

**RAPPORT DE LA REVUE CONJOINTE DE  
LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION  
DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)**

***NOVEMBRE 2006***

# **SOMMAIRE**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**RESUME**

**1. INTRODUCTION**

**2. OBJECTIFS**

**3. METHODOLOGIE**

**4. RESULTATS**

**5. RECOMMANDATIONS**

**6. CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

## RESUME

Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a été initié au Togo en Mai 2002 à travers une expérience pilote dans le district sanitaire de Zio. Cette initiative qui s'est greffée sur l'offre des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) a été concluante. C'est sur cette base que le programme a été étendu 34 sites répartis sur toute l'étendue du territoire national.

Après quatre années de mise en œuvre de ce programme, il est apparu nécessaire de marquer une pause pour apprécier les mécanismes d'exécution de la PTME ( la formation du personnel,

l'accès au conseil et au dépistage volontaire, l'accès aux médicaments antiretroviraux (ARV) et contre les infections opportunistes pour les femmes enceintes, leurs enfants et leurs conjoints, la promotion d'une alimentation sans risque chez le nourrisson et la communication.), la qualité des résultats obtenus depuis 2002 et de retenir les leçons utiles pour l'amélioration des performances pour les années à venir.

La revue a permis de mesurer les progrès réalisés et d'identifier les lacunes dans les domaines suivants :

- Engagement national, partenariat, cadre institutionnel et management
- Formation des prestataires, organisation des services et Approvisionnement et stockage des intrants
- Alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH/SIDA
- Communication et mobilisation communautaire
- Suivi/Supervision/Evaluation

Pour y parvenir la démarche a consisté en :

- ✓ une revue documentaire
- ✓ des interviews individuelles des prestataires, des bénéficiaires et des partenaires à l'aide des questionnaires préétablis,
- ✓ des entretiens en focus groups avec les hommes et les femmes

6 sites PTME ont constitués l'échantillon sur la base des critères suivants :

- ✓ Avoir au moins une année d'expérience d'activité,
- ✓ Environnement urbain et périurbain,
- ✓ Représentation de tous les partenaires intervenants en PTME.

Il s'agit de :

- ✓ Hôpital Bè,
- ✓ CHR et PMI Tsévié,
- ✓ Hôpital Kantè,
- ✓ CMS Anié,

- ✓ PMI et CHR Dapaong,
- ✓ CMS Cinkassé.

Les principaux résultats de la revue se présentent comme suit:

### Points forts

- La prévention de la TME du VIH a été pris en compte dans le cadre stratégique national 2001-2005 et 2007-2011
- Le ministère de la santé en assure la responsabilité de la mise en œuvre à travers le PNLIS/IST. A cet effet un médecin a été désigné pour s'occuper en temps plein de ce programme
- 374 prestataires ont été formés en PTME, 104 ont bénéficié d'un recyclage, 98 techniciens de laboratoire ont été formés pour le dépistage du VIH et 22 ont bénéficié d'un recyclage et 100 relais communautaires ont vu leurs compétences renforcées en PTME
- 32 sites ont été équipés, approvisionnés en réactifs, médicaments et consommables sur 871 formations sanitaires qui peuvent offrir les prestations de PTME en 2005 soit un pourcentage de 3,6%
- 17516 ont été conseillers sur la PTME sur 286 660 attendus dans le pays en 2005 soit un taux de 6,1%
- 314 femmes enceintes séropositives ont accouchée sous Névirapine sur 409 femmes séropositives ayant accouchées soit 76,7%
- 41 enfants ont été testés à 18 mois d'âge sur 172 (50%des enfants de 2002 à 2004) enfants attendus en 2005 soit 23,8 %
- **X femmes et Y** enfants ont bénéficié de la mise sous traitement ARV
- Les protocoles d'alimentation des nourrissons de mères séropositives sont pris en compte dans le manuel de formation en PTME, rendant ainsi la formation des prestataires unique en 6 jours.
- La communication et la mobilisation communautaire en faveur du programme se font à travers les sensibilisations de masse et ciblées.
- Des documents normatifs tels que les manuels de formation, le guide de PTME, le document de politique, normes et directives et les outils de gestion du programme sont élaborés et disponibles dans les sites.

### Points à améliorer

- Le médecin en charge de la PTME seul est insuffisant en tant que personnel pour la coordination des activités du programme sur l'étendu du territoire national surtout dans le cadre de son passage à échelle.
- L'insuffisance des matériels informatiques et du parc automobile pour la supervision des activités.
- L'insuffisance de la qualité dans le conseil- dépistage volontaire, dans le suivi des mères séropositives et de leurs enfants
- L'insuffisance dans l'opérationnalité des mécanismes de référence et de contre référence

**Les principales recommandations :**

- Elaborer un plan de passage à échelle budgétisé du programme de PTME
- Renforcer l'unité PTME en ressources humaines matériels et logistiques roulant afin de lui permettre d'améliorer la coordination nationale,
- Identifier des stratégies devant rendre plus efficace la gestion des services de PTME au niveau décentralisé,
- Rendre accessible géographiquement et financièrement les ARV et les molécules contre les infections opportunistes à tous PVVIH en général et les femmes et les enfants en particulier
- Renforcer les actions de sensibilisation de masse et de proximité des communautés et surtout des hommes
- Mettre en place un système unique d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, réactifs et consommables en utilisant la CAMEG
- Subventionner les substituts de lait maternel pour les femmes séropositives,
- Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la PTME.
- Redynamiser le groupe thématique PTME pour une amélioration du niveau d'échange, une mobilisation soutenue des partenaires et acteurs
- Prévoir une marge de budget pour des interventions nationales en dehors des zones d'exécution habituelles
- Appuyer financièrement et techniquement la mise en œuvre de la PTME

## ABREVIATIONS

AA	: Alimentation Artificielle
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
APS	: Agent de Promotion Sociale
ARV	: Antirétroviral
AS-SR	: Analyse de la situation- Santé de la Reproduction
BM	: Banque Mondiale
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CCD	: Centre de Conseils et de Documentation
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHP	: Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMS	: Centre Médico-social
CNAO	: Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNR-VIH	: Centre National de Référence pour les tests de VIH
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	: Consultation Périnatale
CPC	: Contrôle et Promotion de la Croissance
COSAN	: Comité de Santé
CSL	: Comité de Suivi Local
DGS	: Direction Générale de la Santé
DPS	: Direction Préfectorale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSF	: Division de la Santé Familiale
EDST	: Enquête Démographique et de Santé du Togo
ETM	: Equipe Technique de Mise en Œuvre
EVT	: Espoir Vie Togo
GTZ	: Coopération Technique Allemande
HP	: Hôpital de Préfecture
IB	: Initiative de Bamako
IO	: Infection Opportuniste
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MS	: Ministère de la Santé
NB	: Numération Blanche
IEC	: Information Education Communication
INH	: Institut National d'Hygiène
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEC	: Prise en Charge
PF	: Planification Familiale
PIC	: Programme Intégré de Communication
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	: Population Service International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PNLT	: Programme Nationale de Lutte contre la Tuberculose
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida

PVVIH : Personne vivant avec le VIH  
SFPS : Santé Familiale et Prévention du SIDA  
SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficiencie Acquis  
SNIS : Système National d'information Sanitaire  
SNIEC : Service National d'Information Education Communication  
SNSJA : Service National de la Santé des Jeunes et Adolescents  
SR : Santé de la Reproduction  
SSP : Soins de Santé Primaire  
UE : Union Européenne  
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population  
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  
USP : Unité de Soins Périphérique  
VIH : Virus de l'immunodéficiencie Humaine

# **I - INTRODUCTION**

## 1. Données générales

1.1. Données géographiques et administratives : le Togo est un pays de l'Afrique de l'ouest, limité à l'est par la République du Bénin, à l'ouest par la République du Ghana, au nord par la République du Burkina Faso et au sud par l'Océan Atlantique avec une superficie de 56.600 Km<sup>2</sup>. Sur le plan administratif, le pays est divisé en cinq régions (*région Maritime, région des Plateaux, région Centrale, région de la Kara et région des Savanes*) subdivisée en 30 préfectures et 4 sous-préfectures.

1.2. Données démographiques : la population togolaise est estimée à 5 212 000 habitants en 2005 avec une densité moyenne de 90 habitants au Km<sup>2</sup>. Les femmes âgées de 15 à 24 sont estimées à 532 940 avec un taux de fécondité de 5,08 (AS/SR 2003). La répartition de la population est très inégale sur le territoire national : la région maritime couvre seulement 11% de la superficie et regroupe plus de 40% de la population. Avec une densité moyenne de 300 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette forte densité s'explique en grande partie par l'importance de la population de la capitale et de ses agglomérations (921 000 habitants).

1.4. Données économiques : plus de la moitié de la population active du Togo travaille dans le secteur primaire. Le Togo est un pays essentiellement agricole : la contribution de l'agriculture dans le produit intérieur brut (PIB) était de 40% en 1997. En plus des cultures vivrières traditionnelles, le Togo produit du coton, du café et du cacao voués essentiellement à l'exportation.

1.5. Données socio-culturelles : la polygamie est autorisée au Togo selon le code des personnes et de la famille : environ 54% des femmes mariées au Togo sont dans une union polygame; l'âge au premier mariage est de 20 ans pour l'homme et de 17 ans pour la femme et le mariage précoce est très fréquent en zone rurale. On relève aussi la persistance de certaines pratiques rituelles, facteurs de propagation du VIH sont signalées par des recherches en sciences sociales, notamment le sororat, le lévirat, l'excision, la circoncision et les scarifications rituelles.

## 2. Données sanitaires

### 2.1. Organisation du système de santé

L'organisation actuelle du système national de santé découle des décrets n°90/158/PR du 2 octobre 1990 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé. Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- a) la base de la pyramide représente le niveau périphérique, correspondant aux 35 districts sanitaires, avec leurs infrastructures sanitaires qui sont : les Directions préfectorales de la Santé ou de District Sanitaire, les hôpitaux de préfecture, les unités de soins périphériques et les structures de santé communautaires ; il est chargé de la mise en œuvre des interventions de santé visant à atteindre les objectifs de la politique sanitaire. Le district sanitaire constitue l'entité opérationnelle du système de santé ;  
Sur les 1244 formations sanitaires (Ministère de la santé 2003) que compte le pays, 871 peuvent être éligibles pour offrir les services de PTME (3 CHU, 6 CHR, 26 CHP, 104 CMS, 436 dispensaires, 38 PMI, 7 hôpitaux privés confessionnels, 7 CMS privés, 8 dispensaires privés et 7 PMI privés.  
Le taux de couverture en PTME est de 3,90.
- a) le milieu de la pyramide représente le niveau intermédiaire, correspondant aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional ; il est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé et d'assurer l'appui technique et logistique aux districts sanitaires.

- b) le sommet de la pyramide représente le niveau central ou national, correspond au Ministère de la Santé, à la Direction Générale de la Santé avec ses Directions centrales et leurs Divisions et services, ainsi que les spécificités à intérêt national (CHU, INH, CNAO, CNTS et les écoles de formation en santé ...). Il est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays. Il fixe les normes et standards relatifs au développement sanitaire.

## **2.2. Financement du secteur de santé**

On observe une baisse des allocations budgétaires en faveur du Ministère de la Santé depuis près d'une décennie due à une situation socio économique précaire: en effet, elles sont passées de 10,2% en 1998 à 5,2% en 2003.

Hormis les subventions de l'Etat, le système sanitaire bénéficie du financement communautaire et des appuis des partenaires. En 2003, la participation communautaire par rapport au budget affecté par l'Etat était de 37%. (Source, Ministère de la Santé et PNDS).

## **2.3. Quelques indicateurs de santé**

### **2.3.1. L'accès aux services de santé**

- a) la couverture en soins de santé primaires: elle est estimée à 60% en 2004 selon le rapport de l'UNICEF. Malgré la création des comités de santé devant susciter une plus grande mobilisation autour des problèmes de santé dans le cadre de la généralisation de l'Initiative de Bamako (IB), les activités promotionnelles sont peu développées dans les formations sanitaires.
- b) les accouchements assistés: le pourcentage des accouchements assistés par des personnels de santé qualifié était de 51 % en 1998 (EDSTII) et de 61 % en 2003 (AS-SR).
- c) la couverture en CPN: en 2005 elle était de 46,88% et l'indice de suivi des femmes enceintes à la CPN est de 0,88%(Rapport annuel du MS 2005).
- d) les services de santé de la reproduction: les services de Santé de la Reproduction sont offerts à tous les niveaux du système de soins. Cependant les activités de prestations de service en planification familiale ne sont dispensées que dans 384 sur 539 formations sanitaires en 2002 soit 71%.

