très claires et aussi le droit de choisir une alternative. Selon ces exemples, les pays choisissant l'option B+ peuvent conseiller à toutes les femmes enceintes séropositives de continuer le TAR. Pour les femmes aux CD4 > 350, donner des conseils appropriés sur les avantages, les risques et les alternatives de TAR et ainsi si elles le désirent, elles pourraient choisir d'arrêter le TAR après l'allaitement.

1.2.5 Clarifier les politiques et les procédures nécessaires pour l'adoption de l'option B/B+

Les pays doivent prendre des décisions qui nécessitent une révision complète des directives nationales de la prévention et traitement de VIH. La révision au Malawi a complètement intégré les directives nationales de VIH pour toute la population et prêté la transition vers l'option B+. (Veuillez voir les directives intégrées du Malawi sur l'internet pour référence).[12] En 2013 l'OMS a fait une révision du TAR pour éclairer les décisions spécifiques aux politiques nationales.

1.2.6 Avoir la validation de l'option B/B+ et des autres politiques associées par les autorisées de haut niveau

Les activités de recherche, prescrites dans ce document et un consensus communautaire, préparent la structure technique de PTME-TAR pour gagner l'approbation gouvernementale et élaborer les politiques. Il faut prôner que les changements proposés sont : solides en termes de technique ; rentables ; et soutenues par un grand nombre de partenaires. Que les changements améliorent la santé maternelle et infantile sur une vaste plateforme et traitent les problèmes de VIH. Ainsi, ils augmentent la possibilité de succès avec la mise en œuvre de l'option. Veuillez voir le sommaire des politiques et processus importants, relatifs à l'option B/B+, décrits par PEPFAR dans son outil de l'évaluation de l'état de préparation des pays.

1.3 Considérations Financières

1.3.1 Estimer le coût et la rentabilité du traitement pour les femmes dans le cadre de la PTME

L'évaluation du coût et de la rentabilité pour chaque option est essentielle pour prendre une décision pour la mise en œuvre et l'élaborer d'une stratégie de déploiement. Cependant, l'évaluation requière une expertise que les directeurs de programmes de PTME/TAR et les décideurs politiques ne possèdent pas toujours. L'initiative Clinton pour l'Accès à la Santé (CHAI), PEPFAR et le Futures Institute ont des modèles pour estimer le coût et le rapport coût/efficacité différentiel de la mise en œuvre pour chaque option. De plus, l'UNICEF, CHAI et le Business Leadership Council (BLC) ont publié « A Business Case for Options B and B+ to Eliminate Mother to Child Transmission of HIV by 2015[8] » Celui-ci décrit un modèle qui permet de prévoir l'impact et le coût au fil du temps.

L'option B+ est plus cher que l'option A ou B en raison des ARVs. Le coût moyen d'un traitement TDF/3TC/EFV est de 159 dollars pour chaque patient-année et continue de baisser.[13] Cependant, il faut inclure les frais opérationnels de la mise en œuvre (l'électricité, l'entretien, la sécurité etc.,), la rémunération équitable de ressources humaines (RH) dans les centres de soin primaires qui administreront le TAR dans les service de soins de SMNI, le soutien financier aux structures communautaires et aux services auxiliaires qui contribuent à l'observance et fidélisation, la formation, la supervision et la révision des systèmes de suivi-évaluation.

On doit distinguer les coûts à court et à long terme, les dépenses initiales et les frais récurrents. Bien que les femmes au taux élevé de CD4 arrêtent le traitement, avec l'option B, elles reprennent après quelques années. Ainsi, l'écart proportionnel entre l'option B+ et l'option B se réduit. C'est-à-dire, la différence entre le coût absolu du TAR pour l'option B et B+, sur toute la vie d'une jeune femme, dont la prise en charge s'étendra sur des dizaines d'années, n'est pas remarquable.

Il faut comparer le coût/efficacité différentiel pour chaque option basé sur l'expérience actuelle et non pas sur l'efficacité estimée à partir des essais cliniques. Dans le cadre de l'analyse de faisabilité, les groupes PTME-TAR ont estimé l'efficacité prévue avec l'option B/B+. Ceux sont les estimations de base pour calculer le coût/efficacité différentiel.

L'estimation de la rentabilité doit intégrer les autres avantages d'un traitement précoce et efficace. Telle que la réduction de la transmission sexuelle et de l'incidence de la tuberculose. Il faut inclure le coût des échecs dans l'analyse globale. Puisqu'une option qui est moins efficace créée des coûts supplémentaires liés aux traitements de cas de VIH ou de cas de tuberculoses qu'on pas pu prévenir. Le coût-efficacité est sensible au prix des ARVs et les ARVs deviennent progressivement de moins en moins cher. Ce qui peut encourager les parties prenantes. En effet malgré les investissements élevés au départ, l'option B/B+ devient plus rentable au fil du temps, avec la possibilité d'une économie de coût.

Veuillez-vous référez à la trousse à outils Section 3 et « A Business Case for Options B and B+: to Eliminate Mother to Child Transmission of HIV by 2015 » pour les détails sur le coût et la rentabilité de l'option B/B+.

1.3.2 Financement : mobiliser les ressources et renforcer le système de santé

La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de l'option B/B+ n'est pas facile. Il prend au moins une année pour une demande de sources externes ou internes. L'option B/B+ demande que toutes les femmes bénéficiant des services de « PTME » prennent les ARVs. Ainsi on pouvait reprogrammer les ressources des programmes d'ARVs pour la mise en œuvre.

Les budgets nationaux et les donateurs distinguent entre les activités de PTME et celles de TAR. Bien que les deux programmes s'imbriquent graduellement ces dernières années les programmes de TAR ont plus de ressources que la PTME. Le Malawi a reprogrammé les ressources d'un don existant du Fonds Mondial pour la mise en œuvre de l'option B/B+.

Dans tous les cas, un engagement de financement à long terme est requis pour couvrir le coût des ARVs. Soutenant la phase initiale d'un programme sans engagement comporte des risques. Au moins, ceci requiert des ressources internes additionnelles que les pays doivent débloquer à partir de fonds publics nationaux. Dans la plus part des cas des ressources externes seront requises. Les pays qui ont développé des plans d'élimination de la transmission mère-enfant (PTME) budgétisé et qui engagent des montants importants de leurs propres ressources sont mieux placés pour bénéficier de financement externe. Il faut montrer les économies de coût associées avec l'option B+ à long termes du fait des infections pédiatriques évitées de même que la baisse des prix des ARVs en raison de l'importance du nombre de clients.

L'utilisation efficace des ressources pour renforcer le système de santé est un autre défi dans le cadre de la mise en œuvre de l'Option B/B+. Étendre le TAR à tous les centres de soin SMNI nécessite des investissements importants en ressources humaines pour la gestion de la chaîne de logistique, le suivi-évaluation , et les infrastructures. Etant donné la tendance à l'intégration des services, les programmes de SMNI et de TAR doivent regrouper leurs ressources et conjointement renforcer le système de santé, ce qui est essentiel pour l'offre de tous les services dans les centres de soin primaires. Les budgets de la PTME et de TAR doivent refléter les besoins additionnels de financement pour la mise en œuvre du plan national de l'ETME. Les programmes efficaces qui réduisent le nombre de nouvelles infections à VIH pédiatriques dépenseront vont aussi réduire les dépenses pour les ARVs pédiatriques.

Pour une liste plus détaillée sur les entrées de coût veuillez-vous référez la section 3 de la trousse à outils sur l'estimation des coûts.

1.4 Modèle de prestation de services

1.4.1 Parvenir à un consensus sur les modalités optimales pour la prestation de service PTME-TAR

Un consensus sur le meilleur model pour offrir les services de TAR selon les objectifs et le contexte du pays est une étape essentielle vers l'option B/B+. Compte tenu des conséquences de la décentralisation en matière de coût et de ressources humaines. Il faut évaluer les modèles de la prestation des services dès la phase de planification initiale. Les questions essentielles ci-dessous guideront la sélection d'un modèle :

- *où* est-ce que les femmes enceintes et les enfants recevront-ils le TAR ? (lieu)
- *qui* initiera le traitement (prestataires) ?
- quand est ce que les femmes et les enfants recevront-il le TAR (timing) ?

En fonction de la structures de santé, plusieurs modèles sont possibles tels que :

- Placer les services de TAR dans les même services de SMNI qui fournissent la PTME (lieu « totalement intégré ») ;
- Placer les services de TAR dans la même structure de santé mais dans un bâtiment séparé des services de SMNI/ PTME (lieu « à proximité et partiellement intégré[14] ») ; ou
- Placer les services de TAR dans une structure de santé différente—de celle qui offre les services SMNI/PTME (lieu « non intégré »).

En ce qui concerne les prestataires de services qui peuvent initier le traitement, les possibilités incluent : les médecins uniquement ou d'autres catégories de prestataires de services tels que les infirmiers/sages-femmes et les officiers de cliniques. Pour ce qui est du moment pour l'offre de service de TAR, les possibilités incluent la combinaison avec les visites de CPN ou de la SMNI pendant période prénatale et postnatale ou bien de manière indépendante (c.-à-d. les services TAR ne correspondent pas aux jours ou horaires d'autres visites).

Les données factuelles indiquent que le niveau de recours est mieux si le TAR est initié dans les mêmes centres de soins de SMNI que quand les clients sont référés à d'autres établissements de haut niveau éloignés de leurs domiciles. En effet, un essai randomisé, mené en Zambie a montré que l'offre des ARVs dans les services de SMNI doublait presque le niveau de recours aux ARVs par les femmes enceintes comparativement aux situations où les ARVs sont offerts dans d'autres structures de référence.[15]

Bien que dans les grands hôpitaux, le fait d'envoyés les femmes et les enfants infectés dans des unités de TAR différents des unités de SMNI est préférable à les référer dans des centre éloignés, ceci peut entrainer des taux élevés de perdus de vue.[16] Il est toujours

préférable, en particulier dans les zones de forte prévalence du VIH, d'initier le TAR pour les femmes enceintes et les enfants dans les services de SMNI à chaque fois que c'est possible. Ce faisant, il est important de garder à l'esprit que le fait de fournir le TAR aux femmes enceintes séropositives dans les centres de soin primaire peut créer la demande du service pour les partenaires, les femmes séropositives en postpartum et les enfants de même que d'autres patients vivant dans la zone de responsabilité du centre. Ainsi, planifier l'initiation du TAR dans les CPNs dans les centres de soin primaire, doit se faire en corrélation avec le programme de décentralisation du TAR pour les adultes en général et doit être saisi comme une opportunité pour renforcer l'approche de soin centrée sur la famille pour le VIH.

Dans la même lancée, les services de provision du TAR dans les services de SMNI doivent être conforment aux normes nationales pour le programmes de TAR pour les adultes et bénéficie d'un system de suivi de la qualité aussi robuste que celui utilisé pour le suivi de la qualité des soins offerts aux femmes enceintes vivant avec VIH.

Bien que la prestation dans les mêmes locaux des services de des services PTME-TAR est importante, elle n'est pas essentielle pour optimiser le recours au TAR. Une étude observationnelle a montré qu'il n'y avait une faible différence dans le recours au TAR entre trois centres de soin qui utilisaient l'un ou l'autre des trois modes de prestation des services de PTME/TAR suivant :— approche totalement intégrée—partiellement intégrée—et non intégrée.[14] Ceci quand les services sont fournis dans le même centre de soins mais assurés par des prestataires différents et à des horaires différents. Il ainsi mis en exergue l'importance de l'intégration à la fois des des trois aspects de de la prestations de service -lieu, prestataires et moment, pour maximiser le niveau de recours au service des femmes et des enfants ayant commencé le TAR. La réussite précoce au Malawi dans la mise en œuvre de l'Option B+ est attribuable à la décentralisation du TAR dans tous les centres de soins de SMNI avec les infirmiers qui initier le TAR dans la concomitamment avec les visites prénatales.

Comme l'espace et le personnel sont souvent limités dans les structures de SMNI, on peut envisager des modèles hybrides. Par exemple les infirmières peuvent initier le TAR à la clinique de la SMNI et orienter les soigneusement femmes et les enfants, un moment donné après l'accouchement, vers d'autres structures qui offrent le TAR à vie. Le moment optimal pour la transition d'un programme de la PTME à celui du TAR varie selon les caractéristiques du centre et du pays. En général, la transition est préférable après l'allaitement.

Le choix sur les modalités pour l'initiation et le suivi des femmes doivent aussi faire l'objet d'un consensus. Il en est de même pour le mode de suivi des nourrissons et des jeunes enfants exposés au VIH. Dans les pays où le TAR est initié dans les services de SMNI des centres de soin primaire, il est logique de recommander que Les agents de santé qui offrent le traitement aux mères soient responsabilisés pour s'assurer que les nourrissons exposés au VIH bénéficient des interventions nécessaires après la naissance.d[d] Cette approche centrée sur la famille, qui regroupe au même lieu la prise en charge des mères

[d] Incluant le diagnostic précoce du nourrisson ; le soutien en matière d'allaitement et de la nutrition, l'administration de cotrimoxazole et de névirapine.

et des nourrissons a eu du succès dans plusieurs contextes.

L'approche permet aussi aux partenaires masculins et aux membres de familles de se faire dépister et recevoir le traitement. Cette approche optimise les avantages du traitement comme moyen de prévention et permet de fournir le soutien psychosocial aux femmes enceintes qui commencent le TAR aussitôt après le diagnostic.

1.4.2 Décentraliser et mettre à l'échelle

Une révision et renforcement des systèmes seront nécessaires pour offrir le TAR dans les services de SMNI. La provision du TAR aux femmes et aux enfants engage de nouvelles responsabilités. Il est donc important de s'assurer que les systèmes de santé sont adéquatement équipés pour optimisés le résultats. Par exemple, des mesures doivent être prise pour minimiser les ruptures de stock des ARVs et d'établir un système de suivi des patients et de rétention des patients.. Dans quelques cas une approche par phase du déploiement de l'Option B/B+ est préférable, permettant de combiner la progression avec l'apprentissage par la pratique. Les pays peuvent s'inspirer de l'exemple du Malawi qui a commencé dans certains districts prioritaires d'abord et ensuite couvert le pays entier en moins d'un an. Cette approche permet de tirer rapidement des leçons d'une variété de structures dans un même district pendant qu'on optimise la fonction de gestion u du district. De plus, il faut penser aux implications de la décentralisation des services de TAR vers les centres de soin primaires, en termes de charge de travail tenant compte de tous les clients sous TAR dans le district ou dans la zone de responsabilité.

L'accès aux TAR pour les femmes enceintes dans les zones de haute ou de prévalence intermédiaire se heurte à deux défis :

1. Le besoin de déployer le TAR dans les centres de soin de SMNI pour les femmes et les enfants qui en ont besoin; et
2. Le besoin de fournir des soins et soutiens holistiques et coordonnés pour l'adhérence et l'observance au traitement au niveau communautaire et des structures de santé. centres.

1.4.3 Préparer le système de santé : Offrir le TAR aux femmes et aux enfants dans tous les centres de soins primaire qui proposent les services de la SMNI

Comme les problèmes de santé varient entre les pays et les régions du même pays Les programmes nationaux doivent collaborer étroitement avec les équipes de santé aux districts. Afin d'examiner : les goulots d'étranglement ; comprendre ; et déterminer où il faut mettre les ressources pour livrer les services de la SMNI, PTME et du TAR de

haute qualité.

On doit examiner les problèmes d'accès aux services, en matière d'offre et de demande, les composantes individuelles du système de santé et la continuité des soins pour les clients. Les perdus de vue (PDV) se passent à plusieurs moments pendant la grossesse et le post-partum. Il y'a beaucoup d'occasions manquées dans les services de SMNI et de VIH. Cependant, pour achever les objectifs ciblés pour le VIH, il faut assurer l'accès au service de SMNI à un grand nombre de clients. Un investissement qui cible la plateforme de services SMNI est requis. Afin de traiter les obstacles de l'intégration et renforcement des services.

1.4.4 Infrastructure : aménager l'espace pour offrir le TAR dans les services de la SMNI

Les centres de santé qui ont assez d'espace n'auront pas besoin d'être rénovés. Cependant, la durée du counseling pour l'observance, avant l'initiation du TAR et la fréquence des visites, pouvaient surcharger l'espace disponible au fil du temps. L'espace requis et différent selon : le centre ; le volume des clients, attendu ; la présence d'autres services au centre ; est la condition de l'espace disponible.

Améliorant le flux des patients et la programmation des services du TAR aux heures moins occupées (généralement l'après-midi dans les centres qui fournissent des services de SMNI) peuvent réduire le besoin de réaliser de grands travaux.

Un espace sûr et adéquat pour garder les ARVs, doit être exploré lors de la planification initiale. La préférence doit être portée sur les modèles qui optimisent la sécurité de tous les produits et médicaments utilisés aux centres. Les pays peuvent utiliser l'outil pour l'évaluation de l'état de préparation élaboré par PEPFAR présenté à la section 2 de cette trousse à outils. Pour évaluer leur capacité à fournir le TAR à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH.

1.5 Ressources Humaines

1.5.1 Ressources Humaines : délégation des tâches et administration du TAR par les infirmiers

Les études montrent que l'initiation du TAR par les infirmières et les officiers cliniques aux centres de SMNI est sûre et efficace.[17,18,19] C'est nécessaire dans plusieurs contextes pour améliorer l'accès au traitement. Des politiques claires sur la délégation des tâches, indiquant comment les pairs éducateurs et les agents de santé communautaires peuvent

aider les infirmiers pour la prise en charge des clients sous TAR, sont importants, et aussi comment ils seront rémunérés et soutenus. (Veuillez vous référez la section sur l'engagement communautaire pour les détails).

Une révision des politiques et directives nationales est nécessaire pour que les infirmières puissent initier le TAR. Précisant les situations quand il faut envoyer les clientes aux médecins ou aux établissements de haut niveau. La plupart des femmes qui entament le traitement aux structures de PTME sont au stade I ou II de la maladie définies par l'OMS. Ainsi, très peu ont besoin des références.

La révision de la formation initiale et continue des personnels de santé doivent inclure les nouvelles responsabilités liées à la prise en charge du TAR. Une meilleure formation sur les diagnostics et le traitement des enfants dans les services de la SMNI par les infirmiers et les officiers cliniques, est importante.

Le Malawi a formé les équipes de santé, sur les nouvelles directives pour : intégrer les services de TAR et de la PTME, le diagnostic du VIH chez le nourrisson, et l'offre systématique des services de planification familiale aux femmes séropositives. La formation des équipes de prestataires de service sur place, selon une approche globale, est judicieuse. Les formations en dehors des sites sont coûteuses. En plus, on doit s'assurer de la présence d'assez d'infirmiers/ères pour dispenser le TAR dans les services de SMNI, sans interrompre leur fonctionnement normale.

C'est-à-dire, en plus de la formation et des directives claires, les équipes de districts doivent collaborer avec les responsables au niveau des provinces et du pays pour analyser le besoin des infirmières pour chaque centre qui offre le TAR. Du point de vue des prestataires l'option B/B+ est simple. Il est raisonnable de supposer que les mêmes infirmiers qui assurent la prophylaxie dans les services de la PTME, dispenseront le TAR sans ressource supplémentaire. Pourtant, on requière plus de temps pour conseiller à l'observance au TAR qu'avec la PTME. Pour éviter l'épuisement il est nécessaire d'établir des stratégies pour retenir les professionnels et les ASC, telle que la possibilité de développement professionnel continu, au fur et à mesure de l'augmentation de leur responsabilité.

Veuillez consulter la liste de contrôle sur les ressources humaines pour la santé à la section 4 pour plus d'information.

1.6 Choix du schéma de traitement antirétroviral

1.6.1 Parvenir à un consensus sur le schéma thérapeutique optimal

Le schéma thérapeutique de TAR choisi est la base de toutes les autres activités à mener. La décision doit examiner: si le schéma sera pareil pour tous dans le programme, les

avantages d'harmoniser les schémas de TAR et de la PTME, la simplification des prévisions, de la quantification et de la gestion des produits et l'organisation des services avec les schémas thérapeutiques pour simplifier l'administration des TARs par les prestataires.

L'OMS recommande un protocole à base d'éfavirenz et de fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) pour les femmes enceintes. Ce-ci réduit le risque d'hépato toxicité liée à la névirapine chez les femmes dont le compte de CD4 est élevé. L'administration est simple—une seule dose par jour, conformément au schéma de première intention proposé par l'OMS pour les adultes sous l'option B/B+. Malgré les réservations sur l'éfavirenz pendant le premier trimestre de la grossesse, les données récentes rassurent que l'éfavirenz n'est pas toxique à long terme.

Le traitement à base d'éfavirenz/TDF/3TC coûte 159 dollars par patient-année. C'est moins cher que les inhibiteurs de protéases et devient de plus en plus rentable. L'annonce du MS de l'Afrique du Sud en Novembre 2012 d'un appel d'offres afin de réduire le coût jusqu'à 120 dollars US (pour les combinaisons à dose fixe (ADF)) indiquent que les schémas thérapeutiques deviennent plus abordables et peuvent baisser encore.[20]

Le même schéma initial pour tous les patients dans le programme national de TAR, serait idéal pour simplifier la chaîne de logistique, le suivi-évaluation et la prestation des services. Pourtant, les contraintes de ressources requièrent parfois des traitements différents. Les pays sans moyens de proposer le même schéma de première intention au service de la PTME, peuvent envisager une approche progressive avec l'objectif de parvenir à un seul protocole. Par ailleurs, les directives nationales doivent préciser clairement les schémas alternatifs, selon le protocole approuvé, pour les femmes qui manifestent des réactions indésirables.

1.7 Gestion de la chaîne logistique

1.7.1 Achats et chaîne d'approvisionnement : assurant l'approvisionnement d'ARV dans tous les centres de SMNI

La transition à l'option B/B+ présente des avantages et des défis en matière de gestion des achats et de la chaîne de logistique. Un seul schéma rend la quantification des achats simple. Cependant, le coût absolu d'approvisionnement des ARV devient supérieur avec l'option B/B+. Ainsi les pays en transition doivent examiner les

Encadré 3: Conseils techniques de l'OMS

Pour plus d'informations sur :

- Les schémas du TAR conseillés pour les adultes par l'OMS, veuillez consulter le rapport 2011 de l'Initiative Traitement 2.0 « Short Term Priorities for ARV Drug Optimization » (angl. uniquement) http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501941_eng.pdf.
- La sécurité et pharmacovigilance de l'EFV pendant la grossesse veuillez consulter le document « Technical Update on Treatment Optimization: use of Efavirenz during pregnancy in a public health perspective » publié par l'OMS en juillet 2012 (angl. uniquement) : http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503792_eng.pdf.

questions de mobilisation des ressources pour couvrir le coût supplémentaire des médicaments, la prévision, la quantification et les mécanismes d'achat, et l'harmonisation du délai d'approvisionnement en fonction de la disponibilité des ressources financières et le calendrier de déploiement de l'option B/B+.

À propos des mécanismes d'achat, les grands donateurs comme le Fonds Mondial et le PEPFAR financent une grande partie des ARVs. Les pays peuvent collaborer étroitement avec les donateurs qui les soutiennent au niveau centrale et assurer la coordination afin de réduire le coût des médicaments ou le délai d'approvisionnement.

Plus d'investissement est requis pour renforcer la gestion de la logistique pour assurer une distribution fiable des ARVs à chaque centre de SMNI. Souvent les centres aux niveaux inférieurs connaissent des ruptures de stocks. Puisqu'on priorise les centres de TAR de haut niveau, une telle rupture de stock peut accentuer le taux de transmission verticale et le risque de la résistance au traitement après l'initiation des TARs. Une rupture de stock affecte la qualité des soins et peut diminuer la fidélisation des clients. Puisque les femmes peuvent arrêter de fréquenter les centres de soins sans médicaments. Quand la demande pour les tests et le traitement augmente, il faut veiller à ce que la prévision tienne compte des besoins des secteurs publics et privés et priorise les kits pour les tests et les ARVs.

Un plan clair pour gérer l'approvisionnement des ARVs, avec des outils standardisés pour la prévision et la consommation de chaque centre est critique. La planification à petite échelle, au niveau des districts est préférable. Le nombre des femmes enceintes et des nourrissons séropositifs peut être estimé chaque trimestre. On peut utiliser un système automatique ou sur demande, « push-pull » selon le besoin du pays. Il est préférable d'intégrer l'approvisionnement des ARVs dans le système d'approvisionnement d'autres produits pour les services de SMNI. Les systèmes de gestion parallèles et de prise de décision venant du sommet à la base des produits de VIH sont déconseillés.

L'approvisionnement des produits est nécessaire pour la continuité des services de SMNI et de CPN. (Les clients peuvent ne pas fréquenter des centres sans produits, réduisant le recours aux tests de VIH, aux services de la PTME et du TAR). La formation des pharmaciens de niveau intermédiaire à répondre aux demandes des ARVs et produits, l'intégration des systèmes d'approvisionnement logistique, l'établissement d'un système de pharmacovigilance pour recueillir et gérer l'information sur l'utilisation et les effets indésirables des médicaments.

La sécurité des produits, contre les risques de perte, devient importante avec l'élargissement de la chaîne de logistique, au centre de santé au niveau primaire. Il faut intégrer les systèmes de sécurité des produits de SMNI/TAR, tel que les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA). De plus, l'élargissement du système de gestion de la logistique au niveau du pays, de la province/région et du district améliore la précision des prévisions et facilite les rapports mensuels.

Veuillez consulter 'la liste de contrôle pour le système de gestion de la logistique.' Pour

les détails sur les éléments à intégrer pour l'option B/B+.

1.8 Suivi- évaluation et l'exploitation des données

1.8.1 Suivi et évaluation (S&E) : établir des objectifs clairs, intégrer les systèmes de suivi PTME/TAR, exploiter les données

L'option B/B+ simplifie le suivi-évaluation pour l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH. L'option donne aux parties prenantes une compréhension claire du progrès vers les objectifs. Au lieu de suivre des schémas différents pour les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le,post-partum, l'option B/B+ offre un seul schéma pour toutes.

D'abord les objectifs pour le TAR sont clairs et communiqués aux parties prenantes. Ils sont élaborés en collaboration avec les bénéficiaires par un processus participatif et ascendant qui promeut la responsabilité à tous les niveaux. Ils sont clairs pour le nombre de femmes enceintes mis sous TAR et le nombre de femmes retenues sous TAR aux différents points. de prestation de service.

Ensuite, l'intégration des systèmes de suivi-évaluation de PTME/TAR crée des liens entre les programmes qui simplifient le suivi-évaluation—un avantage majeur de l'option B/B+. Les femmes reçoivent le TAR aux centres des soins primaires qu'elles fréquentent déjà pour la SMNI, au lieu d'être envoyées aux autres établissements.

Les changements essentiels à l'intégration des systèmes de suivi-évaluation incluent l'établissement d'un registre national pour les enfants exposés au VIH. Ceci inclus une révision des registres pour le suivi longitudinal des couples mère-enfants, dès la première visite prénatale jusqu'à 18 mois post-partum. Y compris les interventions post-partum, telles que le diagnostic précoce du nourrisson, l'alimentation et l'administration des prophylaxies cotrimoxazole, zidovudine ou névirapine dès la naissance à l'âge de 4 à 6 semaines (avec l'option B/B+).

Les révisions portant sur l'enregistrement portent sur : 1) l'espace pour noter le schéma thérapeutique, l'offre de service de planification familiale et le taux des CD4 (l'option B fait face au problème des femmes au taux de CD4>350 qui arrêtent et reprennent le traitement), 2) la création d'une identification unique pour les femmes enceintes sous TAR à lier avec les registres des enfants de moins de 5 ans pour suivre les couples mères-enfants entre les différents points de prestation de services, 3) la mise à jour des fiches de santé des patients. Par exemple, le Malawi a modifié quatre fiches : les formulations d'ARVs pour les adultes et les enfants, le suivi des enfants exposés au VIH et la carte pour les enfants avant le TAR. Bien qu'elle soit difficile la révision des registres est essentielle.

Pour les exemples de registres des patients et des outils pour le S&E pour l'option B+ veuillez consultez le site du MS du Malawi pour des conseils spécifiques pour améliorer les systèmes de S&E (http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q3.pdf) et la section 6 de cette trousse à outils.

1.9 Supervision des sites et gestion de la qualité

La formation des agents de santé sur l'utilisation des outils pour exploiter les données et améliorer la qualité des programmes au niveau du district et au centre de soin, est requise. Les responsables des districts et des centres de santé doivent suivrent le nombre des femmes enceintes sous TAR et la rétention. Des objectifs clairs pour ces indicateurs sont la base pour améliorer le service continuellement et évaluer les progrès. Il faut des ressources humaines et le financement pour mettre à jour les outils pour l'assurance qualité des données et pour soutenir la supervision au niveau des centres, des districts et du pays. Le Malawi a démontré l'importance d'ajuster la collecte des données. Les données collectées doivent être utilites, simples, et pertinente pour la gestion des programmes. Elle doit minimiser la charge de travail du personnel de santé. Les pays peuvent envisager d'élargir les dispositifs actuels ou les systèmes électroniques pour recueillir les données longitudinales sur les mères et les enfants.

Sous l'option B+, les interventions pour améliorer la qualité de données seront importantes pour : évaluer l'avantage de déployer les services de PTME à court et longue terme ; identifier les goulots d'étranglement au niveau des districts ; et établir les buts chaque trimestre. Les directeurs des programmes de PTME peuvent surveiller les changes successifs qui contribuent à l'amélioration des indicateurs de PTME à long terme.[21]

L'administration du TAR est une nouvelle responsabilité qui demande une supervision régulière et structurée. Celle-ci est plus efficace quand une équipe au niveau du district mène les visites de supervision chaque trimestre, ou plus souvent, pendant les six mois premiers de l'initiation des services.

Le mentorat ou entrainement par des agents sanitaires qualifiés est une stratégie pour étendre les services de PTME, sur place, aux centres de niveau inférieur. Le Malawi a utilisé cette stratégie pour déployer l'option B+. Le pays à embaucher plus de 350 mentors pour soutenir les centres du pays entier[9].

La coordination des visites de supervision de PTME/TAR avec les visites de supervision d'autres programmes, par exemple, SMNI minimise le coût et promeut la collaboration entre les programmes. Un mécanisme qui assure un suivi-évaluation rapide avec un composant de correction et suivi de contrôle est requis. La supervision sur place est une plateforme idéale pour surveiller la performance avec l'AQ. La supervision doit se concentrer sur la vérification et analyse des données avec le personnel du centre,

suivi des études complémentaires au niveau du district ou du pays. Il faut assurer que : les normes de services soient respectées ; les stocks de médicaments et les kits de tests soient disponibles ; et l'identification des défis soit spécifique. La technologie peut renforcer le processus de supervision, par exemple le recours aux smartphones pour améliorer l'objectivité et fournir un point de comparaison pour l'avenir.

1.10 Le Conseil et dépistage du VIH dans les sites de PTME

1.10.1 Assurance qualité pour le test rapide du VIH dans les programmes de PTME

Le Conseil et Dépistage du VIH (HTC) dans les cliniques prénatales (CPN) seront décentralisés dans les service de PTME avec l'option B+. Les systèmes d'assurance qualité doivent s'assure que le test, l'enregistrement et la communication des résultats aux femmes soient corrects. Surtout qu'une femme séronégative ne commence pas le TAR à vie. Ainsi, il faut définir clairement, les normes et les procédures liées au dépistage du VIH et avoir un système de transport des échantillons de tests, de tous les centres, au laboratoire central, pour vérifier la précision des résultats.

La stratégie d'assurance qualité focalise sur : la formation et la supervision des infirmiers et des agents de santé au niveau primaire qui réalisent les tests et la mise à jour des algorithmes et des directives sur le contrôle de qualité (QC). L'assurance qualité (AQ) par des tests de contrôle de qualité (CC) est importante pour les tâches déléguées. Les visites de supervision doivent examiner et noter les résultats de CQ et les commentaires sur la qualité des programmes de PTME. Les coûts pour les échantillons de CQ sont inclus dans les coûts du système général de transport, pour les centres qui envoient les échantillons au laboratoire central.

1.10.2 Conseil et dépistage du VIH pour les couples

Il faut clarifier les procédures et politiques nationales sur le dépistage et le traitement des partenaires masculins des clientes avec l'option B/B+. Le TAR réduit la transmission sexuelle dans les couples séro-discordant efficacement. Alors qu'une infection aiguë à VIH augmente le risque de la transmission mère-enfant (TME) du VIH chez une femme enceinte ou allaitante. Ainsi, le dépistage et le traitement des partenaires masculins infectés sont essentiels dans les service de PTME. En 2012 l'OMS a publié des directives pour le dépistage, le conseil et le traitement des individus séropositifs dans les couple séro-discordants, quel que soit leur taux de CD4.

Les services de CPN et de la PTME sont idéals pour proposer le dépistage et le counseling du VIH aux familles et partenaires masculins des clients. L'invitation au partenaire peut améliorer le recours au service de PTME et promeut la divulgation du statut sérologique. Le TAR prévient la transmission dans les couples séro-discordants et promeut le soutient aux soins des femmes enceintes positives et des enfants exposés au VIH[22, 23]. La formation des agents de saté communautaires (ASC) et d'autres cadres sur l'utilisation des directives spécifiques pour le couple HTC est nécessaire, afin que la participation des hommes devienne effective dans les programmes de PTME. Les ASC peuvent faciliter cette approche familiale avec l'enregistrement au centre du TAR des partenaires masculins qui sont testés positifs dans les services de PTME.

1.11 Conseil sur l'initiation de TAR et l'observance

Le conseil sur l'observance est nécessaire pour initier le TAR. Les politiques doivent préciser les procédures pour le conseil avant et après l'initiation du TAR, la catégorie de personnel à impliquer , le type de conseil et les stratégies pour l'observance qui conviennent à la localité. Au Malawi sont fournis les mêmes conseil aux femmes enceintes qu'aux autres clients du TAR. Les politiques doivent surtout clarifier que l'initiation du TAR, chez les femmes enceintes, est une urgence. Les délais de programmation ou d'offre de conseil pour l'observance dans les service de PTME, ne sont pas acceptables.

1.12 Suivi Clinique et Laboratoire

1.12.1 Suivi clinique

Avec l'option B+ on peut initier le traitement sans un test de CD4. Les tests sont limités dans plusieurs contextes. Toutefois, une surveillance clinique régulière est requise. Les indicateurs de la fonction rénale, hépatique et de la condition clinique sont importants avant le traitement notamment l'hémoglobine, l'analyse sur bandelette des urines pour les protéines et la bilirubine, le dépistage de la tuberculose et de la syphilis et les tests biochimiques. Ainsi, le CD4, et le diagnostic précoce du nourrisson doit être accessibles au point de service ou par référence.

L'option B+ privilège l'accès au TAR pour toutes les femmes enceintes et assure un test de CD4 pour chacune avant l'initiation du traitement. Même si le CD4 n'est pas requis, chaque pays doit faire l'effort de proposer un mécanisme précis pour l'obtention du test. S'il n'est pas disponible au centre de PTME qui offre le TAR. L'établissement d'un système de transport pour les échantillons aux laboratoires est préféré. On peut envoyer les femmes au centre de haut niveau exclusivement pour le test, et poursuivre le

traitement au centre qui a initié le TAR.

Les pays doivent étendre l'utilisation des « point de service » machines de CD4 tests aux centres de soin primaire. Puisque ces machines ont le potentiel d'améliorer l'accès aux tests.[24] D'ailleurs il faut améliorer les services de laboratoire et renforcer la surveillance pour déterminer l'efficacité des schémas et la toxicité des médicaments. L'option B+ suppose une augmentation des clients sous TAR et plus de tests CD4 à réaliser.

1.12.2 Systèmes d'analyse biologique : assurance qualité et élargissement des tests virologiques

L'élargissement de l'accès aux dépistages virologiques—y compris le diagnostic précoce du nourrisson à partir d'échantillons de sang séché (DBS) et la méthode quantitative pour détecter l'échec thérapeutique—à tous les centres de la PTME doit être une priorité. Le test virologique est extrêmement sensible pour dépister précocement l'échec thérapeutique chez les femmes sous TAR dans les centres de PTME. Ceci est important puisque la majorité de femmes se portent bien et le test de CD4 n'est pas assez sensible pour détecter les échecs thérapeutiques précoces.[25]

Le dépistage virologique peut être effectué au point de service, ou en transportant les prélèvements dans un laboratoire de référence. Souvent les femmes sont envoyées au centre de haut niveau pour les prélèvements. Les prélèvements sont transportés au laboratoire où les tests sont réalisés dans les plus brefs délais. Le problème avec les références, l'accès aux tests et l'établissement d'un système de transport favorise l'investissement dans de nouvelles technologies de dépistage virologique, au point de service telles que les appareils qui utilisent le sang séché. Ces dernies sont plus pratiques en termes de logistiques pour beaucoup de pays. Ces approches permettent d'améliorer considérablement l'accès aux tests quantitatifs. Ils seront probablement disponibles en 2013.[26] Les pays peuvent s'investir dans de telles technologies. (Veuillez voir les directives de l'OMS prévus pour 2013, pour la mise à jour des directives sur la charge virale et la surveillance des taux de CD4).

1.13 Diagnostic précoce du nourrisson

1.13.1 « Un meilleur test » : point de service de diagnostic du nourrisson et test pour échecs thérapeutiques

Le diagnostic précoce du nourrisson (EID) est un baromètre important pour l'efficacité d'un programme de PTME. Il détermine l'impact du traitement à vie des femmes enceintes sur le taux de transmission verticale et l'initiation précoce du TAR pour les enfants infectés au VIH. Même si on a intensifié le test PCR dans plusieurs pays, en 2011, seulement 35

pourcent des nourrissons, exposés au VIH, ont reçu un test EID avant 2 mois d'âge dans les 22 pays prioritaires[27]. Les défis liés aux déploiements des tests PCR dans les milieux aux ressources limitées incluent le transport des échantillons et la communication des résultats au centre. Il faut assurer que les enfants séropositifs reçoivent les résultats et soient initiés au TAR dans les plus brefs délais. Ces obstacles existent à tous les niveaux de la pyramide de soin, mais plus les centres de soin primaires éloignés des laboratoires.

Un test au point de services, qui est simple et bon marché serait inestimable. On dépisterait les enfants aux centres de soin primaire qu'ils fréquentent, fournirait les résultats le même jour et commencerait le TAR aussitôt que possible dans le même centre. Un tel test (EID), et une « meilleure formule galénique » pour le traitement pédiatrique, faciliterait la stratégie de « tester et traiter» pour les enfants au niveau des centres de soin primaire. Cette stratégie peut avoir des effets positif en temps réel sur l'efficacité des interventions. Actuellement, on est en train de mener des études pilote sur des tests de EID, réaction en chaine de la polymérase (PCR) tests au point de service. Les données préliminaires démontrent un niveau élevé de sensibilité et de spécificité. On prévoit que les tests seraient disponibles dans deux ans, avec le potentiel d'augmenter considérablement le nombre d'enfants séropositifs identifiés et mis sous traitement sans délai.[26, 28]

Les tests d'échec du traitement sont effectués dans les laboratoires centrals actuellement. Le coût des appareils pour ces tests virologiques quantitatifs ou semi-quantitatifs empêche leur déploiement à chaque centre de soin primaire (même si la technique du sang séché est utile).[29] Cependant le placement de quelques appareils au point de service pouvait augmenter considérablement l'accès aux tests,. S'ils sont mis 1) aux centres de niveau intermédiaire les femmes peuvent les périodiquement fréquenter, ou 2) dans les laboratoires mobiles qui fréquentent les centres de soin primaire périodiquement pour proposer les tests. On est en train de développer un grand nombre de ces appareils. Au moins 3 ou 4 seront disponibles en 2013.

La technologie avancera le diagnostic précoce du nourrisson. Un circuit rapide de communication des résultats, entre les laboratoires, les centres et les soignants est important. De plus en plus les centres transmettent ces résultats par SMS. Ceci réduit le délai entre le diagnostic et l'initiation du TAR. La collaboration entre les agents de santé communautaires (ASC) et les centres de soins pour surveiller activement les nourrissons exposés au VIH ou malades peut être un complément et étendre l'EID, puisque beaucoup d'enfants sont perdus de vue, ou se présentent tard.[30] Le renforcement des liens entre les services prénatals, EID et TAR. Pour coordonner le suivi des enfants exposés au VIH avec les activités d'immunisations peuvent augmenter la proportion des infants exposés qui commencent le traitement sans délai et se fidélisent aux centres de soins.

1.14 Rétention dans les Soins & Traitement

L'accès et la fidélisation au traitement et au soin dans les centres de soins primaires sont nécessaires pour éliminer la TME. Actuellement, quel que soit le schéma, le taux

d'observance et la demande de soin est bas. Le taux de perte de vue est élevé. Ces problèmes de la PTME et du TAR sont systématiques.

L'avantage avec l'option B/B+ est l'enregistrement rapide de beaucoup de femmes enceintes et allaitantes. Le risque est qu'elles soient perdues de vue (PDV) ou qu'elles n'observent pas le traitement. Surtout s'il n'y a pas un système approprié mis en place. Étant donné que le TAR est poursuivi à vie, il faut s'investir dans les interventions avec des preuves factuelles qui créent et soutiennent la demande pour des services.

L'intégration des services PTME/TAR peut réduire le nombre de femmes envoyées aux autres établissements. Ceci peut renforcer la rétention. On suppose qu'il y aura une amélioration de la rétention, naturellement, sous l'option B+ avec l'intégration et la décentralisation des services dans les centres de soin au niveau primaire. Puisque les données indiquent que le taux de PDV dans les centres de soins au niveau primaire qui offrent le TAR est moins élevé que dans les établissements de haut niveau.[3] De plus, le même schéma thérapeutique pour toutes les femmes peut augmenter le recours aux ARVs, l'observance et la rétention. Et aussi, le message communiqué aux patients, aux prestataires et aux communautés, de la nécessité à suivre le traitement à vie, est simple.

La décision de mettre en œuvre l'option B+ nécessiter de l'attention sur les interventions pour améliorer le recours aux TAR, la sensibilisation des clients à propos des traitements, l'observance et larétention, tout au long du continuum de soins. Surtout, l'optimisation de la contribution des plateformes communautaires crée les liens entre les centres du TAR et la communauté. Il est critique de maintenir les couples mère-nourrisson dans le système de soin, de proposer le dépistage, le traitement et le soutien psychosocial aux membres de la famille.

La pauvreté empêche l'accès et l'observance du traitement. L'OMS souligne le besoin de reformer le système du financement de la santé pour réduire les obstacles financiers aux services : assurances maladies équitables, couverture universelle de soin, TAR gratuit, remplacement des paiements à l'acte avec des mécanismes de financement efficaces au point de services, indemnité de transport ou abonnements gratuits au bus, pour les bénéficiaires de soin chronique ou des transferts de fonds pour les foyers les plus pauvres.

Une stratégie pour augmenter la fidélisation uniquement dans les centres de soin est susceptible d'être inefficace. Il faut deux types d'interventions interdépendantes qui utilisent : 1) les non-professionnels et mieux les groupes de soutien et 2) la communication pour changer les comportements dans les centres et sein de la communauté.

1.15 Planification familiale

L'option B/B+ offre l'opportunité de couvrir deux composantes du Plan mondial. La prévention de grossesses non désirée et l'intégration de la planification familiale (PF) au service de VIH. Le soin prénatal est le point d'entrée pour les femmes enceintes

séropositives. L'intégration du VIH et de la PF est importante pour le succès avec l'option B/B+.[32] Mondialement le taux de grossesses non désiré est estimé à 38 pourcent et est plus élevé (51 à 90 pourcent) chez les femmes séropositives, dans quelques milieux. Les grossesses non désirées favorisent la morbidité et la mortalité maternelle. Pourtant, la réduction de la mortalité maternelle est étroitement liée à la survie des enfants. De plus, la réduction des grossesses non désirées chez les femmes séropositives baissera le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants[32].

Les femmes enceintes ou allaitantes séropositives, peuvent prendre une décision éclairée sur la PF après le counseling dans les centres de SMNI qu'elles fréquentent pour les soins. Les gouvernements peuvent approuver l'intégration des services SMNI, PF, TAR etc., dans le cadre des politiques nationales et faciliter le processus d'intégration de la PF aux autres services liés au VIH. Une évaluation du besoin en produits PF et L'acquisition des ces produits est essentielle afin d'offrir une gamme de méthodes de contraception et la possibilité de décider de quand avoir un autre enfant.

L'intégration de la gestion des produits pour les services de PF, SMNI et TAR deviendra plus importante avec l'intégration de la prestation de service, et de même la demande de produits de PF augmentera au fil du temps avec plus d'investissement dans la prévention des grossesses non désirées (volets 1 et 2). La modification du schéma pour la PTME nécessitera : la formation des prestataires en PF pour les femmes enceintes séropositives, l'adaptation des messages de PF et la révision des protocoles.

L'interaction entre les contraceptions hormonales et le TAR était étudiée et débattue. L'OMS maintient que les méthodes de contraception hormonale ne soient pas soumises à aucune restriction pour les femmes séropositives. Cependant l'option B/B+ requière la mise en place d'un dispositif solide de pharmacovigilance afin de surveiller et de recueillir davantage de données sur les effets du TAR pendant la grossesse, l'allaitement et chez les femmes vivant avec le VIH, désirant un enfant.

1.16 Engagement Communautaire

1.16.1 Personnes vivant avec le VIH : conduire la mise en œuvre de la réponse

Les changements justes et durables se produisent quand les « communautés prennent leur avenir en mains ».[33] Les programmes de VIH peuvent avoir des répercussions profondes et durables pour les personnes vivant avec VIH (PVVIH). Les réseaux de PVVIH peuvent référer les ménages désavantagés aux programmes sociaux et nutritionnels (ex. l'allocation de transport, subventions en espèces) pour enlever les obstacles au soin e.g. le coût élevé des transports.

Les (PVVIH) doivent jouer un rôle de leader pour la mise en œuvre des approches de

soutien à l'observance et à la rétention. Les réseaux de PVVIH soutiennent les hommes, les emmes et les enfants sous traitement. Fournissant le counseling sur l'observance et liant les clients aux centres de santé pour le renouvellement des médicaments. Les groupes de soutien simplifient la prestation des services cliniques et psychosociaux. La sélection d'un groupe de soutien communautaire est une pratique prometteuse.

Les visites médicales en groupes sont efficaces pour les soins chroniques comme le VIH.[34] La satisfaction des patients et les résultats sont meilleurs. Ils aident à résoudre les problèmes cliniques en s'appuyant sur leur propre expérience. Le TAR à domicile est un service innovant qui a montré des résultats excellents et peut être dirigée par les PVVIH.[35]

L'intégration des femmes enceintes et allaitantes séropositives dans des groupes de soutien est à considérer dans quelques milieux, les femmes poursuivant le TAR à vie, au centre de PTME/TAR sont mieux servit dans les groupes de soutien.

1.16.2 Communautés locales : s'approprier l'avenir et exiger la responsabilité

Comme les PVVIH, les communautés touchées par le VIH et le SIDA participent activement aux efforts d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. Il y a encore le besoin de simplifier les messages de communication pour changer les comportements et sensibiliser le public sur la disponibilité du traitement. Le TAR est fourni au niveau des soins primaire, pour toutes les femmes enceintes. Ainsi la communauté peut amener les services aux domiciles et développer de meilleurs moyens pour fournir des soins et traitement qui répondent mieux aux besoins des bénéficiaires.

Les leaders des communautés doivent tenir le gouvernement et les prestataires responsables pour le progrès vers une génération sans SIDA. Il faut communiquer des objectives claires et simples pour les femmes sous TAR. Les communautés participent avec les centres de soins et les responsables de la santé publique au niveau des districts à définir les objectives à tous les niveaux. Les communautés locales peuvent s'approprier les efforts visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les comités de santé au niveau communautaire peuvent s'assurer que les traitements soient dispensés conformément aux directives nationales et se protéger contre les honoraires non réglementaires réclamés par les agents de santé. En surveillant le progrès vers les objectifs les communautés locales peuvent demander des comptes pour les résultats.

1.16.3 Maximiser l'efficacité des cadres non-professionnels et les agents de sanité communautaires

Les cadres non-professionnels dans les centres de soin et dans la communauté jouent

un rôle essentiel dans les programmes de TAR et de PTME. Actifs sous formes diverses dans plusieurs pays et contextes, les PVVIH sont souvent employées comme des patients experts, leaders de groupes de soutiens ou mères mentors. Les ASC et travailleurs auxiliaires soutiennent la PTME de façon intégrée aux autres activités essentielles liées à la santé et à la nutrition au niveau communautaire. Ces cadres jouent un rôle critique pour réduire le taux de perdu de vue (PAS) parmi les clients des services de PTME et de TAR. Ils fournissent des messages sur l'observance, ou suivent les patients ayant besoin de soins. Ils peuvent aider les infirmières dans les aspects critiques de la prise en charge liées aux TAR et à la PTME. Cela prend en compte le conseil sur l'observance, le test du VIH et le soutien à l'alimentation des nourrissons.

Il faut investir plus dans ce cadre qui promeut la retentions et l'observance au TAR, surtout avec l'option B+. Actuellement leur champ d'activité et la mesure de leurs activités ne sont pas définis. Par exemple officialiser leurs rôles et leurs tâches, puisqu'ils soutiennent les services de PTME et du TAR considérablement. Ceci peut motiver les motiver à se sentir des partenaires de l'équipe de soin et optimiser leur impact.

Une formation appropriée pour ces cadres et des outils pour le travail serait une autre étape importante pour maximiser leur efficacité, une assurance qu'ils puissent véhiculer des messages ciblés et fournir des conseils sur l'observance. Équipés avec les outils de S&E, ces cadres peuvent mesurer la rétention des clients et suivent en temps opportun les clients défaillants. Ainsi, ces derniers lient les plateformes cliniques et communautaires. On doit envisager l'utilisation de technologies mobiles pour faciliter la communication entre les plateformes.