On constate que la fréquentation des formations sanitaires décroît chaque année. En effet, le taux de fréquentation qui était estimé à 63% en 1990 était passé à 40% en 1994 et à 24% en 2001. Cette évolution dégressive de la fréquentation des services publics résulterait d'une part de la faiblesse de l'offre de service, de la qualité des prestations et d'autre part de leur coût élevé pour les utilisateurs.

### **2.3.2. Les indicateurs de santé**

- Taux de natalité (pour 1000) de 37,9 ( Division de la population des Nations Unies 2004)
- Taux de mortalité maternel (pour 100 000) de 570 ( Santé dans le monde, Rapport 2004, OMS)
- Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000) de 141(Santé dans le monde, Rapport 2004, OMS)

Les causes de mortalité infantile et infanto -juvénile, sont essentiellement liées aux maladies transmissibles de l'enfance, à la malnutrition/carences en micro -nutriments, à l'épidémie du VIH/SIDA et ses conséquences, ainsi qu'à tous les problèmes liés à la maltraitance des enfants, y compris leur trafic.

### **3. Situation du VIH/SIDA au Togo**

#### **3.1. Données épidémiologiques**

- a) -La prévalence du VIH dans la population générale : est estimé à 3,2% en 2005
  - Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2005 est estimé à 110 000, avec 100 000 d'adultes de 15 ans et plus vivants.
  - Les femmes de 15 ans et plus sont estimées à 61 000 et les enfants de 0 à 14 ans à 9700 ( Estimation moyenne ONUSIDA 2005)
- b) La prévalence du VIH dans les sites sentinelles en 2004 était en moyenne de 4,6% avec un pic de 9,1% dans la capitale

#### **Données programmatiques**

- a) 1110 femmes séropositives et 487 enfants ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole en 2006 et le traitement ARV administré à 106 femmes et XXX enfants
- b) Les services de prévention sont offerts à travers le dépistage volontaire, la promotion des préservatifs, la prophylaxie ARV, l'alimentation et la sensibilisation des communautés

#### **3.2. Organisation de la riposte à l'épidémie**

Face à la situation alarmante de l'infection à VIH et ses répercussions socio-économiques, la réponse tant gouvernementale que communautaire s'est traduite par :

- a) La mise en place d'un conseil national de lutte contre le VIH/SIDA avec un Secrétariat Permanent en charge de la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale multisectorielle de la lutte contre la pandémie du VIH
- b) La constitution des comités régionaux et préfectoraux de lutte contre le SIDA qui assurent dans leur zone respective la mise en œuvre du plan stratégique national.
- c) La mise en place d'un Programme National de Lutte contre le SIDA qui représente le département du ministère de la santé chargée de la prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH

### **4. Informations générales sur la PTME au Togo**

- a) La PTME a commencé au Togo en Mai 2002 avec une expérience pilote dans un site, rapidement nous sommes passés à 34 fonctionnels en 2006. chacune des 6 régions sanitaires dispose au moins d'un site PTME
- b) Afin de faciliter l'appréciation des interventions du programme, les indicateurs suivants ont été retenus :
  - Nombre de femmes enceintes reçues en conseil pré-test
  - Pourcentage de femmes dépistées au VIH
  - Nombre de femmes séropositives
  - Nombre de femmes séropositives ayant reçu la Névirapine
  - Pourcentage de femmes séropositives accouchées avec prise de Névirapine
  - Pourcentage d'enfants ayant reçu la Névirapine
  - Pourcentage d'enfants dépistés séronégatifs à partir de 18 mois d'âge

- Nombre d'enfants séropositifs sous ARV
  - Nombre de femmes séropositifs sous ARV
- c) Les interventions de la PTME en dehors des Ressources de l'Etat, ont bénéficié de l'appui des partenaires tels UNICEF, OMS, PNUD, AWARE/HIV, Plan-Togo et GTZ.

## **II - OBJECTIFS**

## **1. Introduction**

Dans le souci de permettre à toutes les femmes enceintes, à leurs enfants et à leurs partenaires d'avoir accès à la PTME, il s'avère indispensable de passer à l'échelle les interventions de ce programme. Ce passage à échelle de la PTME sur le plan national, nécessite une revue de ses interventions afin de nous permettre d'évaluer le travail accompli depuis le démarrage et de combler les insuffisances.

### **1. Objectif général**

Procéder à une analyse du processus de PTME depuis son démarrage en 2002 jusqu'en 2006, en vue de disposer des éléments d'orientations pour l'élaboration d'un plan d'action national dans la perspective de renforcement de son efficacité et de son efficience.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Apprécier l'engagement national, le partenariat, le management et le cadre institutionnel du programme;
- Faire une évaluation de la formation des prestataires, de l'organisation des services et du circuit d'approvisionnement et la distribution des intrants;
- Examiner les deux options d'alimentation du nouveau-né de mère séropositive en vigueur;
- Apprécier la qualité des prestations de conseil offertes dans les sites;
- Faire la situation des actions de communication et de mobilisation communautaire;
- Évaluer le système de suivi/supervision /évaluation de la PTME

Les leçons tirées à travers les forces et faiblesses nous permettrons de formuler les recommandations et d'identifier les défis à relevés afin de faciliter le passage à échelle de la PTME.

## **III - METHODOLOGIE**

La revue s'est déroulée en trois phases :

- Une phase préparatoire et d'élaboration des outils ,
- Une phase de collecte des données et d'analyse des résultats,
- Une phase de validation des résultats.

Ces différentes phases ont vu la participation des personnes ressources du PNLS, CNLS, PNLN, PNLT, DSF, ONG et de tous les partenaires

## **1. Phase préparatoire et d'élaboration des outils**

- a) Mise en place d'une équipe de pilotage ou de coordination de la revue composée du PNLS, CNLS, DSF, SNIEC, ONG, UNICEF, OMS. Cette équipe a pour attributions : D'affiner les termes de références, le calendrier de la revue et veiller à l'exécution des différentes phases à savoir la phase préparatoire, de pré-test et de validation des outils de collecte, phase de collecte, d'analyse et de rédaction de rapport, atelier de consensus, l'élaboration du rapport final de la revue:
- b) L'élaboration des outils a été faite par une consultante nationale. Et les thèmes des outils ont été retenus par rapport à la gestion du programme et aux services offerts. Il s'agit de :
  - Engagement national, partenariat, management et cadre institutionnel;
  - Formation, Conseil et dépistage volontaire, Organisation des services de PTME, Assurance qualité et satisfaction du client, approvisionnement, stockage et distribution des intrants;
  - Alimentation du nourrisson de mère séropositive;
  - Communication, mobilisation communautaire et focus group hommes et femmes
  - Suivi/supervision/évaluation
- c) Du fait des ressources limitées, et de la non disponibilité des personnes ressources, Il a été convenu de sélectionner les sites par choix raisonné en prenant en compte les critères suivants :
  - Avoir au moins une année d'expérience d'activité,
  - Environnement urbain et périurbain,
  - Représentation de tous les partenaires intervenants en PTME.