La motivation et la standardisation de la rémunération de ces cadres sont des approches à retenir pour renforcer leur efficacité. Beaucoup d'entre eux n'ont pas d'autre travail et peuvent partir à cause de l'épuisement. Dans certains cas ils payent des poches pour servir les familles. Etant donné le besoin d'augmenter la fidélisation au soin, les gouvernements et les donateurs doivent accorder la priorité au financement de ces agents. Les autorités politiques peuvent offrir la formation continue et le développement professionnel aux agents qui sont motivés.

Au niveau national, les pays peuvent établir un cadre de travail afin de préciser comment, les non-professionnels et les groupes de soutiens, peuvent participer à la mise en œuvre de l'option B/B+ et notamment au suivi à vie des mères ayant commencé le TAR.

1.16.4 Maximiser l'efficacité des non-professionnels et des agents de santé

Les messages sur l'observance et la rétention ne s'appuient pas toujours sur la recherche formative. Ce qui doit être la norme pour produire des messages ciblés pour le

changement de comportement dans le contexte culturel. Un expert pour mener de telle recherche est conseillé. Puisque la recherche formative cherche à déterminer les points de vue des bénéficiaires, les raisons pour lesquelles ils ne se fidélisent pas au traitement et aussi les normes sexo-spécifiques qui peuvent empêcher la divulgation du statut sérologique au sein de la famille. Les disparités entre les sexes sont souvent des obstacles invisibles et puissants aux tests de VIH, à la divulgation et à l'acception/observance du traitement.

Les interventions de communication ciblées sur les changements de comportement (CCC) ont le potentiel d'augmenter la proportion de femmes accédant au test de VIH et la fidélisation au soin prénatal et au traitement.

L'option B/B+ et surtout l'option B+ offre aux programmes de PTME/TAR et VIH l'occasion de mettre en œuvre des interventions CCC intégrées à plusieurs niveaux, avec des messages ciblés qui se renforcent. Bien qu'ils se concentrent sur le besoin de l'observance et de la rétention, les messages peuvent s'étendre à d'autres questions de la prévention du VIH, telles que le « traitement comme méthode de prévention », la réduction en nombre des partenaires sexuels et le recours au préservatif.

Pour la plupart les activités de soutiens programmatiques pour le CCC, lié à la fidélisation, se tiennent dans les établissements. Les prestataires communiquent les messages aux patients comme des instructions, au lieu d'employer des techniques centrées sur les patients, telle que l'entretien de motivation, qui aide les patients à développer leurs propres stratégies pour surmonter les obstacles à l'observance. Ainsi, ces interventions sont un domaine de programmation négligé dans beaucoup de milieux.

Pourtant le soutien programmatique serait plus efficacement mené par de larges campagnes à travers des canaux multiples non cliniques y compris les groupes communautaires, la communication par les pairs et les mass média. Une approche ciblée de la CCC pourrait améliorer les taux de rétention sous optimaux dans beaucoup de programmes nationaux de PTME et du TAR.

Veuillez consulter l'outil sur l'Engagement Communautaire, qui contient une liste de contrôle. Un guide de l'engagement optimal entre les Ministères de la Santé et les communautés lors du déploiement de l'option B/B+, y compris comment les organisations de la société civile peuvent présenter la préoccupation des communautés et des PVVIHs concernant le choix du schéma thérapeutique pendant les discussions au niveau national.

1.17 Stratégie de mise en oeuvre

La gestion d'une transition en douceur vers l'Option B+ exige : un plan détaillé de déploiement, un calendrier réaliste et des rôles et des responsabilités clairement définis. Il faut identifier les structures et les partenaires pour soutenir la mise en œuvre, aider pour

la formation des agents de santé, selon les nouvelles directives et pour le suivi-évaluation des résultats. Un élément essentiel pour la stratégie est la communication pour le changement aux agences et partenaires investis dans la mise en œuvre et le public en général. Les perspectives biomédicales et psychosociales et l'appui des experts, les membres de la communauté et les femmes vivant avec le VIH, seront importants pour définir les messages clés sur l'option B+ pour la mobilisation de l'appui requis pour réussir. Bien que l'expérience du Malawi soit un exemple, chaque pays doit établir un mécanisme pour le suivi en temps réel et évaluer la mise en œuvre chaque trimestre, afin d'ajouter les preuves et surveiller les implications programmatiques de la mise en œuvre et sur les femmes enceintes ayant commencé le TAR et pour ajuster au fur et à mesure l'approche en fonction des résultats.

1.18 Conclusion : avançons surement et ensemble

Les gouvernements visent à éliminer la transmission mère-enfant du VIH. La simplification du diagnostic et du traitement présente la possibilité unique d'atteindre de nombreuse femmes enceintes séropositives et les enfants qui en ont besoin. La mise en œuvre d'un nouveau schéma d'ARV en PTME apporte la possibilité de renforcer la plateforme de la santé maternelle néonatale et infantile en général. Il requiert une planification rigoureuse et une approche efficace qui engage toutes les parties prenantes à tous les niveaux du système de santé et la protection des droits et la participation des PVVIHs et de la communauté dans le développement des stratégies. Il s'agit aussi dela mise en œuvre dans les établissements de santé et dans la communauté assurant un accès équitable au soin. Avec la croissance en pays qui choisissent l'option B/B+ et l'offre universelle de l'option B/B+ à toutes les femmes enceintes séropositives nous espérons que cette trousse à outils guidera les décisions sur une approche efficace pour la mise en œuvre. Que la documentation et partageant de l'expérience ajoutera à la preuve de l'efficacité et la durabilité à long terme de l'Option B/B. Avançons avec l'audace vers une génération sans SIDA par 2015.

Références

1 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011-2015*, Genève, ONUSIDA, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-elimination-HIv-Children_fr.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

2 ONUSIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA*, 2012, estimations publiées. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf

3 ONUSIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA*, 2012, estimations publiées. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf

4 OMS. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendations for a public health approach* (version de 2010, en anglais uniquement). Genève, OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

5 Ministère de la Santé du Gouvernement du Malawi, *Quarterly HIV Program Report : HIV Testing and Counseling, Prevention of Mother to Child Transmission, and Antiretroviral Therapy (October – December 2011)* (en anglais uniquement), Lilongwe, gouvernement du Malawi, 2012. http://www.hivunit-mohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Program_Report_2011_Q4.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

6 Ministère de la Santé du Gouvernement du Malawi, *Quarterly HIV Program Report : HIV Testing and Counseling, Prevention of Mother to Child Transmission, and Antiretroviral Therapy (April – June 2011) (en anglais uniquement), Lilongwe, gouvernement du Malawi, 2011(a).* http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly%20HIV%20Programme%20Report%202011%20Q2.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

7 OMS, *Mise à jour programmatique : utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson,* Genève, OMS, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70891/1/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

8 Business Leadership Council, UNICEF et Initiative Clinton pour l'accès à la santé, *A Business Case for Options B and B+ to Eliminate Mother to Child Transmission of HIV by 2015,* New York, 2012. http://www.unicef.org/aids/files/hiv_BusinesscaseB.pdf

9 Chirwa Z. Integrating ART/PMTCT services into Maternal Neonatal & Child Health (MHCH) services to enhance test and treat for pregnant & lactating women (Option B+) the Malawi Experience at the International Treatment. *2° Conférence internationale sur le traitement comme méthode de prévention, Vancouver, 22 – 25 Avril 2012.* (Session n° 1.5, http://www.youtube.com/watch?v=pQVPtcxHWOs; consulté le 11 juillet 2012.)

10 Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals : time for a public health approach (en anglais uniquement), *The Lancet,* 2011, 378:282–284.

11 OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, *Guidelines on HIV and infant feeding 2010 : Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence (en anglais uniquement), Genève, OMS, 2010.* http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

12 Le gouvernement du Malawi, *Malawi Integrated Guidelines for Clinical Management of HIV, 2011, First Edition.pdf* (en anglais uniquement), Lilongwe, gouvernement du Malawi, 2011(b). http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Malawi%20Integrated%20Guidelines%20for%20Clinical%20Management%20of%20HIV%202011%20First%20Edition.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

13 Initiative Clinton pour l'accès à la santé (CHAI), *CHAI ARV Ceiling Price List* (en anglais uniquement), CHAI, 2012. http://www.clintonhealthaccess.org/files/CHAI_ARV_Ceiling_Price_List_May_2012.pdf, consulté le 16 juillet 2012.

14 Stinson K et al. Initiation of highly active antiretroviral therapy among pregnant women in Cape Town, South Africa (en anglais uniquement), *Trop Med Intl Health*, 2010, 15(7):825-32.

15 Killam WP, et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women : a stepped-wedge evaluation (en anglais uniquement), *AIDS*, 2010, 24(1):85-91.

16 Ferguson L, et al. Patient attrition between diagnosis with HIV in pregnancy-related services in Kenya : a retrospective study (en anglais uniquement), *JAIDS*, 2012, 60(3):e90-e97

17 Sanne I, et al. Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRASA) : a randomized non-inferiority trial (en anglais uniquement), *Lancet,* 2010, 376:33-40.

18 Callaghan M, et al. A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa (en anglais uniquement), *Hum Resour Health*, 2011.8:8. doi:10.1186/1478-4491-8-8

19 Long L et al. Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable ART patients to nurses in South Africa : an observation cohort (en anglais uniquement), *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001055.

20 ONUSIDA, Les économies de l'Afrique du Sud dans l'achat de médicaments antirétroviraux pour augmenter l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/november/20121130zatreatmentprices/. *30 novembre 2012, consulté le 7 décembre 2012.*

21 Doherty, T. et al. Improving the coverage of the PMTCT programme through a participatory quality improvement intervention in South Africa (en anglais uniquement), *BMC Public Health* 2009, 9:406. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/406, consulté le 24 décembre 2012.

22 Theuring, S et al. Male Involvement in PMTCT Services in Mbeya Region, Tanzania (en anglais uniquement), *AIDS Behav* (2009) 13:S92–S102. http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10461-009-9543-0, consulté le 24 décembre 2012.

23 Morfaw, F LI et al. Male participation in prevention programmes of mother to child transmission of HIV : a protocol for a systematic review to identify barriers, facilitators and reported interventions (en anglais uniquement), *Systematic Reviews* 2012, 1:13. http://www.systematicreviewsjournal.com/content/1/1/13, consulté le 24 décembre 2012.

24 Jani I et al. Point-of-care CD4 improves patient retention and time-to-initiation of ART in Mozambique (en anglais uniquement), *18th International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18–23 July 2010* (Résumé FRLBE101; http://pag.aids2010.org/Abstracts.aspx?SID=641&AID=17805, consulté le 11 juillet 2012).

25 Mee P, et al (2008). Evaluation of the WHO criteria for antiretroviral treatment failure among adults in South Africa (en anglais uniquement), *AIDS* 22:1971-7.

26 UNITAID. *HIV/AIDS diagnostic technology landscape - 2nd edition* (en anglais uniquement), Genève, UNITAID, 2012. http://www.unitaid.eu/images/marketdynamics/publications/UNITAID-HIV_Diagnostics_Landscape-2nd_edition.pdf, consulté le 11 juillet 2012.

27 ONUSIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA*, 2012, estimations non publiées.

28 Parpia ZA et al., p24 antigen rapid test for diagnosis of acute paediatric HIV infection (en anglais uniquement), *J. Acquir. Immune Defic. Synd*., 2010, vol. 55, n° 4, p. 413-419.

29 van Deursen P. et al., Measuring human immunodeficiency virus type 1 RNA loads in dried blood spot specimens using NucliSENS EasyQ HIV-1 v2.0 (en anglais uniquement), *Journal of Clinical Virology*, 2010, vol. 47, p. 120–125.

30 oender, T. Sonia et al., Barriers to Initiation of Pediatric HIV Treatment in Uganda : A Mixed-Method Study (en anglais uniquement), *AIDS Res. Treat*., 2012. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286886/, consulté le 24 décembre 2012.

31 Fatti G. et al., Better Antiretroviral Therapy Outcomes at Primary Healthcare Facilities : An Evaluation of Three Tiers of ART Services in Four South African Provinces (en anglais uniquement), *PLoS ONE*, 2010, vol. 5, n° 9 : e12888. doi:10.1371/journal.pone.0012888

32 Équipe spéciale inter- agences (ETIA) pour la prévention et le traitement du VIH chez les femmes enceintes et les mères et leurs enfants, *Prévention du VIH et des grossesses non désirées : cadre stratégique 2011-2015*, New York, 2012.

33 Taylor-Ide D. et Taylor CE, *Just and Lasting Change : When Communities Own Their Futures* (en anglais uniquement), Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2002.

34 Decroo T. et al., Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique (en anglais uniquement), *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, vol. 56, e39–e44.

35 Jaffar S. et al., Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda : a cluster-randomised equivalence trial (en anglais uniquement), *Lancet*, 2009, vol. 374, p. 2080–2089.

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

2

Transition vers l'option B/B+ :
Liste de Contrôle de l'Evaluation de l'Etat de Préparation et Guide de Discussions

Trousse à outils de l'ETIA, Étendre et Simplifier le Traitement des Femmes Enceintes Vivant avec le VIH : Les Outils pour Gérer La Transition Vers L'Option B/B+
www.emtct-iatt.org

2.1 Informations Contextuelles

La liste de contrôle pour l'évaluation de l'état de préparation est conçue pour aider les pays avec la planification de la mise en œuvre de l'option B/B+. Afin d'assurer que tous les éléments critiques sont abordés. La liste souligne 15 éléments avec les tâches prioritaires.

Ils couvrent les domaines suivants :

1. Engagement politique et approbation de la stratégie
2. Considérations financières
3. Modèle de prestation de services
4. Capacités de Ressources humaines
5. Choix du schéma de TAR
6. Gestion de la chaîne logistique
7. Suivi-évaluation et exploitation des données
8. Supervision et gestion de qualité au site
9. HTC en milieu PTME
10. Counseling pour l'initiation et observance du TAR
11. Surveillance Clinique et Laboratoire
12. Diagnostic précoce et traitement du nourrisson
13. Rétention en Soin et Traitement
14. Planification familiale
15. Engagement Communautaire
16. Stratégie de déploiement

Le temps recommandé pour les tâches

Le timing est recommandé pour chaque tâche : avant la mise en œuvre (bleu clair) ; au début de la mise en œuvre (bleu moyen) ; ou lors de la mise en œuvre (bleu foncé) ; avec de l'espace pour évaluer le progrès vers le but pour chaque tâche. Un exemple suit :

CHOIX DU SCHÉMA DE TAR	ACCOMPLI	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Simplification et harmonisation des schémas thérapeutiques adultes en cadre de la PTME			
Mise en place d'un alternatif pour les clients qui ne tolèrent pas le schéma de 1re intention			
Optimisation des schémas de 1re intention pour les nourrissons			
Création d'un système de pharmacovigilance, le cas échéant			

Guide de discussions supplémentaires

Le guide de discussions est conçu à supplémenter l'outil de l'évaluation de l'état de préparation. Il suit le format de la liste de contrôle et fournit les normes et questions additionnelles pour la discussion de chaque domaine. La section pertinente à la liste de contrôle pour l'évaluation de l'état de préparation est incluse au bas de chaque section du guide de discussions.

Pour plus d'information

La liste pour évaluer l'état de préparation et le guide de discussions ; ces deux outils pour la planification ne traitent pas chaque aspect des programmes de PTME et TAR. Ils soulignent les questions essentielles pour renforcer un programme en transition vers l'option B/B+. Plus d'information et des considérations de domaines spécifiques, telles que les Considérations Financières ; Modèles de Prestation de Services ; Capacité de Ressources Humaines ; La Gestion de la Chaine Logistique ; ou l'Engagement Communautaire sont incluses dans les autres outils.

2

Liste de contrôle de l'évaluation de l'état de préparation : Transition vers l'option B/B+

Il y a beaucoup de questions programmatiques et politiques à considérer lors de la planification et la mise en œuvre de l'option B/B+. Cette évaluation de l'état de préparation et la priorisation suggérée est conçue pour faciliter la réflexion et priorisation des étapes. Elle est suivie par un guide de discussions détaillée sur chaque domaine.

Légende: Avant la mise en œuvre | Au début de la mise en œuvre | Pendant la mise en œuvre

ENGAGEMENT POLITIQUE ET APPROBATION DE LA STRATÉGIE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Engagement aux objectifs du Plan mondial (national et sous-national)			
personnel à plein temps de MS, responsable pour la PTME (national et possiblement sous-national)			
Le GTT de parties prenantes (SMNI/ PTME/TAR, agents de santé, PVVIH) fonctionne			
Approbation nationale et sous-nationale de l'option B/B+			
Les directives incluant l'option B/B+			
CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Le coût de la stratégie actuelle de PTME			
Le coût de l'option B/B+ à court et long terme			
Analyse de la carence en ressources humaines			
La hausse en financement requis pour les programmes reflète dans le budget			
L'engagement financier national			
MODÈLE DE PRESTATION DE SERVICES	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Le paquet minimal de services sous l'option B/B+			
La capacité du système (infrastructures, ressources humaines, produits) d'absorber une augmentation rapide des clients séropositifs sous TAR			
Le timing et lieu de la transition entre la PTME et traitements et soins à long-terme (y compris le TAR à vie aux services SMNI)			
Identification systématique des clientes du TAR qui tombent enceintes et la création des liens aux services SMNI			
Tests et traitements des partenaires et membres de la famille			
Décentralisation des clients du TAR aux nouveaux centres de soins			
CAPACITÉ DE RESSOURCE HUMAINE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Approbation nationale pour la délégation des tâches surtout l'initiation et gestion de TAR			
Evaluation de la capacité des RH auxiliaires (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, techniciens de laboratoire) à soutenir le déploiement des traitements			
Les compétences essentielles pour la gestion de VIH, pour chaque agent de santé			
Une stratégie de formation, pour soutenir le déploiement de TAR rapide			
Mise à jour de programmes nationaux, pour la formation initiale et continuée			
Stratégies pour : la rétention ; recyclage de formation ; et perfectionnement professionnel, des agents sanitaires, surtout aux services de PTME et TAR			
CHOIX DU SCHÉMA TAR	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Simplification & harmonisation des schémas pour PTME, TAR et les adultes			
Plan pour les alternatives pour les femmes enceintes qui ne tolèrent pas le schéma de 1re intention			
Optimisation de schémas de 1re intention pour les nourrissons			
L'établissement d'un système de pharmacovigilance, le cas échéant			
GESTION DE LA CHAÎNE LOGISTIQUE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Évaluation des lacunes dans la chaîne logistique, y compris la quantification, distribution et gestion des stocks			
Un plan de prévision de la quantification et approvisionnement sur 18 mois			
Gestion des stocks des ARVs au service de SMNI (formations, capacités, sécurité)			
Si on modifie le schéma de 1re intention, les alternatives sont déjà commandées			
Révision du système de gestion de la chaîne logistique (consommation, prévisions et distribution)			

SUIVI, ÉVALUATION ET EXPLOITATION DES DONNÉES	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Les registres des services CPN/PTME, permettent à distinguer entre l'initiation et continuation de TAR			
Les registres permettent l'identification des clientes aux TAR qui tombent enceintes			
Les femmes enceintes, qui amorcent le TAR au service de SMNI, sont inclues dans le système de S&E aux centres, et au niveau national			
Le système S&E suit les couples mères-enfants de CPN/SMNI aux TAR et aux soins de VIH à long-terme (ex. registre longitudinal de mères-enfants, identifiant unique)			
Assurance de la qualité des données, de routine			
Le suivi longitudinal des femmes enceintes, dès le début du TAR, pour évaluer la rétention			
Les processus de S&E et les revues de données sont harmonisés pour les programmes PTME/TAR			
Dossiers des clients sont standardisés pour les femmes enceintes séropositives et les nourrissons exposés			
L'évaluation de la mise en œuvre de l'option B/B+, inclue les résultats pour les couples mères-enfants			
GESTION DE LA SUPERVISION ET QUALITÉ DU CENTRE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
On supervise de routine au centre et le mentorat clinique assure la qualité des soins			
Il y a un processus programmatique, continué, pour l'amélioration de qualité			
VIH CONSEIL ET DÉPISTAGE (HTC) AUX SERVICES DE PTME	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Il y a des mesures d'assurance de qualité pour le rapide test de VIH à chaque centre de PTME			
On a une décision politique sur le traitement des couples séro-différents			
Le HTC des couples est incorporé aux centres de PTME			
Il y a une stratégie pour enregistrer ou lier les partenaires masculins VIH+ aux programmes de TAR			
COUNSELING SUR L'INITIATION DU TAR ET L'OBSERVANCE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Il y a de services spécialisés pour transmettre les messages aux femmes enceintes et allaitantes qui commencement le TAR			
Il y a de structures pour accélérer la préparation pour l'initiation de TAR			
Il y a des protocoles alternatifs pour les femmes qui refusent et n'ont pas besoin du TAR à vie pour la santé.			
SURVEILLANCE CLINIQUE ET LABORATOIRE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Capacité de suivre le traitement pour la toxicité			
La disponibilité aux centres de: CD4 testing ; ou un transport fiable des échantillons			
Algorithme pour le suivi des CD4 ; ou la charge virale			
DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET TRAITEMENT DU NOURRISSON (EID)	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
La capacité du diagnostic précoce de l'enfant peut soutenir le déploiement du programme PTME			
Renforcement de « cascade EID » (diagnostic précoce, accès rapide aux résultats, recherche active des nourrissons séropositifs et l'initiation de traitements)			
Etendre l'accès aux traitements pédiatriques, avec l'amélioration de la disponibilité d'EID			
RÉTENTION EN SOINS & TRAITEMENT	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Le système assure que TOUTES les femmes séropositives, enceintes/post-partum sont inscrites au soin ou traitement continue de VIH			
Le modèle de prestation de services suit les couples mères-enfants conjointement			
Le service dans la communauté et aux centres soutiennent l'observance et poursuivent les défaillants			
Des solutions innovantes pour améliorer l'accessibilité aux TAR			
PLANIFICATION FAMILIALE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Les produits de planification familiale et l'évaluation des services sont disponibles			
L'accès et recours au service de PF volontaire aux centres qui fournissent le TAR			
ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Les femmes séropositives participent à la planification ; mise en œuvre ; et suivi de l'option B/B+ au niveau national, sous-national et communautaire			
Les activités et services communautaires soutiennent la rétention et le déploiement des programmes de PTME			
PLANIFICATION DE LA STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT	**ACCOMPLIE**	**EN COURS**	**PAS ENCORE DÉBUTÉ**
Plan de la stratégie en place			
Évaluation en temps réel de la mise en œuvre afin d'améliorer le déploiement en futur			

2.2 Engagement politique et approbation de la stratégie

L'approbation et l'engagement national pour la mise en œuvre est démontrés par un changement en politique ; dotation de personnel du MS ; et la participation des parties prenantes, critiques au succès de l'option B/B+.

- ☐ Y a-t-il un engagement national et sous national au *Plan Mondial pour Eliminer les Nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'Horizon 2015 et Maintenir leurs Mères en Vie* ?
- ☐ Y a-t-il un champion de l'ETME au MS pour mobiliser le MS et les partenaires internationaux autour de la programmation de PTME ?
- ☐ Y a-t-il une équipe du MS chargée à plein temps à la PTME ? Est-ce que l'équipe est sous la direction du programme de SMNI ou de VIH ? A-t-on envisagé à donner le leadership de cette équipe l'autonome—afin de rapprocher les programmes de SMNI et VIH ?
- ☐ A-t-on réunit une équipe GTT, de parties prenantes, y compris les agents sanitaires et les femmes vivant avec VIH ?
- ☐ Est-ce que les coordinateurs des programmes SMNI, PTME et TAR coordonnent leurs efforts autour de l'option B/B+ ?
- ☐ Est-ce que le pays a donné son approbation pour l'option B/B+ ?
- ☐ Est-ce que les directives nationales incorporent l'option B/B+ ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Engagement aux objectifs du Plan mondial (national et sous-national)			
personnel à plein temps de MS, responsable pour la PTME (national et possiblement sous-national)			
Le GTT de parties prenantes (SMNI/ PTME/TAR, agents de santé, PVVIH) fonctionne			
Approbation nationale et sous-nationale de l'option B/B+			
Les directives incluant l'option B/B+			

2.3 Considérations Financières

On a modélisé les projections de coûts à court et à long terme et incorporé les produits, ressources humaines, renforcement des capacités et le besoin d'infrastructure, dans le budget national.

- ☐ Est-ce qu'on a estimé le coût de la stratégie de PTME actuelle ?