La prise en compte de ses 3 critères nous a permis de retenir 6 sites qui sont représentatifs des 34 disponibles il s'agit de: l'Hôpital de Bè, CHR et PMI de Tsévié, l'Hôpital de Kantè, CMS Anié, PMI et CHR de Dapaong, CMS de Cinkassé.

## **2. Phase de collecte des données et d'analyse des résultats**

### **5.2. La collecte des données**

Elle s'est déroulée du 04 au 07 Septembre soit 4 jours et a couvert les 6 sites sélectionnés. Au total il était constitué 6 équipes de 3 personnes; 5 équipes ont travaillé sur 9 thèmes; 1 équipe a travaillé sur tous les thèmes.

Elle a consisté en des interviews, une revue documentaire (registres de CPN, de laboratoire, d'accouchement, de pédiatrie, dossiers des femmes séropositives, dossiers de suivi des enfants, fiches de rapport mensuel PTME, fiches de rapport des médicaments) et des entretiens de groupe.

Les équipes de revue ont rencontré:

- a) au niveau central
  - Les représentants des institutions nationales : le PNLS/IST, le Secrétariat Permanent du CNLS, la DSF;
  - Les représentants des partenaires au développement : UE, CF, GTZ, OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, PSI, CARE international, PNUD;
  - Les représentants des ONG : EVT
- a) au niveau périphérique :
  - point focal PTME des sites, responsables des sites, et d' EVT,
  - prestataires, femmes enceintes séropositives /partenaires des femmes enceintes séropositives, hommes, femmes.

## **5.2. Taille de l'échantillon :**

- 12 prestataires,
- 08 responsables des sites,
- 08 points focaux PTME des sites,
- 01 chargé national de la PTME,
- 60 clientes/clients,
- 15 partenaires,
- 60 hommes et 60 femmes pour les focus groups.

## **6. Saisie des données, dépouillement confection des tableaux et graphique**

Les logiciels utilisés dans le traitement des données sont : EPI-INFO 2000 et MICROSOFT EXCEL

- Le masque de saisie a été élaboré en 10 jours,
- La saisie des données a été effectuée par 3 agents de saisie en 5 jours, sous le regard d'un superviseur, au total 227 questionnaires ont été saisis,
- Le tri à plat des données a permis de dégager 5 tableaux et 4 graphiques d'analyse.

## **7. Analyse des données, rédaction du rapport de la revue**

L'analyse des résultats s'est déroulée en 4 jours et à réuni 23 personnes ressources de la partie nationale et des partenaires du système des nations. Les travaux se sont déroulés en 4 groupes de travail avec une répartition des thèmes de la revue.

- L'analyse informatique : Les tableaux des indicateurs identifiés ont été produits par le logiciel EPI-INFO 2000,
- La rédaction du rapport,
- Une équipe de 12 personnes ressources ( voire liste en annexe) a travaillé,
- pendant 3 jours pour rédiger le rapport et procéder à une lecture collective du document,

La mise en forme du rapport est effectuée par le secrétariat du PNLS.

## **8. Atelier de validation et de finalisation du rapport de la revue**

Les prochaines étapes sont:

- la validation et la finalisation du document par les partenaires et les décideurs.
- Le suivi de l'implémentation des recommandations

## **IV - RESULTATS**

La revue à concerner les points clés suivants de notre programme :

- Engagement national, partenariat et management, cadre institutionnel ;
- Formation des prestataires, organisation des services, conseil dépistage volontaire et approvisionnement, stockage et distribution des intrants
- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le cadre du VIH ;
- Communication ;
- Suivi/ Supervision/Evaluation ;

## **1. Engagement national, cadre institutionnel, partenariat et management**

### **1.1. L'engagement national** : a été matérialisé par :

- la mise en place d'un organe national multisectoriel de coordination et de gestion du VIH (le Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST) ;
- la prise en compte de la stratégie de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA.
- La mise en place de 34 sites PTME fonctionnels, reparti sur l'étendu du territoire national
- La mise en place d'une unité de PTME au niveau du département du ministère de la santé en charge de la lutte contre le VIH/SIDA
- L'élaboration des documents de politique -normes et directives, formation, guide et de supervision.

### **1.2. Le cadre institutionnel et management du programme**

- Le cadre institutionnel de la PTME est constitué au niveau central du comité de pilotage et de l'équipe technique de suivi de la mise en œuvre de la PTME et au niveau des sites du comité de suivi local. Le programme s'appuie sur les équipes cadres de région au niveau régional et de district au niveau district;
- Le comité de pilotage décide des directives et politiques adoptés, le comité de suivi de la mise en œuvre coordonne les activités des centres et le comité de suivi local coordonne les activités du centre. Toutes ces structures sont interdépendantes et fonctionnent en respectant la hiérarchie ;
- L'équipe nationale de gestion de la PTME est composée d'un médecin généraliste et d'une sage-femme d'Etat de santé publique. Cette équipe représente l'unité PTME du PNLIS qui est sous la responsabilité du coordonnateur du PNLIS/IST ;
- La gestion du programme PTME est sous la responsabilité du médecin chargé de la planification, du suivi, du monitoring, et de l'évaluation. La sage-femme appuie le reportage et le suivi de la mise en œuvre de la PTME ;

### **1.3 Le partenariat**

- Le nombre de partenaires intervenant en matière de PTME est passé de 1 en 2002 à 4 en 2006. Le programme dispose à ce jour l'appui de l'UNICEF, l'OMS, AWARE/HIV, Plan -Togo et le Fonds Mondial.
- L'appui des partenaires est aussi bien technique que financier;