- ☐ Est-ce qu'on a prévu les projections de coûts (à court et à long terme) pour la transition vers l'option B/B+ ?
  - y a –t-il un plan national chiffré pour la mise en œuvre du TAR ?
  - est–ce que le plan est la raison pour estimer le coût de l'option B/B+ ?
- ☐ Quelles sont les ressources additionnelles (ex. ressources humaines, produits et infrastructures) requises pour la mise en œuvre de l'option B/B+ ?
  - y a-t-il une série des critères à remplir avant qu'une CPN devient un site du traitement ? Peut-on quantifier les critères ?
- ☐ Est-ce que le besoin financier pour l'option B/B+ reflète dans le budget?
- ☐ Quelles sont les dépenses prises en charge par le gouvernement ? Le Fonds Mondial ? PEPFAR ? D'autres donateurs ?
- ☐ Où sont les gaps en matière de financement ?
- ☐ Qui finance actuellement les ARVs pour le traitement? Pour la prophylaxie de PTME ? Qui sera responsable d'acheter les ARVs si toutes les femmes séropositives enceintes sont offertes les traitements ? Qui sera responsable de RH, logistiques, l'infrastructure et le coût de transport ?
- ☐ Comment est-ce que le coût de l'option B+ sera alloué entre le programme du TAR et de la PTME ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Le coût de la stratégie actuelle de PTME			
Le coût de l'option B/B+ à court et long terme			
Analyse de la carence en ressources humaines			
La hausse en financement requise pour les programmes reflète dans le budget			
L'engagement financier national			

2.4 Modèle de prestation de services

Le modèle idéal pour la prestation de service change selon le contexte du pays. Cependant, il doit inclure l'initiation du TAR et le soin des couples mères-enfants tout au long l'allaitement, transition au TAR à long terme (quand, où, par qui), la planification familiale et grossesses successives pour les femmes sur TAR.

- ☐ A-t-on déterminé le paquet minimal de services de la PTME pour l'option B/B+ ?
- ☐ Inclut-il l'initiation du TAR? Conforme-t-il aux paquets de services nationaux ?

- ☐ Est-ce que les paquets changent selon le niveau de l'établissement? Quel niveau d'établissement initiera le traitement ?
- ☐ Quel pourcent de centres de SMNI proposent le paquet minimal de services de PTME pour l'option B/B+ ?
- ☐ Les femmes enceintes—où est-ce qu'elles bénéficient du TAR (soin de CPN/SMNI ou traitement du VIH) ?
  - Les centres qui ne proposent pas du TAR, comment lient-ils les femmes séro-positives aux systèmes? Surtout que les échecs d'initier le TAR, sont élevés suite aux références.
  - Quelle est la faisabilité d'intégrer les services TAR aux SMNI et vice versa.
- ☐ Où est-ce que les couples mères-enfants seront suivis au post-partum? Pour combien de temps ?
- ☐ Où est-ce que les couples mères-enfants bénéficient ils du soin et traitement à long terme ?
- ☐ Quelle est la capacité des centres de traitements d'absorber les nouvelles femmes VIH+ post-partum ?
- ☐ Qu'est-ce qu'il faut pour augmenter la capacité du service de la SMNI de fournir les programmes du TAR à long terme (infrastructures, ressources humaines, produits, etc.) ?
  - Quel est le modèle prévu pour le TAR aux centres avec 1-2 infirmiers ?
  - Est-ce qu'on fournira le TAR aux clients (non enceintes) aux nouveaux centres périphériques qui entameront l'option B+ ?
  - Quel est le plan pour décentraliser les clients du TAR des centres de référence, aux nouveaux centres de soin ?
- ☐ Les partenaires et membres de la famille, où seront-ils testés et traités? Comment seront-ils liés aux services des soins et traitements ?
- ☐ Comment va-t-on évaluer le fonctionnement des modèles de prestation de services choisis au début de la mise en œuvre. Afin d'améliorer le déploiement en futur et de modifier les programmes à moyen et à long terme ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Définir le minimal paquet de services pour l'option B/B+			
Évaluer la capacité du système (infrastructures, ressources humaines, produits) pour absorber une augmentation rapide des clients VIH+ femmes et familles			
Déterminer le timing et lieu de transition, de PTME à TAR et soins à long terme (y compris la considération du TAR à vie au soin de SMNI)			
Identifier systématiquement les clients sur TAR qui tombent enceintes & créer les liens aux services SMNI			
Testing et traitements des partenaires et membres de la famille			
Décentralisation des clients de TAR aux nouveaux centres de soins			

2.5 Capacité de Ressource humaine

La politique nationale permet à des cadres multiples d'agents de santé de prescrire, initier et gérer le TAR.

- ☐ Est-ce que la politique nationale autorise les infirmiers, sages-femmes et/ou officiers cliniques à prescrire, initier et gérer le TAR pour les femmes enceintes ?
  - Sont ces tâches permises dans le champ d'activité des agents sanitaires ? S'ils ne peuvent pas initier le TAR, sont-ils autorisés de renouveler les prescriptions lors des visites de suivi ?
- ☐ Y a-t-il des politiques ou règlementaires nationales qui entravent les cadres à fournir le TAR aux femmes enceintes et aux enfants, qu'on doit modifier ? (une révision des politiques nationales est conseillée).
- ☐ Est-ce que tous les agents sanitaires seront qualifiés comme prestataires des services de VIH, ou doivent ils obtenir une certification spécifique ?

On a évalué et incorporé les carences en ressources humaines au plan pour le déploiement du TAR.

- ☐ A-t-on évalué les ressources humaines requises pour le déploiement des services (c.à.d. médecins, infirmiers, pharmaciens, agents sanitaires communautaires, techniciens de laboratoire) basée sur le modèle d'approvisionnement du TAR aux centres périphériques ?
  - Sinon, quel est le plan pour la complétion de cette tâche ? Tient-il compte de la décentralisation progressive des TARs vers les établissements ruraux ?
- ☐ Quelles données sont disponibles, de la distribution des cadres de santé, pour planifier la formation et déploiement des services? Ces données doivent considérer :
  - lle nombre et la formation des cadres de santé (infirmiers, médecins d'appui, ASC) à tous les centres qui proposent CPN ;
  - le nombre estimé des patients amorçant/continuant le TAR à tous les centres qui proposent CPN.

La formation et l'accréditation nationale requièrent des compétences de TAR à prescrire, initier et gérer le TAR chez les adultes et les enfants.

- ☐ A-t-on déterminé les compétences essentielles pour les cadres de santé (y compris techniciens de laboratoire, pharmaciens, ASC, pairs-conseillers, etc.) à mettre en œuvre l'option B/B+ ?
- ☐ Y a-t-il un plan national pour la formation initiale et continue des agents sanitaires

pour les compétences requises ? Est-ce que la formation considère du soutien supplémentaire (outils de travail, algorithmes, dossiers des patients séropositifs, collecte des données) requis pour élargir le champ d'activité des infirmières ?

- ☐ Est-ce que le MS et les organismes de réglementation approuvent la formation actuelle/prévue ? Sont les formations, standardisées ?
- ☐ Quels systèmes existent, ou doivent être établis, pour incorporer la gestion de PTME et du TAR dans les programmes de développement professionnel continus (DPC) requis pour le renouvèlement de la licence ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Approbation nationale pour la délégation des tâches à initier et gérer le TAR			
Evaluer la capacité des RH auxiliaires (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, techniciens de laboratoire) à soutenir le déploiement de traitement			
Compétences essentielles pour la gestion de VIH, pour chaque agent de santé			
Une stratégie de formation à soutenir un rapide déploiement du TAR			
Mise à jour des programmes nationaux, pour la formation initiale et continue			
Stratégies pour : la rétention ; recyclage de formation ; et perfectionnement professionnel, des agents sanitaires, surtout en services de PTME et TAR			

2.6 Choix du schéma TAR

Le schéma de première intention du TAR doit être simple, facile à prendre, bien toléré et harmonisé au schéma national pour les adultes.

- ☐ A-t-on considéré la simplification du schéma (ex. TDF/3TC/EFV une seule pilule à dose fixe de la combinaison, une fois par jour) pour la PTME ?
- ☐ Quelles sont les plans pour harmoniser le schéma de PTME et le schéma de première intention pour les adultes non enceintes ?
- ☐ Quelles sont les implications financières si on change le schéma du TAR? Comment et quand transitera-t-on les clients ?
- ☐ Quels types de toxicités sont prévues? Et quelles surveillances cliniques et laboratoires sont requis (ex. CD4 avant névirapine (NVP) initiation).
- ☐ Que seront les alternatives proposées aux femmes enceintes qui ne supportent pas le schéma de première intention (effet secondaire ou toxicité) ? Est-ce que les alternatives seront disponibles à tous les centres ou par référence ?
- ☐ Est-ce qu'il faut de la pharmacovigilance pour le schéma de première intention (ex. EFV et malformations du tube neural; TDF et dysfonction rénale) ? Si oui, est-ce

que le programme établira un système national de surveillance ou s'appuiera-t-il sur les systèmes régionaux de la surveillance de malformations congénitales pour le monitoring ?

- ☐ Quel est le TAR de première intention pour les nourrissons infectés à VIH? A-t-on considéré le lopinavir/ritonavir ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Simplification & harmonisation des schémas pour PTME et TAR des adultes			
Plan alternatif pour les femmes enceintes qui ne tolèrent pas le schéma de 1re intention			
Optimisation de schéma de 1re intention pour les nourrissons			
L'établissement d'un système de pharmacovigilance, le cas échéant			

2.7 Gestion de la chaîne logistique

Il faut un protocole pour la gestion des stocks pour : les kits de tests rapides ; ARV ; tests de diagnostic précoce du nourrisson ; et les autres produits essentiels qui requièrent : des rapports de prévision et consommation ; ou une procédure pour une demande d'urgence.

- ☐ A-t-on évalué la fiabilité et le besoin en finance, pour renforcer la gestion de la chaîne logistique et identifié des partenaires pour le financement ?
- ☐ Si les sites qui ne fournissent que de la prophylaxie pour la PTME commencent à fournir du TAR, quels sont les besoins de : formation, transport/distribution, capacité de stockage requis pour fournir le TAR ?
- ☐ A-t-on élaboré un plan de prévision, pour la quantification et l'approvisionnement sur 18 mois ? Est-ce que les parties prenantes ont participé à l'élaboration du plan ?
- ☐ Quelles sont les politiques pour le stockage des ARVs tout au long de la chaîne logistique ? Surtout si le lopinavir / ritonavir sera le schéma de première intention pour les enfants infectés. (Comme il faut préserver la chaîne du froid).
- ☐ Si l'option B/B+ sera le schéma de première intention, comment seront les stocks des ARVs quantifiés, distribués et gérés afin de minimiser le gaspillage ?
- ☐ Y a-t-il de systèmes distincts pour la prévision et la distribution de : kits de tests rapides du VIH; TAR ; la prophylaxie des enfants; cotrimoxazole et EID ? Si oui, y a-t-il des plans pour intégrer les systèmes au niveau de l'établissement et du pays ?
- ☐ Est-ce que la prévision a pris en considération le potentiel d'une demande augmentée des alternatifs au cas des événements défavorables ou des toxicités au schéma de première intention ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Évaluation des lacunes dans la chaîne de logistique, y compris la quantification, distribution et gestion des stocks			
Développement d'une prévision, quantification et approvisionnement pour 18 mois			
Gestion des stocks de TAR aux milieux de SMNI (formations, capacités, sécurité)			
Si on modifie le schéma de 1re intention, le plan d'utiliser d'autres ARVs est déjà commandé			
Révision du système de la gestion de la chaîne logistique (consommation, prévisions et distribution)			

2.8 Suivi, évaluation et exploitation des données

Les registres nationaux de S&E doivent permettre le suivi longitudinal des mères- enfants séropositifs, afin de faciliter la rétention et créer des liens entre les services.

- ☐ Est-ce que les registres aux CPN, PTME et les rapports mensuels, saisissent les femmes sur TAR ? Peut-on distinguer entre celles amorçant le TAR et celles qui continuent le TAR, parmi les femmes enceintes ? Sinon, quelles sont les modifications requises ?
- ☐ Est-ce que les registres aux CPN et PTME permettent le suivi longitudinal? Sinon, comment peut-on suivre la rétention des clients ?
- ☐ Existe-il des registres ou systèmes actuels qui suivent les couples mères-enfants? Sinon, est-il faisable d'en créer ?
- ☐ Est-ce que les dossiers de patients (CPN & sécurité sociale) saisissent : le statut sérologique des mères et des nourrissons ; et le schéma utilisé ?
- ☐ Est-ce qu'il y a un identifiant unique qui relient les mères aux nourrissons ? Peut-on en créer ?
- ☐ Est-il faisable d'établir un système de suivi des cohortes, de routine, pour suivre les femmes enceintes, qui entament un TAR, afin d'apprécier le délais de l'initiation et la rétention.

Il faut harmoniser les systèmes de S&E pour les programmes de la PTME et du TAR pour faciliter le suivi des clients et minimiser le risque de double comptabilisation.

- ☐ Comment sont les femmes enceintes, qui entament le TAR aux centres de SMNI, intégrées dans le système national de S&E pour les traitements ARVs ?

- Est-ce que les CPN initieront les dossiers de TAR, pour les clientes qui entament le TAR ?
- Est-ce que les femmes qui entament le TAR aux centres de CPN/PMTE sont enregistrées dans une base de données ou un registre du TAR sur place ?
- Comment suivra-t-on la décentralisation des clients du TAR aux nouveaux centres périphérique ? Est-ce qu'on transféra les dossiers aux nouveaux centres ?

☐ Y a –t-il un moyen d'harmoniser les systèmes de S&E de la SMNI et du TAR? Est-ce qu'on étendra le système de S&E national du TAR aux nouveaux sites périphériques qui fourniront l'option B+?

☐ Est-ce que les femmes sur TAR, qui tombent enceintes sont-elles systématiquement comptabilisées dans le programme PTME? Y a-t-il les registres conçus pour faciliter cette documentation ?

☐ Est-ce qu'on utilise les dossiers médicaux standardisés, pour les clients, avant et après qu'ils initient le TAR? Comment adaptera-t-on les dossiers pour les femmes enceintes ? Est-ce qu'on aura une section pour les enfants exposés ? Comment seront-ils gardés ?

☐ Est-ce qu'on examine les données des programme PTME et TAR, de routine pour commentaires aux directeurs de programmes nationaux et sous-nationaux? Spécifiquement, est-ce que les données des : programmes de PTME, TAR et SMNI (qui suivent l'initiation de TAR et la rétention, et les services essentiels de SMNI, tels que les immunisations et planification familiale) sont résumé pour informer le déploiement et la mise en œuvre des programmes ?

☐ Est-ce qu'on peut profiter de l'option B/B+ pour examiner les données des programmes de la SMNI et du TAR ensemble ?

☐ Est-ce que l'évaluation du déploiement de l'option B/B+, inclue les résultats des mères et des enfants ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Les registres des services CPN/PTME, permettent la documentation de l'initiation vs. la continuation du TAR			
Les registres du TAR permettent l'identification des clientes, qui tombent enceintes			
Les femmes enceintes amorçant le TAR aux services de SMNI, sont inclues dans les systèmes de S&E aux centres, et au niveau national			
Le système S&E peut suivre les mères-enfants couples de CPN/SMNI, au service du TAR et au soin de VIH à long-terme (ex. registre longitudinal de mères-enfant, identifiant unique)			
Assurance de la qualité des données, de routine			
Le suivi longitudinal des femmes enceintes, dès le début du TAR, pour évaluer la rétention			
Le processus de S&E et la revue des données des programmes PTME et TAR sont unis			
Les dossiers des patients sont standardisés, pour les femmes enceintes séropositives et les nourrissons exposés			
L'évaluation de la mise en œuvre de l'option B/B+ inclue les résultats pour les mères-enfants couples			

2.9 Supervision et gestion de la qualité dans le sites

Une intense supervision de routine, pour résoudre rapidement les problèmes identifiés doit accompagner la mise en œuvre de l'option B/B+.

- ☐ Est-ce que les systèmes et stratégies de supervision sont en place actuellement pour assurer la qualité de services livrés et la collecte de données ?
- ☐ Quel outil de supervision, faut-il élaborer ou modifier pour étendre la supervision de soutien
- ☐ Quelles ressources humaines et financières seront disponibles (ex. partenaires, MS, etc.) pour la mise en œuvre des activités de supervision au centre? Est-ce que la capacité de supervision est appropriée dans ces groupes ?
- ☐ Quelles sont les politiques et procédures pour l'amélioration de qualité en place aux niveaux de/du : centres des soins; districts; pays; pour les services de soins et traitement de VIH ?
- ☐ Est-ce que les responsables aux districts, les partenaires opérationnels et/ou le personnel aux centres sont formés en techniques de l'Amélioration Continue de la Qualité afin de pallier les insuffisances identifiées ?
- ☐ Quel type de mentorat clinique est proposé actuellement au personnel aux centres? Y a-t-il des services consultatifs au niveau de districts et/ou de région (par téléphone ou référence) ?
- ☐ Quels outils et documents de référence seront nécessaires aux nouveaux centres de traitement du VIH ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Supervision de routine sur place et le mentorat clinique garantit la qualité des soins			
Processus programmatique pour l'amélioration continue de la qualité			

2.10 Conseil et dépistage du VIH aux services de la PTME

Un processus d'assurance de qualité solide, pour le test rapide est critique à minimiser le risque de résultats de VIH incorrects.

- ☐ Quelles mesures d'assurance qualité externe (AQE) sont en place pour le test

rapide du VIH au service de PTME (ex. contrôles de qualité, documents standardisés (conforment à l' algorithme pour le dépistage), tests d'aptitude des agents de santé)?

- ☐ Sont les ressources allouées au niveau national et régional, suffisantes pour soutenir et renforcer les activités d'AQE?
- ☐ Est-ce que le laboratoire national de référence est apte et prêt à contrôler les activités et coordonner les visites de supervision?
- ☐ Est-ce qu'on a élaboré les stratégies d'actions correctives dans le programme d'AQE?

Les structures de SMNI doivent proposer et encourager les dépistage du couple et le partage des résultats du VIH

- ☐ Quels programmes sont en place pour le conseil et le dépistage des couples?
- ☐ Quels types des messages et counseling sont requis pour l'institution de l'option B+ ?
- ☐ Où/quand peut-on évaluer les partenaires masculins séropositifs, pour l'éligibilité et l'initiation du TAR ?
- ☐ Est-ce qu'on proposera le TAR aux hommes séropositifs, à prévenir la transmission horizontale, si leurs partenaires sont enceintes et séronégatives ?
- ☐ Comment définit-on les couples selon les normes sociales? A-t-on des approches créatives aux familles polygames ou partenaires non-officiels ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Mesures d'assurance de qualité pour le rapide test de VIH à chaque centre de la PTME			
Décision politique sur le traitement des couples séro-différents			
Le HTC de couples est incorporé en services de PTME			
Stratégie pour enregistrer ou lier les partenaires masculins VIH+ aux programmes de TAR			

2.11 Conseil pour l'initiation et l'observance du TAR

La mise en œuvre de l'option B/B+ nécessitera le conseil accéléré et de haute qualité avant d'initier le TAR and augmenter l'observance.

- ☐ Qui fournira le counseling sur l'observance, avant et pendant le TAR, aux services

CPN/SMNI ?

- ☐ Comment seront les visites de counseling sur l'observance, au centre de traitement, structurées différentes de la norme ? Étant donné l'urgence d'initier le TAR
  - Comment aidera-t-on la divulgation ?
  - Comment soulignera-t-on le besoin et avantage d'initier le TAR au service de SMNI, par un message simple et clair ?
  - Comment assurera-t-on l'option de refus, (l'approche « opt-out ») ? Quel est le timing opportun pour discuter l'« opt-out » (à l'initiation ou vers la fin d'allaitement) ?
  - Quels risques et/ou effets secondaires du TAR seront soulignés ?
- ☐ Est-ce qu'on commence le TAR au jour du diagnostic ou, lors d'une autre visite? (Considérer un algorithme pour déterminer l'état de préparation).
- ☐ Quels services seront disponibles pour les femmes ayant entamé le traitement à vie, pour soutenir l'observance (c.à.d. groupes de soutien communautaire, mères mentors etc.) ?
- ☐ Quelles seront les alternatives disponibles si les femmes au taux élevé de compte CD4 ne veulent pas le TAR après l'allaitement ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Il y a de service spécialisé pour transmettre les messages aux femmes enceintes et allaitant qui commencement le TAR			
Il y a une structure pour accélérer la préparation de l'initiation du TAR			
Il y a des protocoles alternatifs pour les femmes qui refusent le TAR à vie et n'en ont pas besoin pour la santé.			

2.12 Surveillance Clinique et biologique

Des algorithmes cliniques spécifiques et des réseaux de référence, si nécessaire, doivent être définis, à suivre et rechercher les toxicités liées aux médicaments

- ☐ Potentiellement, quelles sont les toxicités et effets indésirables associés avec le schéma de préférence au niveau national ?
  - Est-ce que le monitoring laboratoire est requis pour la recherche ou diagnostic de ces toxicités ?
  - Est-ce que le monitoring est incorporé dans la formation des agents sanitaires ?
- ☐ Quelle est la capacité actuelle du laboratoire d'effectuer les tests requis aux soins CPN, sur place ? Par référence ?

- Est-ce qu'une expansion du réseau de référence (ou la capacité du centre) est requise ?
- Comment suivra-t-on l'efficacité des échantillons référés ? Est-ce que les échantillons parviennent aux centres de référence ?

☐ Y a-t-il un système de rapports pour les événements indésirables des effets secondaires ? Quel type de modification ou d'expansion est requis ?

☐ Quelles sont les indications pour envoyer les patients au centre de haut niveau ?

Chaque programme doit disposer d'un algorithme précis à déterminer le taux de CD4 initial pour une femme enceinte, récemment diagnostiqué surtout avec l'option B.

☐ Est-ce qu'un initial test de CD4 de base est requis pour le schéma du TAR (ex. NVP) ?

- Si oui, quels sont les critères pour le taux de CD4, et quel schéma sera utilisé pour chacun ?

☐ Est-ce qu'on recueillera un taux de CD4 dès la première visite prénatale et entamera un schéma universel ?

- Si le taux de CD4 n'est pas pris à la première visite quel sera le timing proposé pour la collecte ?

☐ Si le taux de CD4 de base ne fait pas partie de l'algorithme clinique, quelle méthode de monitoring déterminera la réussite ou l'échec du traitement (critères immunologiques alternatives ou charge virale) ?

☐ Quel pourcent des centres de SMNI collectent le CD4 sur place ? Par référence ?

☐ Y aura-t-il une expansion d'accès aux tests CD4 ? Si qui, quel est le rôle de la technologie point de service vs. l'expansion du réseau de transport ?

Des algorithmes cliniques standardisés, basés sur la preuve sont requis, pour le suivi de routine en laboratoire, des femmes enceintes qui commencent le TAR en CPN .

☐ Est-ce qu'il y a d'autres tests requis avant d'initier le TAR (ex. l'hémoglobine pour la zidovudine [AZT] ou la créatinine pour le ténofovir) ?

☐ Est-ce qu'on effectuera le monitoring immunologiques, pendant la période de l'ante ou post-partum ?

☐ Est-ce que le monitoring de la charge virale sera conseillé au moment donné (ex. soupçon d'échec de traitement ou au post-partum pour s'assurer que la charge virale soit indétectable pendant l'allaitement maternel) ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Capacité de suivre les traitements pour toxicité			
La disponibilité du taux CD4 (au centre ou la transportation des échantillons est fiable)			
Algorithme pour suivre le taux de CD4 ou la charge virale			

2.13 Diagnostic Précoce du Nourrisson

Tenant compte de leurs avantages prouvées sur la survie de l'enfant, le diagnostic et le traitement précoces des enfants exposés au VIH sont prioritaires.

- ☐ Quels sont les plans pour étendre la capacité de diagnostic précoce de l'enfant (EID) (au laboratoire et au centre) de répondre aux déploiements des opérations aux centres de la PTME ?
- ☐ Y a-t-il des systèmes pour renforcer le « EID cascade » ?
  - Quelles stratégies sont prévues pour faciliter EID pour les enfants exposés à VIH de 4-6 semaines ?
  - Quels systèmes assureront la livraison des résultats PCR, aux centres et aux mères/ soignants en quatre semaines du prélèvement (ex. SMS/texte) ?
  - Quels sont les systèmes disponibles à promouvoir et prioriser la surveillance active des nourrissons séropositifs ? Comment peut-on renforcer ces systèmes ?
  - Quelles stratégies renforceront les liens entre le diagnostic et l'initiation de traitement ?
- ☐ Y a-t-il un registre longitudinal pour suivre les mères-enfants couple pour : le testing EID ; retour des résultats au client ; prophylaxie cotrimozaxole ; et l'initiation du TAR pour les enfants séropositifs ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
La capacité du diagnostic précoce de l'enfant peut soutenir le déploiement du programme PTME			
Renforcement de « cascade EID » (diagnostic précoce, accès rapide aux résultats, recherche active des nourrissons séropositifs et l'initiation de traitements)			
Etendre l'accès aux traitements pédiatriques, avec l'amélioration de la disponibilité d'EID			

2.14 Rétention dans les Soins & Traitement

Des interventions proactives sont essentielles à fidéliser les femmes enceintes ou allaitantes au traitement quand elles amorcent le TAR pour leur santé et à prévenir la transmission verticale, particulièrement en contexte de l'option B+.

- ☐ Quels systèmes de suivi sont établis pour minimiser la Perte Au Suivi (PAS) pour les femmes sur TAR en cadre de la PTME?
- ☐ Sont les services de soutiens (c. à.d., groupes de soutien, mentors mères etc.) bien établis pour les femmes enceintes ou allaitant? Quels systèmes facilitent les liens aux services de soutien ?
- ☐ Quelles solutions créatives peut-on examiner pour améliorer le suivi et l'accessibilité aux renouvellements de TAR, pendant et après la grossesse (ex. dispenser le TAR aux CPN en réservant les visites au service du TAR seulement pour les suivis ; distribution communautaire des ARVs ; unités sanitaires mobiles pour décentraliser les services) ?
    - Quels systèmes sont en place, ou peuvent être établis pour renforcer les liens, pour les femmes qui nécessitent des référence aux autres établissements pour le renouvellement des TAR post-partum ?

Des modèles de prestations de service qui renforcent la coordination des services pour les couples mères-enfants sont requis pour réduire la PAS et assurer une survie optimale.

- ☐ Est-ce qu'on suit les couples mères-infants VIH+ conjointement ?
    - Où est-ce que les mères reçoivent les soins et traitements continués du VIH ?
    - Où est-ce que les enfants reçoivent EID, NVP, et la prophylaxie co-trimoxazole ?
    - Où se trouvent les services de SMNI, telle que la planification familiale, alimentation des enfants, counseling et les immunisations ?
- ☐ Est-ce que les services ou visites sont coordonnées ou liés?
- ☐ Quelles sont les options pour coordonner les services de suivi pour les mères-enfants couples?
- ☐ Est-ce que les enfants exposés au VIH sont systématiquement identifiés, à la clinique des enfants de moins de 5 ans?
- ☐ Quels systèmes sont en place pour suivre les PAS et/ou soutenir la rétention des couples mères-enfants (mobiles, textes, agent sanitaires envoyer aux domiciles etc.) ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Le système assure que TOUTES les femmes enceintes/post-partum sont inscrites au soin ou traitement continu de VIH			
Le modèle de prestation de services pense à harmoniser le suivi des couples mères-enfants.			
Les services communautaires et du centre soutiennent l'observance et poursuivent les défaillants			
Solutions innovantes pour améliorer l'accessibilité aux TARs			

2.15 Planification Familiale

Le traitement et les soins holistiques de VIH et de PTME doivent proposer des services volontaires de PF.

- ☐ Quelle est la proportion des femmes avec un besoin insatisfait de la planification familiale?
- ☐ A-t-on évalué: le taux de la fécondité actuel; l'espacement de naissance; les services de planification familiale; la disponibilité des contraceptifs; et le besoin de contraception insatisfait?
- ☐ Comment peut-on incorporer l'accès et recours au contraceptif, dans les services de PTME et/ou TAR pour les femmes au post-partum ?
- ☐ Quels services et counseling sont disponibles pour les familles VIH+ qui désirent des enfants additionnels?
- ☐ Y a-t-il des synergies sur lesquelles on peut profiter pour intégrer la gestion de la chaîne de logistique des produits de la planification familiale, en cadre des services SMNI et TAR?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Evaluation des services, et les produits de planification familiale sont disponibles			
L'accès et recours au service de PF volontaire, aux centres qui fournissent le TAR			

2.16 Engagement communautaire

La participation de la communauté et des femmes vivant avec VIH tout au long la planification, mise en œuvre et le suivi de l'Option B/B+ est essentiel afin de : soutenir la provision des services PTME de qualité ; augmenter le recours aux services et ; inspirer un milieu habilitant pour un partenariat entre les femmes séropositives et leur propre santé.

- ☐ Est-ce que les membres de la communauté (religieux, ou communautaires, groupes de soutiens réseaux de femmes vivant avec le VIH, organismes de la société civile)—participent à la planification, mise en œuvre et suivi de l'option B/B+ ?
- ☐ A-t-on discuté avec les femmes vivant avec le VIH, pour expliquer comment l'option B/B+ impactera leur soin pour comprendre: leurs inquiétudes et niveaux d'acceptance de cette nouvelle politique ?
- ☐ Y a-t-il un mécanisme pour les commentaires des organismes communautaires/ société civiles, aux responsables gouvernementaux et sanitaires, sur la qualité des services livrés aux femmes et leurs familles sous l'option B+ ?
- ☐ A-t-on élaboré d' information, éducation et communication (IEC) sur les traitements, pour sensibiliser la communauté de l'importance et avantages de l'option B/B+ ?
- ☐ A-t-on évalué les activités actuellement menées par la communauté afin de déter-miner les bonnes pratiques, à répliquer pour soutenir l'expansion des services de la PTME ?
- ☐ Quelles stratégies sont utilisées pour augmenter la participation communautaire, en particulier des hommes. Pour identifier les attitudes et pratiques qui impactent les décisions des femmes quant à leur accès aux services de PTME ?
- ☐ Est-ce qu'on établira des services de soutiens communautaires, qui sont typique-ment en place, au service du TAR, aux nouveaux centres qui ne propose pas le TAR actuellement ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Les femmes séropositives participent à la planification ; mise en œuvre ; et suivi de l'option B/B+ au niveau national, sous-national et communautaire			
Les activités et services communautaires soutiennent la rétention et le déploiement des programmes de PTME			

2.17 Planification de la stratégie de déploiement

- ☐ Quel pourcentage de centres proposent actuellement des services de PTME (y compris des antirétroviraux) ?
- ☐ Le programme sera-t-il mis en œuvre en une seule fois au niveau national ou introduit progressivement ?
  - En cas d'introduction progressive, l'approche sera-t-elle géographique (par zone de santé, district, etc.) ou basée sur la taille des établissements (ou les deux) ?
  - Les traitements antirétroviraux destinés aux femmes enceintes seront-ils régulièrement contrôlés afin de garantir un niveau de qualité équivalent entre les programmes de PTME et les programmes de traitement standard ?
  - S'agit-il de fournir des traitements antirétroviraux à long terme dans le cadre des SMNI ?
  - Quand les nouveaux sites fournissant des traitements antirétroviraux au cours des soins prénataux fourniront-ils des traitements antirétroviraux à tous les patients éligibles dans la zone qu'ils desservent ?
- ☐ Quelles seront les mesures mises en place pour évaluer la réussite des phases initiales de mise en œuvre et identifier les difficultés à surmonter ?

TÂCHE	ACCOMPLIE	EN COURS	PAS ENCORE DÉBUTÉ
Plan de la stratégie en place			
Évaluation en temps réel de la mise en œuvre afin d'améliorer le déploiement en futur			

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

3

L'outil d'estimation de coût:

Considérations pour estimer le coût vers l'Option B/B+

3.1 Introduction

Les modèles des coûts pour des décisions éclairées

Les nouvelles données de l'efficacité des TARs en arrêtant la transmission horizontale ; et le constat que la mise sous TAR de toutes les mères séropositives serait plus faisable qu'un protocole complexe, ont généré l'intérêt pour l'option B/B+ de l'OMS. Bien que l'option B+ offre des avantages programmatiques, le coût à vie pour toutes les femmes enceintes séropositives, inquiète les décideurs politiques. Les projections indiquent que l'option B+ est plus coûteuse que l'option A et marginalement plus chère que l'option B.

Cependant, la différence en coût entre les options A, B et B+ varie considérablement selon : le pays ; la nature de l'épidémie ; et le taux de couverture du programme national. Ainsi, les décideurs doivent employer les données spécifiques au pays, pour évaluer le coût potentiel et les avantages d'une transition vers une nouvelle stratégie de PTME. Les modèles de coûts guident les directeurs des programmes à prendre la décision si l'option B+ est une stratégie de santé publique abordable et convenable au contexte de leur programme.

Pour profiter au maximum de la modélisation de coût, les décideurs politiques doivent comprendre la portée et les limites de la modélisation et les entrées (données) requis, pour que les sorties (résultats) soient correctes. Ainsi ce document guide le personnel des MS et les responsables des programmes au niveau national qui envisagent une nouvelle stratégie comme l'option B+. Les trois sections : 1) une vue générale des considérations de modélisation et les facteurs spécifiques à l'évaluation de l'option B+ ; 2) une vue générale de quatre modèles de coût disponible par l'ETIA FEWG et les entrées clés requises ; et 3) les sorties fournies par les modèles ; et les contacts des membres d'ETIA FEWG qui peuvent aider avec l'analyse de coût.

3.2 Modélisation Considérations

Les modèles sont utiles pour aider à la planification. Cependant, ils ont des limites. Ils ne sont pas conçus pour estimer ou prédire avec précision. Les modèles donnent une estimation qui peut aider les décideurs et planificateurs des programmes. Les décideurs doivent utiliser d'autres outils, la réalité et la connaissance pour comprendre les sorties du modèle. Bien qu'un modèle puisse estimer le coût pour mettre en œuvre un programme, finalement ceux sont les décideurs qui déterminent comment dépenser les fonds selon la faisabilité, la volonté politique, les insuffisance des ressources existantes et d'autres facteurs.

Portée du modèle : considérations opérationnelles

La première question que les décideurs doivent se poser en considérant le coût d'une transition vers un nouveau schéma de PTME, est « quels seront les coûts opérationnels attendus par une telle transition ? » Un nombre de considérations opérationnelles doivent être pris en compte pour planifier un programme national d'ETME solide. Ces facteurs sont essentiels à considérer au début du processus d'estimation des coûts ; tout au long la formation et ; à travers la gestion de la chaîne de logistique. Ces composantes opérationnelles sont critiques pour générer un résultat de coût approprié. Voici quelque composantes opérationnelles que les décideurs politiques doivent considérer lors de l'évaluation de coût d'un nouveau schéma :

- **Renforcement des systèmes de santé** – Les nouveaux ou personnels additionnels seront formés en détail sur la PTME. Une formation de recyclage des nouvelles directives suffit pour les autres. Les pays qui envisagent un changement de l'option A à l'option B/B+ doivent intégrer le coût des formations lors de la révision des directives nationales.

- **Infrastructures** – les coûts pour construire de nouveaux bâtiments, la maintenance et la rénovation doivent être estimés dans le processus de planification. Les nouvelles ou infrastructures existantes de laboratoire pour le test CD4 (y compris le coût annuel pour la maintenance de la machine de CD4, les technologies « point de service » sont des composantes clés des coûts capitals pour la PTME). Les autres dépenses capitales incluent les tables d'examen, les bureaux, les chaises, les ordinateurs et toutes autres choses similaires.

- **Suivi-évaluation de la qualité** – Le S&E suit le progrès au but de l'ETME. C'est élément de base est clé pour un système de santé solide. Il faut inclure le coût des équipements, des personnels et technologies spécifiques au S&E et le coût du support technique, des visites de supervisions, des sondages et des études d'évaluation.

- **Rétention** – La rétention et le lien aux soins, ont joué un rôle croissant dans l'efficacité de la PTME. Il faut inclure les coûts liés au suivi des patients (téléphones portables, allocation de transport, suivi par les pairs, etc.)

- **Transport** – Le coût lié au transport inclus : le coût capital, la maintenance et le carburant. ,Le transport des échantillons pour l'EID et les CD4 et le renforcement de la chaine de logistique est un domaine additionnel pour calculer les coûts. On peut aussi inclure les mentorats et les visites de supervision pour la gestion des stocks.

De plus en plus la participation communautaire devient une composante clé pour le succès des programmes de l' ETME, surtout pour la rétention et les- lien au soin. Le coût de la participation communautaire est parmi les catégories de coûts opérationnels décrits au-dessus (ex. formation, transport, rémunération, réunions et communication). Il faut prendre en compte les coûts liés aux composantes clés en budgétisant les stratégies de participation communautaire d'ETME. Ces coûts incluent : l'établissement et le renforcement des services communautaires de soutien, la formation des agents de santé

à offrir les services holistiques de prévention, l'appuie communautaire lié aux stratégies de rétention aux centres de soin, la sensibilisation communautaire et les campagnes pour le changement de comportement pour une utilisation des services et l'établissement des mécanismes pour le suivi du progrès des activités communautaires.

Durabilité et facteurs d'atténuation des coûts

La pérennité financière et les coûts à long terme sont les facteurs importants pour les pays qui considèrent l'option B+. Les modélisations récentes indiquent que le coût initial pour la transition vers l'Option B+ est considérable. Pourtant, à moyen et long terme, le coût marginal de l'option B+ est réduit étant donné que plusieurs femmes enceintes séropositives seront éligibles pour initier le TAR, pour leur propre santé, dans un délai court. Les études récentes indiquent qu'environ la moitié des femmes enceintes séropositives sont éligibles pour TAR.[b] D'autres études ont trouvé que 20 % des femmes enceintes séropositives, aux taux de CD4 de 350 - 500 avaient un taux de < 350 à 12 mois de post-partum. Et presque la moitié d'entre elles deviennent éligibles au TAR au bout de 24 mois de postpartum. Bien que la progression était plus lente pour les femmes aux taux de CD4 > 500.[c] Cette évidence suggère que, quel que soit le schéma de PTME une portion considérable des femmes enceintes séropositives deviennent éligibles au TAR en 2-3 ans de post-partum.

La modélisation suggère que cette progression de la maladie et le nombre croissant des femmes enceintes sous traitement font que le coût marginal de l'option B+ croitra moins rapidement après 3-4 ans. D'autres facteurs influencent le coût et le rapport coût/efficacité de l'option B+. Ils comprenent la réduction des infections pédiatriques et des transmissions horizontales grâce à l'amélioration de l'accès aux TAR. Les pays aux taux élevés de fécondité, aux intervalles inter génésiques courts, aux longues périodes d'allaitement, trouveront que ces facteurs diminuent le coût marginal de l'option B+. Alors que l'option B+ reste plus chère et pas appropriée pour tous les pays, dans les conditions idéales, l'option B+ serait durable à moyen et long terme, pour les pays aux ressources limitées. Il faut considérer : la nature de la épidémique, le taux de couverture des services et les ressources de financement, avant de décider si l'option B+ est une stratégie abordable et appropriée

L'estimation des coûts vs. la budgétisation : un processus interactif

L'estimation de coût et la budgétisation sont étroitement liées. Pourtant il y a une différence entre elles. L'estimation de coût indique l'impact de l'augmentation des ressources allouées pour un domaine clé et les ressources requises pour atteindre les objectifs programmatiques. L'estimation dépend du niveau de recours aux services pour

[b] Carter et al., Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2010, 55: 404-410.

[c] Ekouevi et al., Maternal CD4+ Cell Count Decline after Interruption of Antiretroviral Prophylaxis for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV, PLoS ONE 2012 : 7(8) : e43750.

aboutir aux objectifs programmatiques. Ainsi, lorsqu'on est confronté à un compromis d'allocation des ressources, une combinaison de l'impact et de la modélisation de coût aide à évaluer le retour sur l'investissement, pour les choix de décisions possibles (ex. la mise en œuvre de l'option A, B ou B+).

Alors que les budgets sont basés sur l'analyse des coûts. Une fois les coûts financiers pour la gestion d'un programme sont établis, un budget permet la planification des ressources disponibles pour financer le coût du programme. Les prévisions de coûts peuvent être liées aux budgets pour chaque volet, activité ou domaine du programme. Ce qui permet l'identification des domaines déficitaires ou excédentaires.

3.3 Les informations nécessaires pour estimer les coûts de la PTME

Les modèles d'impact offrent une représentation mathématique du monde réel. Les résultats (sorties) des modèles sont aussi précis que les données (entrées) des modèles. Si on utilise des données de qualité piètres pour la modélisation des coûts, les résultats seront inexacts. Dans la mesure du possible il faut utiliser des données précises et spécifiques aux pays. Autrement dit, les entrées inexactes peuvent avoir un impact large sur les résultats finaux des modèles.

Cette section présente une vue générale de quatre modèles de coût qui permettent la projection des coûts associés au plan national d'ETME, ou d'un nouveau schéma de PTME : CHAI—le modèle d'impact et du coût de la PTME et soin pédiatrique ; Initiative d'Elimination du National Center for Global Health & Medicine (NCGM)—l'outil du coût[d] ; PEPFAR—le modèle du coût de la PTME ; Futures Institute Spectrum—modèle de coût.

Les quatre modèles sont libres de droits et opèrent dans une perspective de santé publique. Ils aident les responsables des programmes de PTME et ETME avec la prise de décision. Spectrum est une application basée sur PC qui inclut les coûts, l'impact, la planification familiale et les projections démographiques. Tandis que les modèles de CHAI, du NCGM et du PEPFAR sont fondés sur des feuilles de calcul en Excel premièrement pour le coût et l'impact. Chaque modèle utilise des hypothèses, méthodologies et entrées différentes—les facteurs que les responsables doivent considérer pour choisir un modèle. En pratique les exercices de validation montrent que les quatre modèles produisent des résultats analogues. Le tableau suivant compare les données de départ au potentiel de chaque modèle.

[d] NCGM est un institut de recherche base au Japon qui fait la promotion de la recherche de base dans le domaine de la pathogenèse des maladies infectieuses ainsi que la recherche et clinique dans le but de développer des modalités innovantes de diagnostic et de traitement.

Tableau 1

PROFIL DE LA POPULATION	COUVERTURE PROGRAMMATIQUE	DÉPENSES OPÉRATIONNELLES
Nombre de femmes enceintes séropositives ou nombre total de naissances vivantes et prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Couverture en services de PTME (pourcentage de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un TAR dans le cadre de la PTME), sur la base du taux de fréquentation des centres de soins prénataux (%) et du pourcentage de femmes reçues ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH	Répartition des femmes enceintes séropositives par schéma thérapeutique et prix annuel des ARV au niveau local
Répartition des femmes enceintes séropositives par taux de CD4 (notamment pourcentage de femmes enceintes ayant un taux de CD4 inférieur à 350)	Couverture en services de TAR destinés aux adultes et aux enfants, y compris du co-trimoxazole pédiatrique	Coût unitaire des tests de dépistage du VIH, des tests de numération des CD4, des tests PCR et autres coûts de laboratoire
Taux de mortalité des femmes ayant un taux de CD4 inférieur à 350 sous traitement, inférieur à 350 sans traitement ou supérieur à 350	Pourcentage de femmes enceintes séropositives devant bénéficier de chaque option de PTME (A, B, B+) au cours des cinq prochaines années	Coût annuel des services préalables au TAR, y compris des traitements préventifs à base de co-trimoxazole
Pourcentage de mères séropositives allaitantes et durée moyenne de l'allaitement	Couverture en tests de numération des CD4 dans les structures de PTME	Autres coûts ne portant pas sur les médicaments : salaires des agents de santé, coûts de formation, plans de construction et d'entretien, investissements en faveur des laboratoires et des centres, suivi et évaluation, etc.
Délai moyen pour que les femmes dont le taux de CD4 est supérieur à 350 remplissent les conditions nécessaires pour bénéficier d'un traitement sur la base du stade clinique ou de la baisse du taux de CD4	Pourcentage de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un TAR avant le début de leur grossesse	Coûts de programmation et frais généraux, y compris gestion de la chaîne logistique
Prévalence de la contraception et/ou pourcentage de besoins de planification familiale insatisfaits (Spectrum)	Taux mensuels ou annuels de rétention	Coût unitaire annuel de chaque méthode de planification familiale, par femme et par méthode (Spectrum)
	Délai moyen pour que les femmes dont le taux de CD4 est inférieur à 350 soient identifiées et amorcent un TAR	
	Ensemble de méthodes de planification familiale	

	NOM DE L'OUTIL		MODELE DE COUT POUR L'IMPACT SUR PTME ET LES SOINS PED V 2.1	MODELE DE COUT POUR L'INITIATIVE D'ELIMINATION	
INFORMATION SUR L'OUTIL	**Organisme**		CHAI	NCGM	
	Description de l'outil		Un modèle déterministe sur tableur de la TME et le Coût des programmes de la PTME et des soins pédiatriques	Un outil interactif sur tableur pour l'élimination des nouvelles infections de VIH et de la syphilis congénitale	
	Scenarios et la période d'analyse		Inclus l'impact sur la TME et le Coût des femmes sur l'Option A, B, ou B+. Le modèle est conçu pour comparer jusqu'à 5 scenarios ou 5 ans cote a cote	Inclus la TME et le Coût de traitement aux femmes, sur une période de temps définie par l'utilisateur; peut analyser simultanément jusqu'à 5 scenarios. Inclue tous les schémas des directives de 2010	
LES ENTREES PROGRAMMATIQUES	**Distribution des CD4**		✓ (<200, 200-350, 350-500, >500)	✓ (<200, 200-350, >350)	
	Allaitement	**Taux**	✓	✓	
		Durée	✓	✓	
	Frequentation aux CPN		✓	✓	
	Besoin de la planification familiale insatisfait		✓	✓	
	Couverture des tests VIH		✓	✓	
	Couverture des tests CD4		✓	L' hypothèse : couverture de 100%	
	Couverture des TAR/ prophylaxie ARV		✓	✓	
	% de femmes sur TAR avant la grossesse		✓	✓	
	Timing de l'initiation de la PTME		Défini par l'utilisateur	14 semaines de grossesse	
	Multiple schémas de TAR		✓	✓	
	Durée des ARVs maternels inclus en coûts		Jusqu'à l'arrêt d'allaitement (A/B)	Défini par l'utilisateur	
LES ENTREES DE COÛT	**HIV, CD4, & les autres tests**		✓	✓	
	TAR pour les femmes éligibles		✓	✓	
	Prophylaxie ARV pour les femmes		✓	✓	
	TAR pour les enfants infectés		✓	✓	
	Les coûts non-médicamenteuses		L'approche aux RHs et labs est ascendante, basées sur la population et les tâches ; détermine le coût total, basé sur les coûts unitaires. L'approche aux coûts opérationnels est basée sur les activités	L'approches aux RHs et labs est ascendante, basées sur la population et les tâches ; détermine le coût total basé sur les coûts unitaires. L'approche aux coûts opérationnels est basée sur les activités	
	Frais généreux		Inclus, les coûts opérationnels définis par l'utilisateur	Non-inclus	
LES SORTIES/RESULTATS	**Taux de transmission**		Périnatal (0-6 semaines), Postnatal (jusqu'à la fin d'allaitement), et TME final	Taux final de TME (grossesse jusqu'à la fin d'allaitement)	
	Nombre d'enfants infectes par TME		Perinatal, postnatal & # infections finales	# d' infections finales	
	Infections evitées		✓	✓	
	Coûts des medicaments		La prophylaxie et traitements pour les mères et enfants	La prophylaxie et traitement maternelle, et la prophylaxie des enfants	
	Coûts totaux du programme (financier et/ou économique)		coût total de la PTME et traitement des enfants	Médicaments, RH, lab., produits et frais de transport	

MODELE DE COÛT PTME DU PEPFAR	SPECTRUM	NOM DE L'OUTIL		
PEPFAR	Futures Institute	**Organisme**		INFORMATION SUR L'OUTIL
Modèle de Coût sur tableur, pour les programmes de la PTME et traitements des femmes amorçant un TAR aux services PTME	Application sur PC, avec une série des modèles de politiques, facile à utiliser, pour évaluer l'impact et coût total des services PTME	**Description de l'outil**		
Inclus les Coûts de PTME et traitements pendant une période jusqu'à 5 ans; compare les Coûts des options A, B, B+ côté-a-côté, et des scenarios proposé (ex. Une transition de A ou B a B+)	Inclus l'impact et coût total pour les femmes, sur une période définie par l'utilisateur; capable de comparer multiples des scenarios. Y compris sdNVP, l'Option A, B, et TARHT (ARV hautement actifs, pour la sante de la mère et l'option B+)	**Scenarios et la période d'analyse**		
✓ (<350, >350)	✓ (<200, 200-350, >350)	**Distribution des CD4**		LES ENTREES PROGRAMMATIQUES
	✓	**Taux**	**Allaitement**	
✓	✓	**Durée**		
✓		**Fréquentation aux CPN**		
	✓	**Besoin de la planification familiale insatisfait**		
✓		**Couverture des tests VIH**		
✓	✓	**Couverture des tests CD4**		
✓	✓	**Couverture des TAR/ prophylaxie ARV**		
✓	✓	**% de femmes sur TAR avant la grossesse**		
14 semaines de grossesse	14 semaines de grossesse	**Timing de l'initiation de la PTME**		
✓	✓	**Multiple schéma de TAR**		
Defini par l'utilisateur	Defini par l'utilisateur	**Durée des ARVs maternels inclus en coûts**		
✓	✓	**HIV, CD4, & d'autres tests**		LES ENTREES DE COÛT
✓	✓	**TAR pour les femmes éligibles**		
✓	✓	**Prophylaxie ARV pour les femmes**		
Coûté séparément	✓	**TAR pour les enfants infectés**		
Utilise la moyenne par personne basé sur la recherché et documentation; y compris les coûts récurrents (RHS, lab., visites cliniques, etc.,) et investissements (équipement, formation, etc.,)	Coût unitaire pour counseling (pre et post teste) la prestation des services (coûts totaux des visites cliniques, lab., coûts, etc.) et le coût des formules pour les enfants	**Les Coûts non-médicamenteuses**		
Majorer le prix (défini par l'utilisateur pour les frais généreux et les coûts programmatiques	Si disponible comme coût unitaire, peut être ajouté aux coûts des prestations des services	**Frais généreux**		
Taux final de TME (la grossesse jusqu'à la fin d'allaitement)	Périnatal (0-6 semaines), Postnatal (jusqu'à la fin d'allaitement), et TME final	**Taux de transmission**		LES SORTIES/RESULTATS
# d' infections finales	# d' infections finales	**Nombre d'enfants infectés par TME**		
✓	✓	**Infections evitées**		
La prophylaxie et traitement maternel, et la prophylaxie de l'enfant	Inclus en coût total	**Coûts des médicaments**		
Coûts totaux de la PTME et traitements maternels	Coûts totaux de la PTME et traitement des enfants	**Coûts totaux du programme (financier et/ou économique)**		

3.4 Résultats

Les modèles sont susceptibles de produire des résultats légèrement différents. Les estimations de coût basées sur les modèles de CHAI, NCGM, PEPFAR ou Futures Institute fournissent les résultats ci-dessous. Pour que les décideurs politiques puissent évaluer les coûts et les avantages d'un nouveau schéma de PTME.