### Points à améliorer

- ⇒ Il existe un engagement national qui peut être renforcé en augmentant le budget accordé à la lutte contre le VIH en général et en accordant un budget spécifique à la PTME.
- ⇒ Le cadre institutionnel du programme de PTME mis en œuvre est en général un peu méconnu par les acteurs. Dans les trois (3) structures que sont le comité de pilotage, l'Equipe Technique de Suivi de la Mise en Œuvre et au niveau décentralisé, le Comité de Suivi Local, les obstacles rencontrés résident dans l'insuffisance de personnel qualifié, la non planification des réunions et l'absence de système de motivation souhaité par les acteurs.
- ⇒ L'opérationnalisation de toutes ces structures n'a pas atteint le niveau optimum souhaité.
- ⇒ Insuffisance de partenariat et les interventions des partenaires le plus souvent limitées à leurs zones de convergences
- ⇒ Absence de groupe thématique de la PTME

### Recommandations :

- ⇒ Mettre en place un Groupe Thématique PTME pour une meilleure gestion, une amélioration du niveau d'échanges, une mobilisation soutenue des partenaires et acteurs.
- ⇒ Redynamiser et vulgariser le cadre institutionnel afin d'améliorer la coordination de la réponse nationale à la PTME
- ⇒ Renforcer les capacités des structures sanitaires et de coordination en ressources humaines compétentes
- ⇒ Prévoir en dehors des zones de convergence quelques interventions nationales
- ⇒ Augmenter le budget national de la lutte contre le VIH en prenant en compte la PTME

## **2. Formation des prestataires, organisation des services, conseil, dépistage volontaire et approvisionnement, stockage et distribution des intrants.**

### **2.1 Formation des prestataires**

De 2002 à 2006

- 374 prestataires ont été formés en conseil PTME,
- 64 prestataires ont bénéficié d'un recyclage en conseil PTME ,
- 98 techniciens de laboratoire ont été formés pour le dépistage du VIH
- 22 techniciens ont bénéficié d'un recyclage en technique de dépistage du VIH
- 100 relais communautaires ont vu leurs compétences renforcées en matière de PEC psychosociale des familles des femmes issues de la PTME
- Ces formations ont permis d'outiller les prestataires de soins à offrir les services de PTME aux femmes enceintes, leurs partenaires et leurs enfants

- la plupart des prestataires ont été formés à partir de 2005. Néanmoins, certaines compétences méritent d'être approfondies, notamment la prise en charge médicale de l'infection à VIH et l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive.

## **2.2. Organisation des services pour la PTME**

- La principale porte d'entrée dans la PTME est essentiellement les services de santé maternelle et infantile. Le premier contact avec les femmes enceintes se fait lors de causeries de groupe, cette étape est suivie d'un conseil interpersonnel pour avoir le consentement de la femme au test de dépistage. Une fois le test fait, la femme est suivie à la CPN jusqu'à l'accouchement qui s'effectue à la maternité. Après l'accouchement la femme avant d'être exécutée est référée chez le pédiatre ou la personne en charge du suivi des enfants et de leurs mères.
- Dans le processus du dépistage, le prélèvement se fait par la ou le conseillère(er) qui le convoie au laboratoire pour la réalisation du test par le technicien de laboratoire tout en garantissant la confidentialité. Le rendu des résultats se fait en moyenne après 3 jours.
- Les femmes séropositives sont organisées en des groupes de parole dans trois sites à savoir, l'hôpital de Bè, le centre de santé de Lomé, le CHU-Tokoin
- Existence d'infrastructures assurant la confidentialité

## **2.3 Approvisionnement, stockage et distribution des intrants**

- L'approvisionnement des sites se fait sur l'envoi d'une demande au PNLS par l'intermédiaire de la CAMEG ou de la structure de stockage.
- Il existe des systèmes de dépannage en cas de rupture d'intrants au niveau des sites

### Points à améliorerés

- Insuffisance dans la définition du circuit de la femme enceinte séropositive dans les PMI qui ne font pas des accouchements
- Retard dans l'annonce des résultats
- Absence d'échéancier dans les sites dans le cadre du suivi des femmes séropositives et de leurs enfants.
- Difficultés à organiser les femmes séropositives en groupe de parole au niveau des sites de l'intérieur du pays.
- Absence de système d'approvisionnement impliquant les dépôts régionaux et préfectoraux de la CAMEG
- insuffisance dans la qualité des prestations offertes

### Recommandations :

- ⇒ Définir et faire le suivi de la mise en œuvre d'un système de référence et contre référence,
- ⇒ Réorganiser les services de CPN et de Laboratoire de sorte à annoncer les résultats des tests le même jour
- ⇒ Mettre en place des échéanciers dans les sites
- ⇒ Identifier des stratégies permettant d'organiser les femmes séropositives en groupe de parole au niveau décentralisé.
- ⇒ Mettre en place un système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des intrants.

⇒ Faire le monitoring et des supervisions réguliers des services de PTME

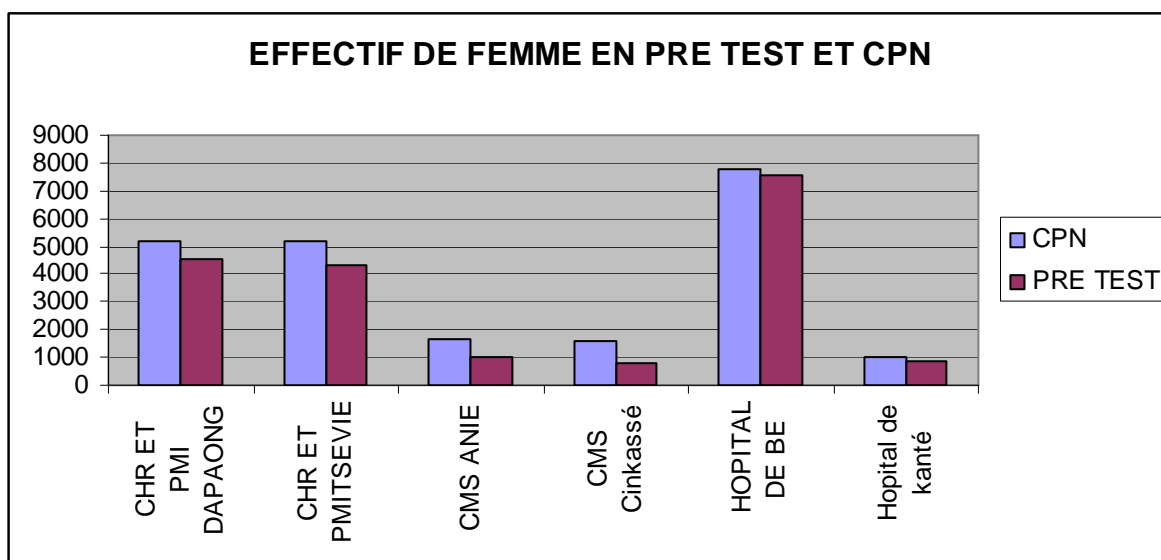
**Tableau 1 : Nombre de nouvelles femmes enceintes en CPN par année par site**

SITES	2002	2003	2004	2005	TOTAL
CHR et PMI Dapaong	48	1383	1409	1509	4349
CHR et PMI TSEVIE	726	1170	1358	1364	4618
CMS ANIE	-	-	741	924	1665
CMS Cinkassé	-	-	544	633	1177
HOPITAL DE BE	-	-	3708	2797	6505
Hôpital de Kanté	-	-	-	628	628
<b>TOTAL</b>	<b>774</b>	<b>2553</b>	<b>7760</b>	<b>7855</b>	<b>18942</b>

Au total 18942 nouvelles consultantantes ont été enregistrées dans les 6 sites de la revue sur la période de Mai 2002 à Décembre 2005.