- **Coût total** – les modèles indiquent le coût annuel total du programme national de PTME/'ETME y compris les coûts suivants : prestation de services ; médicaments et autres dépenses opérationnelles (pour une discussion détaillée des coûts inclus dans cette catégorie veuillez vous référer à la section 6.2). Il est possible d'extrapoler le coût annuel total de la stratégie nationale proposée jusqu'à cinq ans, tenant compte des coûts associés au déploiement prévisionnel des services.

- **Coût additionnel (coût marginal)** – en plus du coût total, les décideurs politiques doivent examiner le coût additionnel (ou marginal) en évaluant la stratégie proposée. Celui-ci correspond à la différence entre ce que coûterait la stratégie nationale actuelle et ce que coûterait la stratégie nationale proposée, pendant une période donnée. Ce résultat est particulièrement utile pour l'option B/B+. Puisqu'il permet la mesure des ressources additionnelles requises pous la nouvelle stratégie. En plus, ce résultat tient compte du déploiement prévisionnel des services dans le cadre de la stratégie actuelle.

- **Coût par domaine d'activité** – Chaque modèle offre la possibilité de décomposer les coûts totaux et additionnels par domaine d'activité. Les décideurs politiques peuvent comprendre les inducteurs de coûts majeurs associés à la nouvelle stratégie et examiner les coûts attribuables à chaque domaine d'activité (coût des ARVs, labs, autres coûts de prestation de services, etc.) pour la planification.

- **Patients-années additionnels de TAR et coût par catégorie de patient** – Les responsables politiques doivent considérer les patients-années additionnels de TAR par statut des femmes enceintes, sous l'option B+. Dans plusieurs pays, un grand pourcentage de patients additionnels qui commence le traitement à vie, sous l'option B+ a un taux de CD4 inférieur à 350 cellules/mm3. Pourtant elles n'auraient pas commencé le TAR sous l'option A. La couverture de traitement peut être faible là ou l'accès aux tests de CD4 impossible dans les sites de PTME. De ce fait le coût additionnel de l'option B+ correspond au coût d'amélioration de la prise en charge des femmes éligibles pour un traitement à vie, quelle que soit la stratégie de PTME.

- **Infections évitées chez les nourrissons** – Chacun des quatre modèles permet l'évaluation du nombre d'infections à VIH évitées chez les nourrissons dans le cadre des stratégies nationales actuelles et proposées.

3.5 Sélection d'un modèle et personnes à contacter

Bien que deux modèles ne peuvent pas produire des projections financières identiques. Les exercices de validation des modèles CHAI, NCGM, PEPFAR et Futures Institute ont produit des résultats analogues. Il y a d'autres groupes qui ont des modèles d'estimation des coûts fiables. Ainsi les décideurs politiques et responsables des programmes peuvent choisir d'utiliser le modèle de l'institution qui est présente au pays, avec laquelle ils ont établi un rapport de travail. L'étape difficile du processus de modélisation consiste à définir les données de départ et à examiner les hypothèses du modèle avec les développeurs. En générale ce processus est fluide et rapide si le générateur connaît le programme national et s'il existe déjà une communication entre l'organisme de modélisation et les responsables politiques qui sollicitent l'analyse.

Les responsables politiques et directeurs de programmes, ou toute autre personne peuvent contacter les membres du Groupe de travail de l'ETIA pour plus d'information sur les modèles présentés dans cette section d'analyse des coûts.

Modèle de CHAI – Elizabeth McCarthy, Initiative Clinton pour l'accès à la santé (emccarthy@clintonhealthaccess.org)

Modèle du NCGM – Naoko Ishikawa, National Center for Global Health and Medicine, Japon (n-ishikawa@it.ncgm.go.jp)

Modèle du PEPFAR – Benjamin Johnson, Bureau du Coordonnateur pour les États-Unis de la lutte mondiale contre le SIDA (JohnsonBC@state.gov), et Nalinee Sangrujee, Centers for Disease Control and Prevention (nks9@cdc.gov)

Spectrum – Adebiyi Adesina (aadesina@futuresinstitute.org) et Lori Bollinger (lbollinger@futuresinstitute.org), Futures Institute

Vous trouverez également les coordonnées des membres du FEWG à l'adresse suivante : www.emtct-iatt.org.

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

4 Ressources Humaines pour la Santé

4.1 Informations Contextuelles

Ce guide vise à soutenir les Ministères de la Santé, en dialogue avec les parties prenantes nationaux et internationaux, sur les Ressources Humaines en Santé (RHS). Il touche la formation, le recrutement et le déploiement des agents de santé. Il met à jour les règles qui définissent le champ d'activité des agents de santé dans le cadre du déploiement de l'option B/B+).

- Pourquoi est-ce que les Ministères de la Santé doivent dialoguer avec les parties prenantes autours de la question des RHS, dans le cadre du déploiement de l'option B/B+ ?
    - L'objectif d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et de maintenir leurs mères en vie, requiert des RHS qui sont réactifs et efficaces pour soutenir une riposte nationale rapide.
    - Dans la plupart des pays prioritaires du Plan mondial, les principaux obstacles aux objectifs de ETME sont : le déficit ; le déséquilibre; la mauvaise répartition ; et le découragement des agents de santé. Au cours de 10 dernières années, les pays ont utilisé des approches et stratégies différentes pour répondre au besoin en RHS pour élargir l'accès au soin, test et traitement de VIH. Il est donc important qu'ils soient innovants en s'appuyant sur les leçons apprises dans le cadre de l'option B/B+.
- Quels sont les sujets de discussions relatifs aux RHS que les Ministères de la Santé doivent considérer pour le déploiement de l'option B/B+ ? Les facteurs susceptibles d'améliorer la quantité et la qualité du potentiel national en RHS sont répertoriés ci-dessous. Les pays doivent voir ces facteurs dans le contexte d'une évaluation plus large pour élaborer des solutions à court et à long terme.

4.2 Évaluation des politiques et des besoins en RHS

Comprendre le besoin en RHS pour déployer l'option B/B+.

- Évaluer le besoin en RHS pour déployer l'option B/B+.
    - Identifier les catégories des agents de santé requises aux différents niveaux du système de santé, notamment en milieux ruraux et dans les communautés marginalisées.
    - Prioriser : les catégories déficitaires ; la distribution des agents de santé ; et la formation et soutien requis pour déployer l'option B/B+.
    - Évaluer la capacité des directeurs de programmes à planifier, coordonner, mettre

en œuvre, et suivre le déploiement de l'option B/B+ aux différents niveaux du système de santé.

· Évaluer le nombre et la répartition des responsables des RH, dans le système de santé et leur rôle dans la mise en œuvre des solutions identifiées.

Déterminer si l'environnement des programmes, les cadres réglementaires et politiques liés aux RHS, entravent le déploiement de l'option B/B+.

- **Évaluer les politiques des RHS, sur l'utilisation des prestataires de niveau intermédiaire (MLP) officiers cliniques, infirmières praticiennes et les sages-femmes.[b]" pour initier les TARs.** Déterminer si les politiques (MS, conseils, organismes réglementaires) entravent le déploiement des services de PTME. Ou, si elles sont assez cohérentes à propos de l'initiation du TAR et la mise à jour des « champs d'activités » des agents de santé.

- **Travailler avec les associations de professionnels de santé, les autorités nationales d'accréditation, les responsables du MS (ex. Infirmière en Chef, Officier Clinique en Chef, etc.,), les agents de santé, les représentants des universités et les réseaux de personnes vivant avec le VIH** à propos de la délégation des tâches. Et une approche holistique pour les opérations de PTME qui facilite : la communication claire entre les parties prenantes ; et participation dans la préparation de RHS/clinique pour la mise en œuvre du protocole national.

- **Considérer les questions critiques de RHS en réponse au soin chronique et aigue.** Reconnaître que le traitement du VIH est une intervention à vie. Pour la femme vivant avec le VIH l'assurance de/du : la continuité des soins pour la rétention, les conseils et la sensibilisation, et les liens aux ressources communautaires disponibles sont essentiels au soin chronique.

- **Recueillir la preuve du succès avec la délégation des tâches** inclure l'initiation et la gestion du TAR par les infirmiers (NIART) au Lesotho, en Afrique du Sud et dans plusieurs pays.

- Assurer un environnement programmatique favorable à la l'offre du TAR aux centres de soin primaire, dont la plupart des femmes et des enfants fréquentent. Les politiques dans quelques milieux ne permettent pas l'administration des ARV dans les centres de soin primaire.

[b] Chaque pays peut classer plusieurs catégories d'agent sanitaires parmi les prestataires de niveau intermédiaire, mais cette liste comprend généralement les auxiliaires médicaux, les infirmiers et les sages-femmes, entre autres.

Identifier les principales parties prenantes et établir un partenariat autour des RHS pour le déploiement de l'option B/B+.

- **Disséminer l'information de RHS aux partenaires stratégiques et établir des partenariats autour de RHS.** Partager les défis en RHS et travailler avec des partenaires stratégiques pour rechercher les solutions. Surtout le département des RHS au MS, les organisations internationales ex. l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA ou l'UNFPA, et le Management Sciences for Health (MSH), l'EGPAF ou Intra-Health et les partenaires de l'ETIA etc. Afin d'identifier et élaborer des solutions pour définir la meilleure modalité pour la transition. Identifier des partenaires fiables dans le domaine des RHS, notamment dans le secteur privé.

- **Encourager la collaboration entre les différents programmes nationaux** (ex. VIH, santé sexuelle et reproductive (SSR) tuberculose (TB). On peut se concentrer sur les priorités partagées, telle que : la formation des agents de santé ; la gestion des achats et l'approvisionnement des médicaments ; le suivi-évaluation des programmes et ; l'engagement communautaire. Le manque de collaboration entre les programmes peut alourdir la charge de travail sur les prestataires de services, les obligeant par exemple : à remplir plusieurs registres différents ; ou à regrouper et à transmettre les données à plusieurs programmes et partenaires. D'ailleurs le déplacement des agents de santé pour assister à des formations différentes et non coordonnées interrompt leur travail. Ceci est important pour les centres de soin ruraux qui manquent souvent du personnel.

- **Encourager le dialogue sur le renforcement du personnel de santé « non professionnel » au sein des services de PTME.** Améliorer la discussion avec des exemples sur l'impact au niveau communautaire, des points de discussions, des guides d'entretien,, des preuves sur l'efficacité de la participation au niveau communautaire des défenseurs des clients. Collaborer avec les leaders pour inclure cette information dans la formation des prestataires.

- **Soutenir et faciliter les occasions, pour les feedbacks et l'expérience des agents de santé, d'informer le dialogue politique.** La culture de programme de formation continue basée sur le feedback des prestataires de soin ; l'évaluation et la documentation des meilleures pratiques peut faciliter le dialogue politique.

Inclure le besoin en RHS dans le plan national pour le déploiement de l'option B/B+.

- **Identifier un interlocuteur en RHS** dans le programme national de VIH/SIDA, pour superviser et soutenir les RHS pour la mise en œuvre de l'option B/B+. Développer le champ d'activité de l'interlocuteur en RHS.

- **Inclure les RHS dans le plan national de déploiement d'ETME** et incorporer les

stratégies à court et à long termes pour faire face aux questions prioritaires liées aux ressources humaines dans le contexte du déploiement de l'option B/B+.

- **Envisager d'élargir le potentiel en ressources humaines pour le déploiement de l'option B/B+.** Des études et l'expérience des programmes indiquent que le soutien communautaire est essentiel pour les soins et le traitement du VIH.
    - Renforcez les systèmes communautaires et liens aux services de centres. Afin de favoriser l'accès, la rétention et l'observance des traitements.
    - Etendre les RHS au niveau communautaire, et préparer les agents sanitaires existants, qui jouent un rôle dans la formation, la supervision et le mentorat des agents communautaires.
    - Établir des liens entre les initiatives qui peuvent aider les femmes enceintes pendant les moments où elles sont le plus vulnérables—juste après un test de VIH positif, et le besoin d'un traitement à vie—Telle que mothers2mothers (m2m) ou d'autre réseaux locaux de personnes vivant avec le VIH.
    - Souligner l'importance du soutien communautaire pour le traitement à vie, l'observance de traitement et la rétention en soins de VIH.[c]

- **Soyez attentif aux inégalités importantes, les données globalisées peuvent cacher des différences importantes** et le déséquilibre entre les zones urbaines et rurales. Beaucoup de clients dans les zones rurales sont éloignés des services de santé et ont des problèmes d'accès. Ils doivent parcourir de longues distances pour le TAR ce qui génère un coût pour le transport. Il faut considérer les zones de haute prévalence et décentraliser les soins et les traitements du VIH vers les centres périphériques—proches des domiciles. Cependant, dans la plupart des cas, les agents sanitaires ont tendance à se concentrer aux zones urbaines. Les centres de soin, ruraux manquent de personnel souvent. Dans la mesure du possible, le personnel de santé existant peut s'appuyer sur les agents communautaires et les interventions communautaires.

[c] En 2012, l'ONUSIDA a publié une analyse documentaire sur le rôle des communautés dans le domaine des RHS et de l'ETME, en particulier leur rôle psychosocial. Cette étude a permis d'élaborer un cadre conceptuel axé sur les communautés et sur la manière dont elles peuvent s'engager plus efficacement dans la prestation de services. Le rapport correspondant est disponible (en anglais uniquement) dans un numéro spécial du Journal of the International AIDS Society : http://www.jiasociety.org/jias/index.php/jias/article/view/17390.

4.3 Formation

Assurer la formation des agents de santé dans les préparatifs pour le déploiement de l'option B/B+.

- **Assurer que les formations (initiales et continues) des prestataires incorporent les directives récentes en matière de PTME, offrent un encadrement clinique suffisant et permettent l'introduction de nouvelles procédures.** Le fait d'adapter la formation générique aux disciplines spécifiques permet de renforcer les compétences professionnelles en TAR/PTME attendu. La collaboration avec les responsables de la réglementation professionnelle facilite l'intégration des compétences du TAR/PTME dans les examens de certification des jeunes diplômés et l'introduction d'une formation en TAR/PTME obligatoire pour les prestataires en service qui renouveler leur licence.
- Engager les parties prenantes pour les programmes RHS, VIH, SSR, et SMNI pour l'élaboration du plan national de déploiement, et la formation des agents de santé.
- Intégrer les ressources nécessaires pour la formation, le mentorat, et la supervision des agents de santé (directeurs de programmes et prestataires de services) dans le plan national de déploiement.
- Mettre en place une formation nationale, standardisée, fondée sur les compétences de soin et traitement de VIH, TAR, PTME pour les infirmières et sages-femmes. Adopter des approches innovantes, pour assurer la formation continue des agents sanitaires ex. l'utilisation d'ordinateur ou de l'internet, l'enseignement à distance, les technologies mobiles, etc., et minimiser l'interruption des services liées aux formations.
- Quand c'est nécessaire, mettre en place des procédures opérationnelles standardisées, pour les agents de santé dans les centres. Ceux-ci soutiendront les agents de santé à la phase initiale du déploiement et renforceront leurs expériences
- Établir un plan détaillé pour la formation rapide des agents de santé, adapté au déploiement et à l'expansion des services au niveau national, sous national, et aux centres de soin.
- **Plan pour la standardisation et la prédictibilité dans le contexte de l'option B+.** Le personnel des RHS doit travailler en harmonie avec le personnel aux : pharmacies, laboratoires, équipes de soutien psychosocial, la gestion de la chaîne logistique parmi d'autres. Avec du respect pour les procédures pour le bon fonctionnement des systèmes fiables.

Resources

1 OMS, PEPFAR et ONUSIDA, 2008, Task shifting: Global recommendations and guidelines. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf

2 OMS et GHWFA, 2011, Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf

3 OMS, 2012, Mise à jour programmatique : utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. Disponible à l'adresse suivante : http://whqlib-doc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf

4 MSH, 2005, Human Resource Management Rapid Assessment Tool for Public- and Private-Sector Health Organizations. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : http://erc.msh.org/newpages/english/toolkit/hrd.pdf

5 CDC, Strengthening the African Health Workforce. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : http://www.cdc.gov/globalaids/success-stories/arc.html

6 USAID et Capacity Plus, HRH: Global Resource Center. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : http://www.hrhresourcecenter.org/

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

5

Gestion des Achats et de la Chaîne Logistique

5.1 Introduction

À bien des égards, le choix de l'option B/B+ représente une transition vers une chaîne de logistique plus simple et efficace:

> « [Dans le cadre de l'option B/B+], la possibilité d'utiliser le même schéma pour la PTME et pour le TAR de première intention, simplifie considérablement la gestion des médicaments : les prévisions, l'approvisionnement, la distribution aux établissements et le suivi des stocks. Le schéma de première intention ténofovir/lamivudine/éfavirenz (TDF/3TC/EFV) est disponible sous la forme d'une pilule à dose fixe. Cette pilule est récemment recommandée comme le schéma thérapeutique optimal, de première intention, pour le traitement des adultes, y compris les femmes enceintes »[b].

L'option B+ offre d'avantages en termes d'harmonisation et de simplification de la chaîne de logistique. Le test CD4 n'est pas requis pour déterminer l'éligibilité au TAR (comme l'option A) ou savoir s'il faut arrêter le traitement lorsque le risque de TME n'existe plus (comme l'option B). Les premières données du Malawi (où le nombre de femmes enceintes qui ont démarré le TAR a quintuplé lors du premier trimestre, du déploiement national) ont montré beaucoup d'avantages avec l'approche « taille unique » et l'intégration de l'option B+. De même, le déploiement de l'option B+ au Malawi, a montré la nécessité de changer rapidement la prestation des services. Ce qui a créé des opportunités et des défis.

Il est crucial d'assurer la sécurité des produits pour les clients sans interruption, lors de la transition. La transition vers l'option B+ simplifie et harmonise la chaîne de logistique. Pourtant, il s'agit d'un changement majeur. Puisqu'il faut prévoir des fonds supplémentaires pour acheter des ARVs en grande quantité avec l'intégration des systèmes de TAR et de la PTME au niveau national sous l'option B+.

Cet outil, destiné aux décideurs nationaux, directeurs de programmes, consultants et les partenaires opérationnels, présente des ressources et les questions principales pour la gestion de la chaîne de logistique, lors de la planification de l'option B+.

[b] OMS, « Mise à jour programmatique : utilisation des antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes et pour la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson », avril 2012, http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf

5.2 Questions principales de GACL à considérer lors de la planification de l'option B+

L'adoption de l'option B+ comme la politique nationale, requière le traitement des femmes enceintes dans le cadre du programme général du TAR. Les stocks des ARVs pour les femmes enceintes, sont suivis dans le cadre du système national de la gestion des achats et de la chaîne de logistique (GACL). Au fur à mesure que les pays adoptent l'option B+, les structures de SMNI fourniront les TARs pour les femmes enceintes séropositives. Ce qui souligne la nécessité de renforcer le système de GACL pour les produits de SMNI et intégrer les programmes nationaux de SMNI et de TAR, dans la mesure du possible.

Avec l'adoption de l'option B+ la quantification des besoin en ARVs inclut toutes les femmes enceintes dans la population générale éligible au TAR. La grossesse devient un critère d'éligibilité pour le TAR. Le traitement est un coût du programme du TAR. Avec l'option B+, l'utilisation des ARVs chez la femme enceinte devient un coût récurrent. Les partenaires peuvent contribuer aux fonds communs nationaux ou joindre le groupe de la planification, pour soutenir l'option B+. Concernant le coût des médicaments pour le programme d'ETME, l'outil d'estimation du coût est utile si l'ETME a un point départ et un but final.

Financement

- A-t-on réalisé une estimation de coût afin de quantifier et comprendre les coûts supplémentaires liés à l'option B+ ?
- Y-a-t-il assez de sources de financement pour les coûts supplémentaires liés à la mise en œuvre de l'option B+ ?
- Qui sont les partenaires et quel est leur rôle en termes de financement des produits de PTME et de SMNI ?

Quantification

- Questions à considérer lors de la collecte des données (entrées) nécessaires pour la quantification :
    - comment les schémas alternatifs seront–ils incorporés dans la quantification ?
    - quelle est la stratégie pour le renouvellement des stocks, des centres (mensuelle, trimestrielle) ?
    - quelles sont les hypothèses de base du déploiement et le rythme de la transition vers l'option B+ ?

- Y a-t-il des prévisions nationales pour tous les produits d'ETME ? Si oui, à quelle fréquence ? On recommande une quantification et prévision annuelle et une révision trimestrielle pour noter la consommation actuelle et ajuster les commandes ultérieures, si nécessaire.
- Est-ce que les centres de santé livrent des données intégrales, fiables et régulières sur la consommation des produits et la prestation de services ? Sinon, quelles données indirectes peut-on utiliser pour la quantification et la prévision ?
- Est-ce que les données sur la consommation et la distribution sont utilisées pour la prévision et la commande des produits d'ETME ?
- Est-ce que le processus de prévision pour les produits d'ETME, est uni au processus national pour la prévision des produits TARs? Si non, quelles sont les mesures prévues pour lier les deux processus ?
- Quel est l'outil actuel pour la prévision des produits d'ETME ?

Concernes des achats et des approvisionnements

- Quel est le plan pour écouler les stocks de produits actuels qu'on n'utilisera plus après le déploiement de l'option B+ pour éviter le gaspillage, ?
- Est-ce qu'il y a eu rupture de stock de produits ETME dans les 6-12 derniers mois?
- Y a–t-il eut des problèmes avec les fournisseurs, en matière de retards de livraison (ex. pour la NVP en sirop) ?
- Comment est-ce que le pays gère les appels d'offre, et les achats des produits d'ETME actuellement? Y a-t-il un plan pour lier ce processus avec le processus national pour les produits du TAR dans le pays ?
- Si vous avez connu des retards liés au processus douanier du pays, pouvez-vous commander davantage à l'avance, ou utiliser d'autres stratégies pour atténuer ce risque ?
- S'il faut de nouveaux produits, ou plus de produits qui sont déjà en stock, est-ce que le plan pour l'option B+, permet des délais suffisants dans le cycle d'approvisionnement, pour livrer les nouvelles commandes?

Distribution

- Est-ce que tous les sites qui fournissent les produits PTME, fournissent les produits pour initier et renouveler les TARs aussi ? Sinon, combien de centres fournissent les services de PTME seulement? En transition vers l'Option B+, y a-t-il des plans pour étendre l'initiation et le renouvellement des TARs aux sites qui ne fournissent que les services de PTME ?

- Y a-t-il actuellement deux systèmes distincts : pour la distribution des produits de TAR et de l'ETME ? Quels sont les plans pour étendre la disponibilité des produits aux points de prestation de services et réduire référence aux établissements de niveau supérieur pour le renouvellement des traitements?
- Quels sont les efforts au « dernier kilomètre » du système de distribution d'assurer que les produits parviennent aux centres, d'une manière efficace?
- Existe-t-il l'occasion d'intégrer le processus d'achat et de distribution des produits ETME au processus d'autres produits, y compris les contraceptifs, les vaccins ? Quelle coordination y a-t-il entre ces différents groupes?
- Existe-t-il un système pour identifier l'excès de stock au point de sous distribution, ou au centres de soin afin de redistribuer l'excès aux centres qui en manquent? La redistribution atténue le risque de rupture de stock et de gaspillage si la demande est moins importante que prévue.

Suivi

- Est-ce que les responsables des achats et de la chaîne de logistique au centre de santé suivent la consommation, le niveau de stock et le nombre des patients bénéficiant d'un programme d'ETME chaque mois ? Un outil de suivi est disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante : http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring_evaluation/en/index.html
- Quelles sont les plans pour intégrer les systèmes de suivi-évaluation des programmes ETME et TAR ?
- Y a-t-il des systèmes solides pour soutenir l'observance et la rétention pendant la grossesse et post-partum ? Cette question est cruciale dans le cadre de l'option B+.

5.3 Alertes de haut niveau

Ruptures de stocks

Si certains produits d'ETME ont été en rupture de stock au cours des 12 derniers mois, il faut identifier l'origine du problème. S'agit-il d'une mauvaise quantification ? D'une défaillance des commandes et des rapports venant des sites? D'un manque d'efficacité de la distribution aux sites ? D'un déploiement plus rapide que prévu (probable dans le cadre de l'option B+) ? Une fois identifié il faut résoudre le problème.

Retards de livraison par les fournisseurs

Pour les produits ayant déjà fait l'objet de retards de livraison, en particulier ceux qui ne sont proposés que par un seul fournisseur, il peut être utile d'augmenter le volume de stocks de sécurité, au cours du cycle de quantification et de commande suivant, afin d'éviter toute nouvelle rupture de stock.

Priorité aux femmes enceintes pour les traitements antirétroviraux

Il faut mener des activités de sensibilisation et de plaidoyer. Afin d'assurer que les femmes enceintes, qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité définis pour la population générale des adultes pour le traitement, restent prioritaires.

Conclusion

Dans le cadre de l'option B+, le processus de quantification, GACL, distribution et de suivi des ARVs et d'autres produits spécifiques, doivent être intégrés dans le programme national de TAR. Les professionnels de santé dans les services de PTME et de SMNI doivent être représentés dans les groupes de travail technique afin que les besoins des femmes enceintes soient traités. S'il y a un système d'ETME parallèle, les questions ci-dessus sur la quantification, GACL, distribution et S&E sont d'une grande importance. Un plan pour intégrer le programme national du TAR doit être mis en œuvre en urgence pour éviter un processus vertical susceptible d'être inefficace et difficile à pérenniser à long terme. Lors de l'intégration de programmes nationaux de PTME et de TAR, une assurance que le système national de gestion des achats et de la chaîne de logistique fonctionne correctement dans tous les domaines répertoriés ci-dessus, est importante pour les clients éligibles au TAR.

5.4 Liste de contrôle avant la mise en œuvre

Directives

- ☐ Directives de PTME, matériels de formation et outils de travail sont mis à jour
- ☐ Directives relatives à la gestion des nouvelles fournitures, y compris les outils pour la gestion des stocks, de la demande et des mécanisme de compte-rendu

Listes de contrôle

- ☐ Listes de contrôle en vue de l'accréditation du centre de santé pour la mise en œuvre, les directives de PTME sont mises à jour y compris les normes minimales pour la gestion de nouvelles fournitures (termes de la disponibilité de ressources humaines qualifiées; capacité ; qualité ; et sécurité des stocks)
- ☐ Listes de contrôle pour la supervision des personnels pharmaceutiques et médicaux, et des formateurs, en vue de piloter la mise en œuvre du programmes avec les nouvelles directives.

Formation

- ☐ Plans de formation des prestataires de soin et du personnel pharmaceutique à tous les niveaux du système de santé et la formation des formateurs
- ☐ Détermination du nombre minimal de formateurs et de superviseurs, requis, pour la formation d' agents sanitaires, en vue du pilotage et du déploiement sous les nouvelles directives.
- ☐ Formation dans les domaine de suivi-évaluation
- ☐ Plan de délégation des tâches et assurance de la distribution des ARVs dans les établissements proposant les activités de PTME

Pilotage et déploiement

- ☐ Identification des centres de santé pour piloter les nouvelles directives
- ☐ Plan de déploiement progressif selon les nouvelles directives, y compris les données sur la population ciblée par région ou par centre de santé

Quantification, prévisions et approvisionnement (pour les premières 5 années)

- ☐ Quantification et prévision des produits au niveau national, y compris les produits pharmaceutiques et de diagnostic de laboratoire, si possible, désagrégés par région, niveau de soin, ou par centre de santé.
- ☐ Budget et Plan d'approvisionnement pour la première année et les premières 3-5 ans
- ☐ Disponibilité de sources de financement et de fonds

Liste des produits clés pour la PTME de l'Option B+

- ☐ Réactifs et fournitures de laboratoire :
  - Tests rapides
  - CD4
  - EID
- ☐ ARVs :
  - Mères : association à dose fixe du schéma privilégié (ex., TDF/3TC/EFV) et des schémas alternatives pour TAR (ex. AZT/3TC+EFV)
  - Bébés : NVP sirop ou dispersables
- ☐ Infections opportunistes (IO) :
  - Co-trimoxazole pour les mères et leurs bébés
- ☐ Produits de santé maternelle :
  - Liste standard de micronutriments pour les participants des CPNs
  - Kits diagnostic et réactifs de laboratoire requis pour le suivi de routine en CPNs

Plans de distribution

- ☐ Plans de distribution initiaux par l'établissement
- ☐ Définition du niveau minimal et maximal de stocks pour chaque établissement ou point de distribution
- ☐ Plans de réapprovisionnement/ distribution selon le système choisi (automatique ou sur demande)

☐ Système de distributions pour les produits, si nécessaire, identification des agences potentielles pour l'externalisation

Plans et outils de suivi-évaluation

5.5 Ressources clés : liens aux outils

Outils généraux de la gestion des achats et de la chaîne logistique

- Trousse à outils de gestion des achats et des stocks (GAS) : http://www.psmtoolbox.org/fr/index.php?language=2

Indicateurs d'alerte précoce de l'OMS pour prévenir les ruptures de stocks

- http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500813_fre.pdf

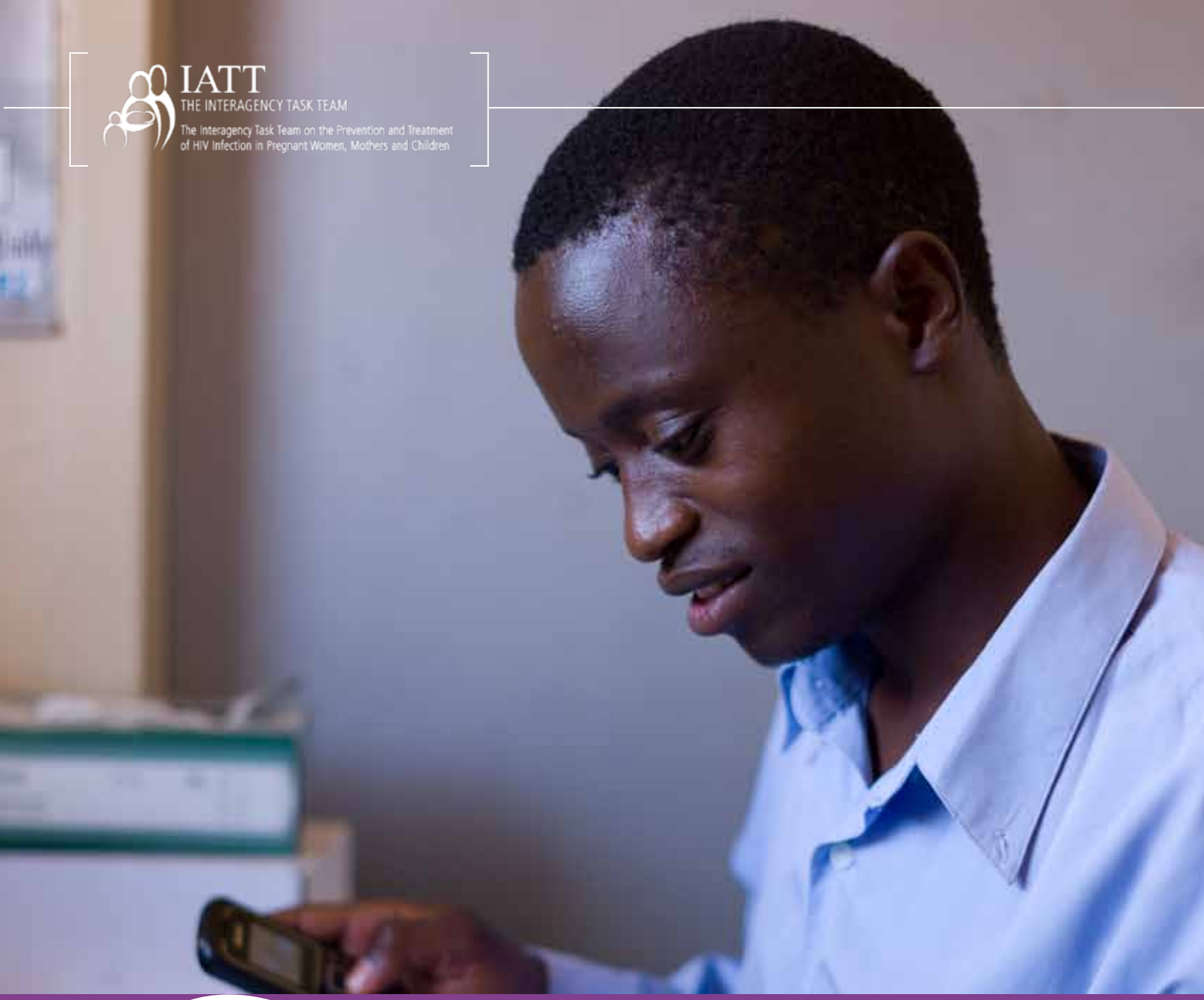
Prévisions et quantification des ARVs (il peut être nécessaire d'adapter légèrement ces outils dans le cadre de l'option B+)

- Outil de prévision de l'approvisionnement en ARV de CHAI (en anglais) : http://www.psmtoolbox.org/en/tool-details%7CQuantification%7CCHAI-ARV-Procurement-Forecasting-Tool%7C74
- Quantimed : http://www.msh.org/projects/sps/Resources/Software-Tools/Quantimed.cfm
- Autres outils : à télécharger lorsqu'ils seront disponibles.

Outils visant à faciliter le suivi des produits au niveau des établissements

La plupart des pays disposent des outils pour suivre la consommation, les quantités livrées, et le niveau global des stocks des ARV et d'autres fournitures clés. Dans le cadre de l'option B+ ces outils peuvent être ajustés de manière à inclure des éléments différents pour assurer une couverture adéquate des produits de PTME.

Les pays qui ne disposent pas encore d'un outil, peuvent faire leur choix parmi plusieurs outils de diverses organisations, sur le site de la Trousse à outils de gestion des achats et des stocks (voir le premier point ci-dessus). En lançant une recherche avec le mot « stock ». On obtient 47 résultats.



IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

6 Amélioration des Systèmes de Suivi et d'Evaluation

6.1 Informations Contextuelles

Ce document, destiné aux personnels du MS et du S&E ou des spécialistes de l'Information Stratégique, au niveau national, décrit les caractéristiques d'un système de S&E national, et sous-national optimal requis pour mettre en œuvre un programme de l'option B/B+. Il décrit six caractéristiques clés d'un système de S&E optimal. Ainsi que les éléments principaux de recherche opérationnelle à considérer avant la mise en œuvre de l'option B/B+.

Les pays doivent mettre en place un plan de S&E afin d'évaluer le progrès des efforts nationaux d'ETME à l'horizon 2015 y compris le suivi au niveau sous-national [voir *Global M&E Framework and strategy document* (WHO, 2012)]. Les systèmes nationaux de S&E doivent respecter les normes minimales décrites dans le document de l'ONUSIDA (2008) document *12 Components of a Functional National HIV M&E System*.

6.2 Six Points Clés pour les Systèmes S&E

Point Clé 1

Intégrer les systèmes de S&E de PTME et de TAR

Traditionnellement on offre les services de PTME à la CPN. Le TAR est offert dans les autres centres qui ont un système de S&E différent, sans aucun lien avec la gamme des prestations de services. Étant donné que l'option B+ requière l'intégration des services du TAR et SMNI, les systèmes de S&E de la PTME et du TAR doivent être intégrés pour que le reportage des femmes enceintes, qui amorcent un TAR soit exact. Un « système de suivi-évaluation intégré » est un système qui permet le suivi de chaque patient, dès l'inscription à la première visite prénatal à l'aide d'un identifiant unique. Ceci établit un lien entre les clients et les registres, les établissements de santé et les dossiers tenus par les clients, à travers la gamme de prestation de services.

Questions pour les discussions au niveau national :

- Comment enregistra-t-on l'initiation du TAR si le TAR est commencé à la CPN ?
- Si le TAR n'est pas initié à la CPN, comment signalera-t-on la grossesse d'un client dans le registre de TAR, pour permettre le suivi des femmes enceintes ?
- Combien sera le nombre de femmes enceintes, qui ont commencé le TAR, collecté à travers les prestations de différents services (ex. des femmes enceintes amorçant un TAR, en CPN ou TAR) pour le reportage au niveau national?
- Y aura-t-il une seule source consistante de données des femmes enceintes ayant commencé le TAR ? Afin de colliger les données pour le rapport mensuel ? (Est-ce qu'on peut utiliser le registre actuel ou le décompte de la pharmacie,, pour faire la distinction entre les femmes enceintes qui viennent de commencer un TAR et celles qui continuent le TAR ?)

Point Clé 2

Chaque femme enceinte doit recevoir un identifiant unique lié à son enfant. Afin de suivre les couples mères-enfants à travers les prestations de service et au cours des transferts à long-termes de la SMNI au TAR.

Questions pour les discussions au niveau national :

- **Identifiant de patient (PID) pour les femmes enceintes :** Y-a-t-il un seul identifiant de patient pour chaque femme enceinte ? Quel programme représente-t-il (ex. numéro de CPN, numéro de SMNI, numéro de maternité ? numéro de TAR ? Avant-TAR, Autre) ? Qui attribue le PID? Où est-il enregistré ? Registres, fiche du patient, fiche pour les nourrissons ?
- **Etablir les liens entre les femmes aux différents services, et le TAR :** Est-ce qu'il y aura un seul PID à créer le lien à travers les services différents ? Ou chaque programme utilisera un nouvel PID. Par exemple, les femmes, utilisent-elles le même PID aux CPN maternité, post-partum et TAR ? Si on envoie une femme pour TAR, aux autres établissements, recevra-t-elle un nouvel PID ?
- **Lier les mères aux nourrissons exposés au VIH :** Est-ce que le PID de la mère est sur le dossier de l'enfant ? Est-ce que l'enfant reçoit un PID unique pour le suivi ? Est-ce que le PID des enfants exposés au VIH, en soins de suivi (ex. prophylaxie co-trimoxazole, test PCR), est lié au numéro du TAR de la mère ? S'il est déterminé qu'elle est infectée de VIH ?

Point Clé 3

Les outils nationaux et les méthodes de S&E doivent inclure le monitoring longitudinal des femmes enceintes commençant l'option B/B+ et les couples mères-enfants. Afin d'évaluer si les femmes, ayant commencé le TAR pendant leur grossesse, se fidélisent au TAR et si les enfants reçoivent le soin clinique, y compris la détermination de leur statut sérologique final.

Questions pour les discussions au niveau national :

- Est-ce que les outils actuels de PTME, sont basés sur la visite ou sont longitudinaux ? S'ils sont basés sur la visite, est-il faisable d'introduire les registres longitudinaux ?
- Est-ce que le système actuel de S&E renseigne sur la rétention ou le suivi des cohortes de TAR ? Quelle est la faisabilité de rapporter sur la rétention au TAR des femmes enceintes et en postpartum à 6, 12 et 24 mois après l'initiation du TAR ? Ya-t-il un système pour identifier les femmes et les enfants perdus de vue? Quelle est la faisabilité d'introduire un indicateur national sur la rétention des femmes enceintes et des couples mères-enfants ?
- Est-ce que le système de S&E utilise le reportage des cohortes ? [*Veuillez vous référez*

aux outils nationaux de S&E utilisés au Malawi pour des exemples utiles.]

- Le programme national, comment pense-t-il faire le suivi de la rétention après la mise en œuvre de l'option B+ ? :
  - Rétention des femmes enceintes à 6, 12 et 24 mois après l'initiation de l'Option B/B+
  - Rétention des femmes inscrites à la PTME (résultats possibles : participation à quatre visites CPN, ARV pour la prophylaxie /TAR est dispensé ou initié, les accouchements aux centres, doses d'ARV fournies aux nourrissons).
  - Rétention de couples mères-enfants, dès la première visite CPN jusqu'à la détermination du statut sérologique final du nourrisson à 18 mois
  - Rétention en soin de suivi, des enfants et nourrissons exposés au VIH (HEI) et lien au TAR pour les enfants déterminés d'avoir l'infection.
  - Rétention au TAR, des nourrissons et des enfants infectés.

Point Clé 4

On doit examiner les données chaque trimestre au niveau des districts et chaque année au niveau national. Afin d'améliorer la qualité et ajuster le programme selon les résultats.

Questions pour les discussions au niveau national :

- Y a-t-il une révision/validation annuelle des données avec le personnel du S&E?
- Y a-t-il un système d'utilisation des données pour améliorer la qualité, à chaque niveau du système ? Quels sont les mécanismes qui existent pour le programme et le personnel de S&E pour l'élaboration des outils et matériels de formation en commun afin d'optimiser la documentation de l'Option B+ essentielle à la phase de planification ?
- Existe-t-il un système pour disséminer et examiner les données au niveau sous-nationales et d'utiliser les données pour évaluer les progrès vers les objectives du programme ?
- Les indicateurs clés pour revoir les programmes peuvent inclure : 1) Quel est le taux de rétention des femmes enceintes à 6 et 12 mois après l'initiation du TAR ? 2) Quelle proportion d'enfants exposés au VIH est inscrite au soin de suivi de HEI et reçoit le co-trimoxazole et le EID à 8 semaines d'âge ? 3) Quelle proportion de femmes qui commencent le TAR obtient un test de CD4 (ou charge virale) à 6 mois de l'initiation de TAR ? 4) Quelle proportion d'enfants exposés au VIH, de la cohorte de la PTME a un statut final déterminé à 18 mois ?
- Si le pays voit le besoin de modifier ses outils (registres, les fiches pour TAR, introduction des registres longitudinaux pour les couples mères-enfants, suivi de HEI), quel est le processus pour examiner et modifier les outils ? Calendrier ?
- A-t-on inclus les coûts pour : les réunions annuelles pour examiner les données,

modifier les outils, registres, dossier des patients, le matériel et les formations ; dans le budget du programme ?

Point Clé 5

Les activités de routines pour assurer la qualité des données doivent être incluses dans le plan pour la mise en œuvre du programme, en vue de pouvoir mesurer avec exactitude les réalisations du nouveau programme. Une évaluation de l'exactitude et de la complétude des indicateurs de routine est une activité essentielle.

Questions pour les discussions au niveau national :

- Qualité des données :
  - Est-ce que des audits ou des évaluations sont habituellement menés (au moins une fois par an) aux niveaux des centres, des districts et national ?
- Est-ce que le district vérifiera si les centres utilisent les versions les plus récentes des outils nationaux de collecte des données ? Est-ce que l'ensemble du personnel est formé à l'utilisation de ces outils ?
- Quel est l'impact des outils de la collecte actuels sur la qualité des données ? Quelles mesures sont prises pour éviter la double comptabilisation des femmes, qui reçoivent des services à des points de prestation différents ?
- Comment les districts, valideront-ils mensuellement l'exactitude des données du programme, après la mise en œuvre de l'option B/B+ ? Est-il nécessaire de mettre à jour la méthode actuelle de validation ?
- Qualité des services cliniques :
  - Quels sont les systèmes de supervision en place pour assurer la qualité de la prestation de service et de la collecte des données ? Est-ce qu'on utilise les données de routine recueillies pour évaluer et améliorer la qualité des soins ? Quelles sont les autres mesures utilisées pour évaluer la qualité du soin dans le pays ?
- Est-ce que les agents de santé ont été formés sur les nouvelles directives nationales sur les ARV ? Est-ce que les nouveaux schémas d'ARVs sont disponibles dans les établissements de santé? A-t-on mise à jour les registres et outils pour les patients selon les nouvelles directives nationales sur les ARV ? Y-a-t-il un processus en place pour le faire ?

Point Clé 6

Les questions de recherche opérationnelle doivent être définies dès le début et intégrées dans le déploiement des programmes.

Les données scientifiques sont limitées pour guider les décisions relatives à la mise en

œuvre des programmes. Là ou c'est possible, la comparaison entre différentes approches de prestation de services peu être intégrée dans les plans opérationnels bien que des protocoles spécifiques et des données supplémentaires peuvent être requis. Le personnel du MS, spécialistes de S&E, et les responsables de la mise en œuvre des programmes au niveau national doivent prioriser des questions programatiques et coordonner les efforts de recherche opérationnelle des partenaires lors du déploiement des programmes.

Questions pour les discussions au niveau national :

- Collecte de données :
  - Y a-t-il un mécanisme pour examiner les goulets d'étranglement opérationnels liés à la collecte des données ?
  - Ya-t-il des faiblesses sur les données existant ? Lesquelles ? Est-il faisable d'établir un système de surveillance sentinelle des cohortes afin d'évaluer en détail les résultats du programme, et l'impact de la mise en œuvre de l'option B+ ?
- Intégration des services et ressources humaines :
  - Comment peut-on organiser le personnel et la configuration des centres de SMNI pour la gestion des tâches et charges de travail additionnels liées aux services d'initiation au TAR à vie des femmes enceintes séropositives, et leur implication aux soins ?
  - Quel est l'impact de la charge de travail additionnel sur les autres services de SMNI ?
- Acceptabilité/faisabilité d'un traitement à vie :
  - Quelles sont les options, de schéma de prise en charge pour les femmes enceintes séropositives qui refusent le TAR a vie, qui existent ?
  - Y a-t-il des mythes et des malentendus sur le TAR ? Quelles sont les perceptions des agents de santé qui travaillent dans la communauté et les établissements de santé sur l'option B+ ?
- Résultats des programmes :
  - Le résultat du suivi des effets tératogènes, de la toxicité sur les femmes et les nourrissons exposés puisque les expériences sur l'utilisation des médicaments recommandés pendant la grossesse et particulièrement pendant le premier trimestre, sont limitées.
- Rétention/Référence :
  - Comment est-ce que les programmes de la PTME (sans TAR) assureront-ils des liens fonctionnels avec les services de TAR ?
  - Comment peut-on suivre les couples mères-enfants à travers différentes prestations de services (CPN, SMNI et VIH cliniques) pour assurer la continuité de soin ?
  - Quels sont les rôles/fonctions des pairs-éducateurs, agent de santé communautaires et les organisations communautaires pour optimiser la rétention dans le traitement des femmes en post-partum ? Et quels modèles de soutien communautaires marchent le mieux ?

- Observance :
  - Quels sont les facteurs associés à l'observance du TAR ?
  - Quelle est la meilleure façon de mesurer l'observance du TAR en l'absence du suivi de la charge virale ?
- Équité :
  - Comment peut-on assurer l'accès des partenaires masculins au TAR, dans les situations de ressources limitées ?
  - Comment est-ce que les messages communautaires régleront—il la contradiction entre le fait que toutes les femmes enceintes séropositives doivent être mises sous TAR à vie pour leur propre santé, celle de leurs bébés et leurs partenaires, et le fait que les autres adultes (incluant les partenaires des femmes qui ne sont pas enceintes) doivent attendre la diminution des taux de CD4 avant de commencer le TAR ?
- Logistique :
  - Comment peut-on optimiser la prévision des produits pour assurer un approvisionnement ininterrompu en kits de tests, médicaments, ARV, etc. ?
  - Quel est la meilleure configuration de l'espace clinique et du flux des clients quand on intègre les services de CPN et de TAR ?

Tableau 1 : Les points de discussion clés selon le modèle de prestation de services

	MODÈLE N° 1	MODÈLE N° 2	MODÈLE N° 3	MODÈLE N° 4
INITIATION DU TAR	CPN	CPN	CPN	TAR
SUIVI DU TAR	SMNI jusqu'à ce que l'enfant ait 18 mois	CPN à travers l'accouchement, puis transfert à la clinique de TAR	CPN jusqu'à 6 semaines post-partum puis transfert au service de TAR	TAR
IDENTIFIANT UNIQUE, ATTRIBUÉ	CPN	CPN	CPN	TAR
PROCÉDURE D'ENREGISTREMENT DES FEMMES ENCEINTES SOUS TAR	Transfert	Transfert	Transfert	Nouveau patient
EVITER DE SOUS-ESTIMER LES FEMMES ENCEINTES COMMENÇANT LE TAR	Enregistrer le schéma de TAR et la date de début	Enregistrer le schéma deTAR et la date de début	Enregistrer le schéma de TAR et la date de début	Enregistrer le schéma de TAR et la date de début
MESURE DE LA RÉTENTION DES FEMMES AUTAR À 6 MOIS	SMNI	TAR	TAR	TAR
SUIVI DES ENFANTS EXPOSÉS AU VIH	SMNI (les soins mère-enfant sont coordonnés ensemble)	Clinique de suivi des enfants exposés au VIH/ immunisations/ clinique sous 5 ans	Clinique de suivi des enfants exposés au VIH/ immunisations/ clinique sous 5ans	Immunisation/ clinique pour les enfants de moins de 5 ans
MESURE DE LA RÉTENTION DES COUPLES MÈRES-ENFANTS À 12 MOIS	Dossiers de mères et enfants aux services SMNI	Registre longitudinal/ intégré de mères-enfants	Registre longitudinal/	Registre longitudinal/ intégré de mères-enfants

7

Engagement Communautaire :

a. Une Guide pour les Ministères de la Santé (MOHs)

b. Questions demandes souvent, pour les Organisations de Société Civiles d'utiliser en dialogue avec les Ministères de la Santé

✓Liste de contrôle rapide : Mon pays a-t-il...

- ☐ Identifié les communautés impliquées ?
- ☐ Identifié les structures disponibles pour soutenir l'engagement communautaire ?
- ☐ Consulté les femmes vivant avec le VIH à propos de l'option B/B+ ?
- ☐ Établi des voies, et soutiens de communication claire avec les acteurs communautaires dans le cadre de l'option B/B+ ?
- ☐ Mis en avant les activités d'engagement communautaires dans les documents stratégiques nationaux mis à jour ?
- ☐ Et fait un budget pour les activités d'engagement communautaire dans les documents stratégiques nationaux ?
- ☐ Mis en œuvre les activités d'engagement avec les acteurs communautaires, en particulier les femmes vivant avec le VIH ?
- ☐ Pris l'engagement de soutenir le recueil constant de données et utiliser ces données pour entendre la voix de la communauté et leur expérience ?
- ☐ Adapté et/ou utilisé des indicateurs d'engagement communautaire pour suivre le progrès réalisé ?