- On constate une augmentation progressive du nombre de femmes enceintes de 2002 à 2005 ;
- L'hôpital de Bè qui a démarré en 2003 a enregistré le plus grand nombre de Consultantantes depuis 2004.

**Graphique 1 : Nombre de femmes reçues en conseil pré test et en CPN**



Sur un total de 22400 femmes enceintes reçues en CPN dans les 6 sites, 19003 ont bénéficiées du conseil pré test soit un taux de 84%.

**Tableau 2 : Pourcentage de femmes enceinte dépistées**

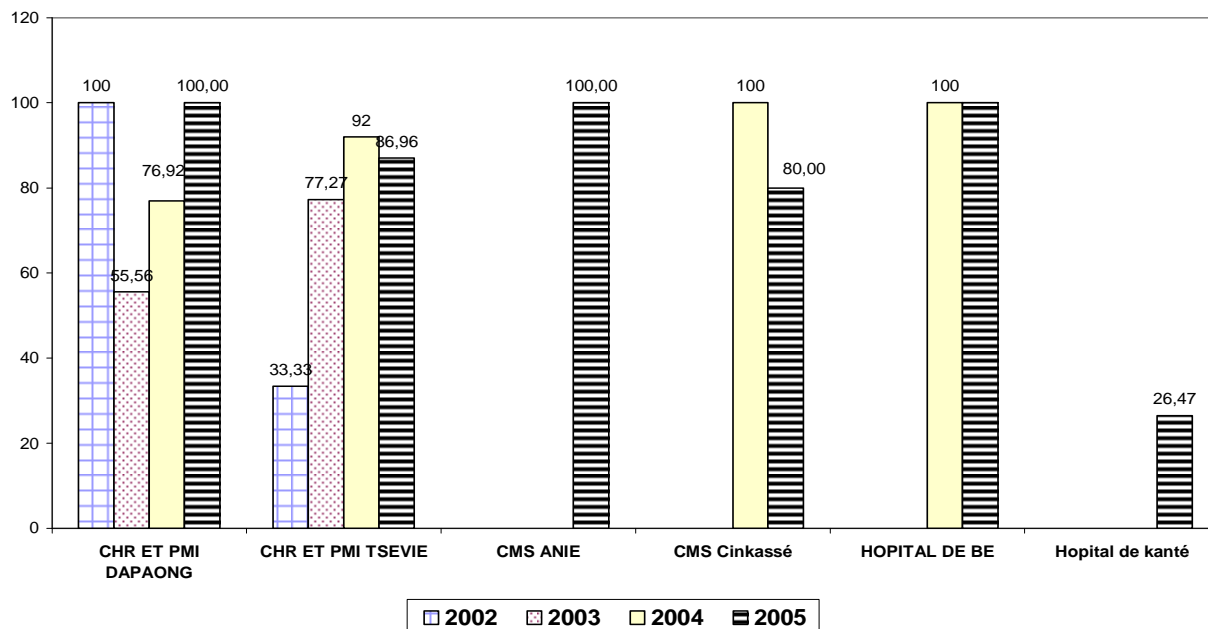
SITES	2002	2003	2004	2005
<b>CHR et PMI DAPAONG</b>	17,8% (n=18)	51,2% (n=720)	62,7% (n=720)	65,4% (n=766)
<b>CHR et PMI TSEVIE</b>	67,7% (n=174)	76,6% (n=603)	69,5% (n=945)	54% (n=737)
<b>CMS ANIE</b>	-	-	84,5% (n=97)	94,9% (n=830)
<b>CMS Cinkassé</b>	-	-	90,8% (n=199)	96,6% (n=297)
<b>HOPITAL DE BE</b>	-	-	34,7% (n=1200)	58,7% (n=1643)
<b>Hôpital de kanté</b>	-	-	-	98,3% (n=476)

Le taux d'acceptation du test de dépistage croît dans le temps dans tous les sites exceptés dans le district de Zio où ce taux est en baisse.

L'hôpital de bè qui reçoit le plus grand nombre de femmes en pré test a le plus faible taux d'acceptation soit 34,7% en 2004 et 58,3% en 2005.

**Graphique 2 : Pourcentage de femmes ayant d'accouchés avec prise de Névirapine**

Pourcentage de FE seropositives ayant accouchées avec prise de nevirapine



La majorité des femmes enceintes séropositives accouchent sous Névirapine dans tous les 6 sites avec des pourcentages de 100%, en 2005. Par contre ce pourcentage est très faible à Kanté par rapport aux autres sites

**Tableau 4 : Statut sérologique des enfants dépisté à 18 mois**

	Enfants né de mère VIH+ suivi	Enfants dépisté à 18 mois	Enfants dépistés positifs
CHR ET PMI DAPAONG	7	2	-
CHR ET PMI TSEVIE	13	5	2
CMS ANIE	14	-	-
CMS Cinkassé	6	2	-
HOPITAL DE BE	105	32	3
Hopital de kanté	6	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>41</b>	<b>5</b>

Sur les 151 enfants suivis, seulement 41 ont été dépistés à l'âge de 18 mois soit un taux de 27,1% et parmi eux, 5 sont dépistés positifs soit une séropositivité de 12,1%.

Recommandations :

### 3. Alimentation du nourrisson et VIH

Les prestataires connaissent les facteurs mammaires qui influencent la production du lait maternel, de même que les maladies du sein liées a une mauvaise pratique de l'allaitement maternel. En matière de conseil nutritionnel aux mères séropositives la majorité des prestataires déclarent conseiller l'alimentation équilibrée comportant les trois groupes d'aliments (lesquels ?)