7a.1 Contexte

À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide aide les Ministères de la Santé à s'engager avec les communautés. Lorsqu'ils envisagent, planifient et/ou mettent en œuvre une transition politique vers l'option B/B+ comme stratégie nationale pour éliminer et prévenir la transmission verticale du VIH (ETME) et promouvoir la santé des mères vivant avec le VIH.

Qu'est-ce que l'« engagement communautaire » dans le cadre de l'option B/B+ ?

L'engagement communautaire est le processus par lequel la « communauté » (en particulier les femmes vivant avec le VIH) collabore activement avec les autorités sanitaires, les prestataires de services médicaux aux établissements et dans la communauté, les législateurs, les groupes de plaidoyer et les donateurs, pour élaborer, mettre en œuvre et suivre des soins relatifs au Plan mondial.

La participation des communautés aux discussions de niveau national pour la planification et la mise en œuvre de la transition vers l'option B/B+ signifie que les membres de la communauté deviennent des partenaires clés dans les domaines suivants :

- Augmentation du recours aux services d'ETME grâce à la stimulation de la demande et à la mise en place d'un soutien par les pairs
- Amélioration de la prestation de services d'ETME grâce à la délégation des tâches aux membres de la communauté (agents de santé communautaires, mères mentors, conseillers, non professionnels, etc.)
- Suivi de la qualité des services d'ETME et rendre les prestataires de services comptable
- Création d'un environnement propice au déploiement des services d'ETME grâce à la mise en place d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Qui favorise l'autonomisation des femmes et leurs communautés et l'accès au soin de santé.

Pourquoi les ministères de la santé doivent-ils favoriser l'engagement communautaire lors de la planification et de la mise en œuvre de l'option B/B+ ?

Les communautés doivent comprendre les changements proposés. Pour que tout changement de programme et de politique soit une réussite, les communautés concernées doivent avoir une compréhension claire afin de participer à la prise de décision et à la mise en œuvre des changements proposés.

Les communautés sont les parties prenantes principales d'ETME. Beaucoup d'organismes ou réseaux communautaires participent à la prestation des services d'ETME (ex. les organisations confessionnelles), à la sensibilisation des membres de la communauté aux services d'ETME (ex. les organisations communautaires) et à la prestation de services d'appui (ex. les mères mentors et les groupes de soutien). Elles doivent participer dans la planification et la mise en œuvre de l'option B/B+ parce qu'elles sensibilisent la communauté et fournissent les services d'ETME.

L'engagement communautaire permet la voix des femmes vivant avec le VIH d'être entendue lors de l'élaboration et du suivi des politiques et programmes qui leurs impactent directement. La participation des communautés, en particulier des femmes vivant avec le VIH, à la planification et la mise en œuvre d'une transition vers l'option B/B+ permet aux bénéficiaires de contribuer aux politiques et programmes. Cette approche assure une réponse aux besoins des femmes vivant avec le VIH et favorise l'autonomie des femmes, de l'accès aux services et leur droit à tenir les prestataires responsables pour la qualité.

Le Principe Clé

Veiller à ce que les communautés, en particulier les femmes vivant avec le VIH, participent véritablement tout au long du processus, de la planification, au suivi, et au contrôle. Respecter les obligations vers l'Option B/B+.

7a.2 Les cinq phases de l'engagement communautaire

Phase 1 : planification

Étape 1

Déterminer qui est la « communauté » et qu'il faut pour l'engager dans l'effort.

- Les parties prenantes des programmes de la prévention de la transmission verticale du VIH dans le pays, comme les prestataires de soin dans les établissements de soins et dans la communauté, les organismes communautaires (les femmes vivant avec le VIH, leurs partenaires et familles, organisations confessionnelles, etc).
- Examiner comment on coordonne la riposte nationale d'ETME (ex. Conseil National Consultatif sur le SIDA, Groupe Technique de Travail sur la PTME, mécanisme national de coordination, etc.) et identifier les représentants de la société civile au sein de ces organismes.
- Comprendre le rôle de la société civile dans les efforts actuels de l'ETME, notamment les réseaux des femmes vivant avec le VIH, les mères mentors, les organisations confessionnelles, et les organisations communautaires (ex. créateurs de demande, prestataires de services, militants, bénéficiaires, etc.).
- Après avoir identifié les principaux acteurs communautaires, il faut assurer qu'ils sont bien représentés et impliqués dans les étapes 2 et 3 ci-dessous.

Étape 2

Évaluer l'environnement politique, juridique et programmatique du pays.

- Évaluer les structures actuelles qui soutiennent l'engagement communautaire (Conseil National Consultatif sur le SIDA, Groupe Technique de Travail sur la PTME,

mécanisme national de coordination, etc.).

- Il faut élaborer un mécanisme d'engagement communautaire formel dans le plan pour l'option B/B+, s'il n'y en a pas.

- Consulter les femmes séropositives pour vérifier que le schéma de l'option B/B+ convienne à leurs valeurs, expériences, besoins et priorités.
  - Cette information peut-être disponible, sous forme de rapports d'évaluations nationaux (ex. Index sur la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, rapports « Missing the Target », consultations au niveau national, etc.,).

- Déterminer la perspective des femmes vivant avec VIH, les communautés et les soignants à propos de l'option B/B+.
  - S'il n'y a pas de données, expliquer aux organisations et réseaux des personnes vivant avec le VIH le progrès actuel vers l'option B/B+ et consulter la communauté à propos des questions susmentionnées. Cette évaluation est une bonne occasion de collaboration avec la communauté.

- Cultiver une communication claire avec les groupes communautaires lors du processus (informer les communautés sur quelle étape on est avec un changement de politique envisagé vers l'option B/B+, quels autres changements sont prévus, les avantages/inconvénients, et comment la communauté peut participer). Au minimum, les communautés doivent comprendre l'option B/B+ et la différence entre eux et les schémas thérapeutiques actuels.
- Apres l'information sur les options il faut donner la communauté l'opportunité de partager leurs commentaires et soucis sur l'option B/B+.

Étape 3

Améliorer le niveau et la qualité de la participation communautaire à la transition vers l'option B/B+.

- Si votre pays a opté pour l'option B/B+ et s'apprête à mettre à jour la stratégie nationale, il faut inclure l'engagement communautaire—au minimum pour les activités suivantes :
  - Création et renforcement des services d'appui communautaire (notamment les organismes confessionnelles) afin de soutenir l'observance, le conseil, la nutrition et liens aux services d'appui existants, etc.
  - Formation des agents communautaires (personnes vivant avec le VIH, agent de santé communautaires, mères mentors pairs-éducateurs, etc.) afin de soutenir et faciliter la prestation de services dans les établissements et la communauté pour augmenter la fidélisation au soin.
  - L'information et la sensibilisation des communautés dans les domaines suivants :
    - L'élaboration d'outils EC concernant l'option B/B+ en collaboration avec les agents de santé et les responsables des groupes communautaires et :

- Mobilisation de ressources pour que les groupes communautaires puissent sensibiliser le grand public aux questions répertoriées
  - Renforcement et respect des obligations aux programmes communautaires

- Mettre en place des activités, des contributions, des résultats et des objectifs SMART[b] concernant les activités minimales d'engagement communautaire susmentionnées.
- Préparer et prévoir un budget suffisant pour les activités dans les plans nationaux.
  - Assure que le personnel peut soutenir le partenariat avec la communauté et faciliter/coordonner les activités d'engagement communautaire susmentionnées, si nécessaire.

Phase 2 : mise en œuvre

Mettre en œuvre les étapes 1 à 3 ci-dessus et les plans correspondants, en partenariat avec les communautés, en particulier le réseau des hommes et des femmes vivant avec le VIH, la société civile et toutes les parties prenantes concernées.

Phase 3 : alignement sur la riposte nationale au VIH (intégration/coordination)

Étape 1

En coopération avec les partenariats, il faut assurer que les principes d'engagement communautaires et les activités, sont intégrés dans la riposte nationale au VIH, y compris :

- les plans stratégiques nationaux ;
- la mobilisation de ressources en faveur du VIH, du développement et de l'émancipation économique ;
- les réformes juridiques et politiques ;
- le renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires ;
- l'intégration du VIH dans les travaux sectoriels.

Étape 2

Garantir la coordination, un dialogue constructif et partager l'information concernant les activités d'engagement communautaire entre les partenaires.

[b] Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps

Étape 3

Favoriser et soutenir les partenariats grâce au mécanisme de coordination inclusif bénéficiant de ressources suffisantes. Une révision pour renforcer le mécanisme de coordination actuel peut être nécessaire (Conseil national consultatif sur le SIDA, Groupe technique de travail sur l'ETME, mécanisme national de coordination, etc.), pour faciliter la coordination avec la société civile.

Phase 4 : la collecte continue des données et l'utilisation des données existantes

Étape 1

Assurer une collecte d'information continue à toutes les étapes de la mise en œuvre (élaboration, déploiement, adaptation et amélioration) sous la direction et avec la participation active des communautés, en particulier des femmes vivant avec le VIH.

- Exemple n° 1 : le rapport « Missing the Target » (MTT) 9 a évalué les programmes d'ETME dans dix pays et les actions principales à mettre en place pour atteindre les objectifs définis. L'utilisation de ces données et recommandations peut favoriser la transition programmatique ou politique vers l'option B/B+. On peut utiliser le modèle de MTT, pour évaluer le progrès réalisé vers l'option B/B+ après la mise en œuvre.
- Exemple n° 2 : l'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH peut fournir des indications sur les actions à mettre en oeuvre pour réduire la stigmatisation et la discrimination.

Phase 5 : suivi et évaluation (S&E)

Étape 1

Utiliser les indicateurs d'engagement communautaire appropriés pour l'option B/B+, dans les domaines suivants :

- Créer et renforcer des services d'appui communautaire (notamment des organisations confessionnelles) dans le cadre de l'option B/B+.
- Former les agents communautaires (personnes vivant avec le VIH, agent de santé communautaires, mères mentors pairs-éducateurs, etc.) afin de faciliter la prestation de services d'appui dans les établissements de santé et les communautés et augmenter la fidélisation au soin.
- Favoriser et soutenir l'information et la sensibilisation des communautés dans les

domaines suivants :

- Identification et/ou fourniture d'outils IEC adéquats aux agents et aux groupes communautaires concernant l'option B/B+ ou élaboration de ces matériels avec les responsables des groupes communautaires.
- Mobilisation de ressources et l'organisation des formations permettant aux agents et aux groupes communautaires de sensibiliser le grand public aux questions répertoriées.

- Renforcer et respecter les obligation des programmes communautaires.

Étape 2

Mobiliser assez de ressources (humaines, techniques et financières) pour permettre la mise en œuvre avec un mécanisme de suivi-évaluation de l'engagement communautaire dans le cadre de l'option B/B+.

Étape 3

Veiller à ce que le suivi-évaluation de l'engagement communautaire soient intégrés dans chaque action.

Étape 4

Veiller à ce que les communautés puissent mener et participer dans les activités de S&E.

Ressources

1 Section de la Trousse à outils de l'ETIA traitant les considérations clés pour les programmes des pays (voir la section 1).

2 Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH : un guide d'orientation (2009). Disponible à l'adresse suivante : http://www.gnpplus.net/images/stories/SRHR/090730_srhr_of_plhiv_guidance_package_fr.pdf

3 Guide de bonne pratique : la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) (juin 2010). Disponible à l'adresse suivante : http://www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/GRC/2010_GIPA_Good_Practice_Guide_FR.pdf

4 MTT9: The Long Walk - Ensuring comprehensive care for women and families to end vertical transmission of HIV (Décembre 2011). Disponible à l'adresse suivante (en anglais uniquement) : http://www.itpcglobal.org/atomic-documents/11057/11059/MTT9%20report.pdf

5 Santé positive, dignité et prévention: un cadre d'action (2011). Disponible à l'adresse suivante : http://www.gnpplus.net/images/stories/PHDP/PHDP_Policy_Framework_FR.pdf

7b.1 Contexte

Objectif

Cet outil vise à équiper les organisations de la société civile (OSC) et les réseaux de femmes/personnes vivant avec le VIH, avec l'es informations nécessaires pour s'engager activement aux discussions nationales, surtout l'offre du TAR aux femmes enceintes, jusqu'à la fin de l'allaitement (Option B) ou à vie (Option B+). Les questions ci-dessous sont des exemples pour lesquelles les OSC et les réseaux doivent demander aux Ministères de la Santé de répondre lors des étapes de la mise en œuvre d'un nouveau schéma pour prévenir la transmission verticale, et maintenir les mères en vie et en bonne santé.

Audience

Cet outil est pour les membres des OSC et des réseaux de femmes/personnes vivant avec le VIH y compris les groupes communautaires (mères mentors, agent sanitaires, pairs-conseillers, etc.), les organisations confessionnelles, les activistes pour le traitement, les groupes des jeunes et d'autres groupes hors du gouvernement, et les défenseur des droits et santé des femmes, des enfants et des familles.

Le Groupe de travail sur l'engagement communautaire de l'Équipe Inter Agences—sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants—a élaboré cet outil afin d'assurer l'engagement de la communauté, surtout les femmes vivant avec le VIH, en âge de procréation, à toutes les étapes de la transition vers l'option B/B+. L'outil assure plutôt, que les opinions et les préoccupations des OSC et les réseaux de femmes/personnes vivant avec le VIH soient pris en considération dès la planification, mise en œuvre et le monitoring de la prestation de service. Afin de prévenir la transmission verticale du VIH au niveau national.

Options de PTME

Tableau 1 : Quelle est la différence entre l'Options A, B et B+ ?

	CD4 >350 CELL/MM^3	CD4 <350 CELL/MM^3	ENFANT
OPTION A	Pendant la grossesse : AZT dès la 14e semaine Pendant l'accouchement : dose Unique de NVP et première dose d'AZT/3TC Post-partum: AZT/3TC fois 7 jours	Trois ARV dès le diagnostic et poursuivis à vie	NVP dès la naissance à 7 jours après l'arrêt de l'allaitement. Ou jusqu'à 4 –6 semaines si la mère est sous traitement ou n'allaite pas.
OPTION B	Trois ARV dès la 14e semaine ; poursuivis jusqu'à la naissance de l'enfant—sans allaitement maternel ou jusqu'à 7 jours après l'arrêt de l'allaitement		NVP ou AZT dès la naissance jusqu'à l'âge de 4 -6 semaines quelle que soit la méthode d'alimentation de l'enfant
OPTION B+	Trois ARVs dès le diagnostic et poursuivi à vie		

Tableau 2 : Quels sont les avantages et les inconvénients potentiellement de l'options B et B+ ?

	AVANTAGES POTENTIELS DE L'OPTION B+	INCONVÉNIENTS POTENTIELS DE L'OPTION B
POUR LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH	Meilleure accès au traitement, car : • les femmes ne doivent pas attendre pour un test CD4 avant le traitement • les centres de soins primaires peuvent initier le traitement réduisant la distance de voyage pour recevoir le traitement. Les femmes continuent le même traitement pendant la grossesse et le post-partum (contraire à l'option A). Les trois ARV lors d'allaitement peuvent inciter un prolongement d'allaitement avec meilleure santé des enfants, réduisant la stigmatisation, la discrimination et les dépenses sur les produits d'alimentation de substitution pour l'enfant.	Résistance potentielle aux ARVs du à l'arrête et à la reprise après l'allaitement, qui peut limiter le choix du traitement ultérieur. Un compte CD4 est requis après la naissance ou l'allaitement (quand le risque de la transmission verticale se termine) pour décider si la femme poursuivra le TAR pour sa propre santé.
POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LES AUTRES PRESTATAIRES DE SOINS	Le même schéma pour toutes les femmes simplifie le traitement	Plus coûteuse que l'option A. Les femmes vivant avec le VIH ne s'engagent pas aux décisions communautaires de l'option B, au niveau national.

AVANTAGES POTENTIELS DE L'OPTION B+	INCONVÉNIENTS POTENTIELS DE L'OPTION B+	
Meilleure accès au traitement, car : • les femmes ne doivent pas attendre pour un test CD4 avant le traitement • les centres de soins primaires peuvent initier le traitement. Ce qui réduit la distance pour recevoir le traitement. Les femmes peuvent vivre plus longtemps en meilleure santé grâce à un traitement précoce. Réduit le risque de transmission au(x) partenaire(s) VIH-négatif(s). Peut réduire le risque de développer la résistance aux ARV. Du à « arrêter et reprendre » le TAR après chaque grossesse. Meilleure protection dès la conception des grossesses suivantes. Important dans les régions où les intervalles entre grossesse sont courts.	L'assurance que les femmes peuvent prendre des décisions éclairée sur le l'initiation de traitement à vie. Préocupation que les choix des femmes ne soient pas respectés, leur droit de refuser le TAR pendant la grossesse, ou comme traitement à vie. Manque d'informations, y compris des outils d'alphabétisation et des messages pour le counseling, qui limite la capacité de prendre des décisions éclairée sur l'initiation du TAR à vie et pendant la grossesse. Les services de support psychosocial et nutritionnel sont insuffisants pour soutenir les femmes, face au diagnostic, et pour qu'elles puissent se fidéliser au traitement, aux soins et aux centres de santé.	**POUR LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH**
Simplifie le traitement, car : • les femmes reçoivent le même schéma quel que soit leur compte CD4 ; • les femmes ne changent pas de schéma entre grossesse/post-partum (contraire à l'option A) ; Les médecins ne sont pas requis, pour décider si on doit terminer le TAR à la fin du risque, de la transmission verticale (comme l'Option B).	Pérennité de l'option B+ : la capacité des pays de s'approvisionner avec ARVs et prévenir la transmission verticale du VIH, (pour TAR avec l'option B+). Un concerne particulièrement problématique aux pays qui connaissent des ruptures de stocks régulières. Mal-observance du TAR et/ou perte au suivi, post-partum peuvent entraîner une résistance généralisée aux ARV. Problème avec l'équité d'offrir du traitement a vie pour les femmes enceintes aux taux de CD4 élevé et pas aux groupes de population (ex. pères, femmes sans grossesse). Les femmes vivant avec le VIH et leurs communautés participent relativement peu, aux décisions liées avec l'option B+ au niveau national. Le MS doit réaliser plusieurs investissements dans le domaine des ressources humaines, des infrastructures et de la gestion de la chaîne logistique pour déployer des services effectifs de TAR à chaque site qui propose les soins prénataux. Des politiques et procédures doivent être élaborées pour les infirmiers à initier et prescrire le TAR avec efficace.	**POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LES AUTRES PRESTATAIRES DE SOINS**

7b.2 Quelles sont les questions que les OSC et les réseaux des femmes/personnes vivant avec le VIH doivent-ils se poser ?

Participation des OSC et des réseaux de femmes/personnes vivant avec le VIH

Les OSC et les réseaux de femmes/personnes vivant avec le VIH doivent participer à la planification, la mise en œuvre et le suivi de l'option B/B+ afin d'informer les politiques et les programmes. La participation des OSC et le réseau des femmes/personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration des matériels d'information et des outils de collecte de données, et l'analyse des données, issues des programmes nationaux, permettra une meilleure compréhension des problèmes et assurera que les services répondent aux besoins des femmes.

- Comment les femmes vivant avec le VIH et les organisations communautaires participeront-elles à la planification, mise en œuvre, suivi et à l'évaluation de l'option B/B+ ?
- Comment les personnes vivant avec le VIH et les OSC participeront-ils à la prestation des services qui préviennent la transmission verticale du VIH (mères mentors, etc.) ?
- Quels seront les messages à transmettre aux communautés à propos de l'option B/B+ ? Comment ces messages seront-ils élaborés et disséminés ?

- Quels sont les plans de mobilisation des ressources en place pour garantir le financement adéquat et durable des programmes de prévention de la transmission verticale du VIH ?

Services de conseil et de soutient

Il faut faciliter la prestation de services de counseling et d'appui pour les femmes vivant avec le VIH. Elles doivent prendre des décisions éclairées concernant l'initiation du TAR (quand, si elle veut et pour combien de temps) Il faut des services d'appui pour motiver la fidélisation au traitement et aux soins pour que les femmes puissent prévenir la transmission du VIH aux partenaires et aux enfants. Hors des centres de santé il faut des structures communautaires pour faire face aux problèmes tels que la stigmatisation, la discrimination, la divulgation du statut sérologique, la participation des hommes, et la violence sexiste.

Au niveau individuel :

- Comment est-ce qu'on conduit le conseil sur l'option B/B+ aux femmes ? (Quels sont les messages ? et qui fournit le conseil?)
- Comment les femmes sont-elles soutenues et infromées pour comprendre leurs choix en ce qui concerne l'initiation du TAR à vie pendant la grossesse (ex. l'option B+) ? De quel soutien bénéficient-elles si elles refusent le traitement à vie, suite au conseil ?
- Quels seront les services de conseils et d'appui proposés aux femmes pour qu'elles puissent se adhérer au traitement et soin au centre de santé (conseil sur l'observance, programmes alimentaires, etc.) ?

Au niveau communautaire :

- Le gouvernement—quels sont les plans et stratégies que le gouvernement utilise-pour augmenter la participation des hommes aux programmes de santé maternelle et infantile, et la fidélisation aux services qui préviennent la transmission verticale du VIH ?
- Quelles sont les stratégies en place contre la violence basée sur le genre liée au diagnostic et au traitement du VIH et pour soutenir les femmes qui en sont victimes ?
- Quelles sont les stratégies en place pour réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH au centre de santé et dans la communauté ?

Prestation de services de qualité

Des mesures pour que les femmes vivant avec le VIH puissent bénéficier des services de qualité et prévenir la transmission verticale sont requises. Il faut tenir le gouvernement et les prestataires de soin, responsables de la qualité des services. Ainsi, des mécanismes pour que la communauté puisse s'exprimer sur l'accès au service du traitement du VIH et d'appui la qualité de tests et services de VIH et la réalisation des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, sont nécessaires. Assurer cette qualité sera difficile aux centres de soin qui proposent des services de soin prénatal sans les TAR. Bien qu'ils soient proches des communautés ces établissements sont souvent confrontés à des problèmes en termes d'infrastructure et de ressources humaines (manque d'eau, d'électricité, de moyen de transport et de personnel qualifié). Il faut examiner et intégrer les recommandations de la communauté dans le processus décisionnel au niveau national.

- Comment Le gouvernement s'assurera-t-il que le nombre de personnel qualifié suffit pour mettre en œuvre l'option B/B+ (formation des prestataires de soins, plans de délégation des tâches, etc.) ?
- Quelles sont les mesures prévues pour garantir la qualité du dépistage du VIH et le diagnostic correct des femmes dans les centres de soins prénataux ?
- Quel est le schéma de traitement antirétroviral envisagé ? Utilisera-t-on le même schéma thérapeutique pour prévenir la transmission verticale de VIH, et pour le traitement antirétroviral de première intention, pour ne pas changer le traitement post-partum ?
- Que-fait le gouvernement—pour assurer un accès universel aux TAR pour les femmes enceintes, et les autres personnes vivant avec le VIH, éligibles au TAR, dans le cadre des directives actuelles (est le financement suffisant pour l'approvisionnement en médicaments, résolution des défaillances de la chaîne d'approvisionnement, etc.) ? Quelles sont les mesures mises en place pour mettre à l'échelle les services de TAR aux cliniques et/ou centres de soins primaires qui ne proposent pas encore ces services ?
- Quelles sont les plans pour suivre l'évolution de la résistance aux médicaments ?
- Le gouvernement—comment garantira-t-il une quantité suffisante de traitements de deuxième et de troisième intention ?
- Quels systèmes de référence et/ou de suivi entre les programmes de SMNI et de TAR donnent aux femmes l'accès aux TARs après l'accouchement ? (Cette question semble moins problématique aux centres de soins primaires, ou cliniques où le même prestataire assure à la fois les soins prénatals et le TAR).
- Quels seront les services et messages sur l'alimentation du nourrisson, offert aux femmes après l'accouchement ? Comment seront-ils différents des messages pour les femmes sous TAR ?

- Quelles sont les mesures prévues pour assurer le même niveau d'attention et d'investissement en faveur de la prévention primaire (volet 1) et de la planification familiale (volet 2) ?
- Comment Le gouvernement et les prestataires des soins garantiront-ils la protection des droits et des choix en matière de santé sexuelle et reproductive dans le cadre des programmes de planification familiale et de la prévention de la transmission verticale du VIH ? Les cliniques et/ou centres de soins primaires proposeront ils des produits de planification familiale et disposeront ils d'un personnel qualifié ?
- Quels sont les indicateurs d'engagement communautaire pour suivre: (1) l'augmentation de la demande ; (2) la prestation de services ; (3) la responsabilité; (4) la réussite/l'échec des efforts d'engager des communautés ?

www.emtct-iatt.org

World Health Organization

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

unicef