8 mères séropositives sur 10 choisissent l'allaitement maternel pour faute de moyens financier et de peur d'être stigmatisée

**Tableau 5 : Nombre de couple mères- enfants suivi dans chaque site**

Sites	Couple mères-enfants	Couple mères-enfants suivis
CHR ET PMI DAPAONG	35	25
CHR ET PMI TSEVIE	22	13
CMS ANIE	24	17
CMS Cinkassé	8	6
HOPITAL DE BE	135	105
Hôpital de Kanté	7	6
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>	<b>151</b>

De 2002 - 2005, au total 201 couples mères -enfants ont été enregistré et 151 sont suivi au moins une fois dans les sites soit un pourcentage de 75,1%. Ce couple est moins suivi au CHR et PMI Tsévié.

Observations :

- ⇒ La plupart des prestataires conseillent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois suivi de substituts du lait maternel associés aux bouillies enrichies. La farine enrichie à base du soja a été le plus souvent proposé aux femmes après ablactation de leurs enfants.
- ⇒ Pour les femmes séropositives qui décident de nourrir leurs enfants avec un substitut de lait maternel, des conseils sur l'hygiène et l'utilisation des gobelets leur sont prodigués.
- ⇒ Conseils nutritionnels incluant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois,
- ⇒ Ablactation proposée à 6 mois,
- ⇒ Conseils pour l'utilisation des substituts du lait maternel après ablactation,
- ⇒ Bonne connaissance des facteurs mammaires influant la production du lait maternel,
- ⇒ Bonne connaissance de certaines anomalies liées à la mauvaise pratique de promotion de l'allaitement maternel chez les femmes séronégatives.

#### Recommandations

- ⇒ Absence de subvention pour l'achat de substituts de lait maternel pour les enfants nés de mères séropositives,
- ⇒ Faibles conseils pour l'utilisation de gobelets,
- ⇒ Insuffisance dans le traçage de la courbe de promotion de la croissance
- ⇒ Faible implication des maris dans la PEC nutritionnelle des enfants.

## **4. Communication et mobilisation communautaire**

### **4.1. La communication**

La stratégie de communication mise en place pour la PTME a été matérialisée par l'élaboration des plans intégrés de communication au niveau de 10 districts sur 16 ayant mis en œuvre le programme.

#### Observations :

- ⇒ L'exploitation des résultats montre que le document existe mais n'est non seulement n'est pas utilisé par les prestataires mais aussi n'est pas disponible dans les sites. Ceci implique l'inaccessibilité du document et la méconnaissance du document par certains prestataires nouvellement arrivés dans le site.

#### Recommandations :

- ⇒ Faible utilisation du PIC au niveau des sites,
- ⇒ Insuffisance de suivi de la mise en œuvre,
- ⇒ Insuffisance des ressources pour la mise en œuvre,

- ⇒ Insuffisance programmatique des causeries de groupe dans les sites,
- ⇒ Insuffisance de renforcement des capacités des acteurs en communication pour le développement,
- ⇒ Insuffisance dans les stratégies de communication utilisées

## 4.2. La mobilisation communautaire

La mise en œuvre du PIC a été facilitée par un appui financier, l'implication des autorités et de la communauté dans la mobilisation sociale et l'engagement des acteurs.

### Observations :

- ⇒ Les acteurs éprouvent des difficultés à mettre en œuvre la stratégie de plaidoyer par l'insuffisance de compétence.
- ⇒ Un autre obstacle de la mise en œuvre du PIC est l'insuffisance de suivi/supervision au niveau décentralisé et central. Ce qui n'a pas permis de mettre en place un programme efficace des activités contenues dans le PIC.
- ⇒ Existence des documents de plans intégrés de communication sur la PTME dans au moins 10 districts,
- ⇒ Implication des ONG/associations,
- ⇒ Appui financier pour la mise en œuvre du PIC,
- ⇒ Mobilisation sociale, Implication des autorités politiques, administratives, religieuses et traditionnelles dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre.

### Recommandations :

## 5. Suivi et évaluation

### **(La supervision est une composante du suivi et de l'évaluation)**

L'organisation du suivi supervision (VIH ou PTME) relève des prérogatives des DPS ou des DRS sur la base des indicateurs nationaux standardisés sélectionnés lors de l'atelier national d'harmonisation des indicateurs de la lutte contre le VIH/SIDA.

Dans la plupart des sites aucune revue annuelle des activités de la PTME n'est tenue par faute de financement. Dans les sites PTME, il existe un point focal de suivi/supervision des prestations de la PTME, un chargé de collecte des données, un chargé du calcul des indicateurs, et un chargé d'analyse des données.

Les outils de gestion des données de la PTME disponibles dans les sites visités sont : les registres de CPN, les registres d'accouchement, les registres de pédiatrie, les fiches de maternité PTME ... Ces outils sont utilisés à chaque étape de l'offre de services.

Les différents outils utilisés pour l'IEC pour l'offre des services de PTLE sont les boîtes à images et les dépliants PTME. Des réunions de monitoring des indicateurs se tiennent

chaque mois dans quelques sites, à la suite desquelles les données de PTME collectés par les sites sont transmises au niveau central, généralement par voie hiérarchique.

#### Observations :

- ⇒ Il n'existe pas un plan national de suivi - évaluation du programme PTME. Cependant, pour la plupart des enquêtés il existe une Cellule nationale de coordination de suivi- évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA.

#### Recommandations :

- ⇒ L'évaluation du programme PTME devrait se faire aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire (Niveau central , niveau régional et niveau district).
- ⇒ **Développer un plan de suivi et évaluation pour la PTME**
- ⇒ Existence d'une coordination nationale de suivi- évaluation -supervision de la PTME, et de la lutte contre le VIH/SIDA
- ⇒ Utilisation de la pyramide sanitaire à tous les niveaux par le programme PTME pour les activités de suivi supervision,
- ⇒ Existence d'un point focal de suivi/supervision des prestations de la PTME, d'un chargé de collecte des données, du calcul des indicateurs et d'analyse des données dans les sites,
- ⇒ Tenue périodique des réunions d'analyse des indicateurs dans les sites.
- ⇒ Inexistence de plan national d'évaluation,
- ⇒ Absence de revue annuelle au niveau national,
- ⇒ Inexistence des supports de communication sur la PTME au niveau des sites,
- ⇒ Manque de moyen logistique à la PTME pour les activités de suivi/supervision.

## **6. Perception des usagers**

### **Perception des femmes**

- ⇒ L'appréciation de l'accueil est satisfaisante selon la majorité des femmes touchées et le temps d'attente varie en fonction du nombre des clients reçues en CPN et en fonction de la disponibilité des prestataires à offrir les services.
- ⇒ La majorité des femmes sont informées sur les avantages du dépistage volontaire, la prise en charge de la mère et de l'enfant, les conseils sur le mode d'alimentation des enfants nés de mères séropositives, l'importance de l'adhésion au protocole et du suivi des femmes et de leurs enfants.
- ⇒ La connaissance de l'utilité de la PTME est effective chez les femmes, de même que l'adhésion au programme des partenaires sexuels. Mais les femmes ne partagent pas toutes leur sérologie de peur d'être renvoyées du foyer et souhaitent que la sensibilisation des hommes et la stratégie de CPN recentrées soient renforcées.

## 6.2. Perception des hommes

- ⇒ La PTME est bien connue de la majorité des hommes. Ils affirment avoir entendu parler du programme soit à la radio, dans les associations, au centre de santé, ou dans les groupes de parole. Ils estiment que la PTME est une bonne chose et qu'elle permet d'aider les femmes enceintes séropositives et leurs enfant.
- ⇒ Les hommes reconnaissent l'importance du test de dépistage. Ils pensent qu'en cas de résultats discordant au sein du couple, il faudrait s'abstenir des rapports sexuels.
- ⇒ En matière de soutien psychosocial aux femmes enceintes, tous les hommes touchés pensent qu'ils doivent accompagner leurs femmes à la CPN. Ce qui leur permettrait d'écouter aussi les conseils des sages-femmes, d'encourager les femmes et les soutenir dans les prises de décisions. Quant à l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive, une grande majorité pense que la mère ne doit pas allaiter son enfant.

## **V. RECOMMANDATIONS FINALES**

## **1. Engagement national, partenariat et management, cadre institutionnel**

- ⇒ Opérationnaliser les différentes structures de coordination aux niveaux central et décentralisés,
- ⇒ Élaborer un plan de mise à l'échelle des interventions de la PTME,
- ⇒ Élaborer un Plan de mobilisation des ressources,
- ⇒ Renforcer les capacités de gestion de l'Unité PTME.
- ⇒ Faire la promotion des recherches opérationnelles dans le VIH/SIDA en général et en particulier dans la PTME
- ⇒ Renforcer la position de la femme dans la communauté
- ⇒ Appuyer la mise en œuvre du plan de mise à l'échelle des interventions de la PTME,
- ⇒ Apporter un appui pour la mobilisation des ressources.

## **2. Formation, conseil et dépistage volontaire, organisation des services, approvisionnement et gestion des intrants**

- ⇒ Augmenter les sites pour une meilleure accessibilité de l'offre service PTME,
- ⇒ Renforcer les capacités des prestataires de site PTME,
- ⇒ Equiper les sites PTME en matériel de travail performant,
- ⇒ Décentraliser les structures d'approvisionnement et de doter des sites en médicaments IO et ARV et outils de gestion,
- ⇒ Renforcer le système de suivi/ supervision et sa mise en œuvre à tous les niveaux,
- ⇒ Renforcer la conception et l'élaboration des supports de communication pour le Conseil.
- ⇒ Appuyer financièrement et matériellement les activités du programme PTME,
- ⇒ Encourager les autorités sanitaires dans la réalisation des activités du programme PTME afin d'atteindre les objectifs fixés.

## **3. Alimentation du nourrisson et VIH**

- ⇒ Subventionner les farines enrichies et les laits artificiels aux enfants nés de mères séropositives,
- ⇒ Remettre à niveau les prestataires sur la prise en charge nutritionnelle,
- ⇒ Sensibiliser les maris sur la PTME.

## **4. Communication et mobilisation communautaire**

- ⇒ Impliquer les partenaires, acteurs, bénéficiaires à chaque étape du processus dans l'élaboration et la mise en œuvre du PIC,
- ⇒ Mettre en œuvre effective le PIC dans tous les sites/Districts,
- ⇒ Organiser le suivi/supervision et évaluer les activités du PIC.
- ⇒ Sensibiliser les hommes sur le programme
- ⇒ Développer l'approche communautaire dans le suivi des enfants et de leurs mère pour minimiser les pertes de vues
- ⇒ Appuyer financièrement les interventions de communication.

## **5. Suivi et évaluation**

- ⇒ Elaborer un plan national de suivi/supervision/évaluation du programme PTME,
- ⇒ Organiser des revues annuelles du programme,
- ⇒ Doter le programme PTME de moyens logistiques propres.

## **VI. CONCLUSION**

Les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont disponibles dans 34 formations sanitaires sur les 1024. La volonté politique d'une passage à échelle de ces services est manifeste et doit être concrétisée par :

- Le renforcement des capacités du PNLS/IST,
- La décentralisation du programme,
- Le suivi post formation,
- L'amélioration de la communication et de la mobilisation communautaire,
- Une bonne coordination aussi bien au niveau central que décentralisé,
- Une régularité dans les supervisions,
- Le renforcement de la position de la femme dans la communauté.

## PROCHAINES ETAPES

Elaboration d'un plan national de PTME en tenant compte de l'objectifs du millénaire qui est d'offrir la PTME à 100% des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer d'ici 2015.

### FEUILLE DE ROUTE DES RECOMMANDATIONS (A revoir)

ACTIVITES	DATES (2007)	RESPONSABLES
Plaidoyer auprès des leaders pour leur adhésion à la PTME	Janvier	Gouvernement
Augmenter les sites pour une meilleure accessibilité de l'offre service PTME	Janvier – décembre	Responsables formations sanitaires
Décentraliser les structures d'approvisionnement et de doter des sites en médicaments IO et ARV et outils de gestion	Janvier	Responsables formations sanitaires
Renforcer les capacités des prestataires de site PTME	Janvier – décembre	Responsables formations sanitaires
Augmenter les sites pour une meilleure accessibilité de l'offre service PTME	Janvier – juin	Responsables formations sanitaires
Equiper les sites PTME en matériel de travail performant	Janvier –mars	Responsables formations sanitaires
Renforcer la conception et l'élaboration des supports de communication pour le counselling	Mars –octobre	Responsables formations sanitaires
Renforcer le système de suivi/ supervision et sa mise en Œuvre à tous les niveaux	Janvier –décembre	Responsables formations sanitaires