



unicef 

# **EVALUATION DE LA STRATÉGIE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT EN GUINÉE ÉQUATORIALE**

## **Rapport final**

Par Dr Alain Désiré Karibwami  
Consultant international-UNICEF

Décembre 2008

# TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES GRAPHIQUES .....	5
LISTE DES FIGURES .....	5
LISTE DES ENCADRES .....	5
REMERCIEMENTS .....	6
CHAPITRE 1- INTRODUCTION .....	7
1.    CONTEXTE.....	7
2.    JUSTIFICATION.....	7
3.    OBJECTIFS DE L’EVALUATION.....	8
4.    STRUCTURE DU RAPPORT .....	8
CHAPITRE 2-CADRE METHODOLOGIQUE .....	9
1.    LA COLLECTE DES DONNEES .....	9
2.    ANALYSE DES DONNEES.....	10
3.    RAPPORTAGE .....	10
CHAPITRE 3- RESULTATS DE.....	11
L’EVALUATION .....	11
1.    APPORTS EN FAVEUR DE LA STRATEGIE PTME .....	11
1.1. <i>Les acteurs de la coordination de la stratégie</i> .....	11
1.2. <i>Ressources humaines</i> .....	12
1.3. <i>Ressources matérielles</i> .....	13
2.    BILAN DES REALISATIONS .....	14
2.1. <i>Niveau d’exécution des activités</i> .....	14
2.2. <i>Niveau de réalisation des produits</i> .....	15
2.3. <i>Impact des interventions de la stratégie</i> .....	22
3.    APPRECIATION GLOBALE DE LA STRATEGIE PTME PAR CRITERE D’EVALUATION .....	23
3.1. <i>Pertinence</i> .....	23
3.2. <i>Efficiencie</i> .....	24
3.3. <i>Efficacité</i> .....	25
3.4. <i>Pérennité</i> .....	27
4.    APPRECIATION SYTHETIQUE DES COMPOSANTES DE LA STRATEGIE.....	29
4.1. <i>Documents de politiques, outils et manuels existants</i> .....	29
4.2. <i>Paquet complet offert aux femmes enceintes</i> .....	30
CHAPITRE 4- ENSEIGNEMENTS TIRES .....	32
1.    LES FORCES DE LA STRATEGIE PTME .....	32
2.    LES FAIBLESSES DE LA STRATEGIE PTME.....	32
3.    LES OPPORTUNITES QUI S’OFFRENT A LA STRATEGIE PTME.....	34

4. LES MENACES PESANT SUR LA STRATEGIE PTME .....	34
<b>CHAPITRE 5- RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>38</b>
ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE .....	38
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	40
ANNEXE 3 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES .....	44
ANNEXE 4: OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.....	45
ANNEXE 5 : CALENDRIER DE LA MISSION D'EVALUATION .....	49

# SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	Anti rétroviraux
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CDC	Centres for Disease Control
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CDS	Centre de santé
CPN	Consultation Pré Natale
FERS	Fédération Espagnole Religieuse Socio sanitaire
ISS	Interview Semi Structurée
MINSABS	Ministère de la Santé et du Bien-être Social
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le Sida
PCR	Polymerase Chain Reaction
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
Sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR	Santé de la Reproduction
TARV	Thérapie antirétrovirale
TDR	Termes de Référence
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund
UREI	Unidad de Referencia Enfermedades Infecciosas
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZDV	Zidovudine

## LISTE DES GRAPHIQUES

N°	Titre	Page
Graphique 1	Effectifs des femmes enceintes testées au laboratoire de l'hôpital régional de Malabo de 2002 à 2007	15
Graphique 2	Proportion de femmes enceintes testées par rapport à l'ensemble des personnes testées dans les formations sanitaires de Guinée Equatoriale de janvier 2007 à septembre 2008	16
Graphique 3	Comparaison de l'effectif des femmes séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV par rapport à l'ensemble des femmes séropositives ayant accouché dans les formations sanitaires de la Guinée Equatoriale de janvier 2007 à septembre 2008	18
Graphique 4:	Effectifs de mères séropositives ayant reçu du lait artificiel par rapport aux effectifs des femmes séropositives ayant accouché dans les formations sanitaires de Guinée Equatoriale de janvier 2007 à septembre 2008	21
Graphique 5	Evolution du taux de séropositivité chez les femmes enceintes testées à l'hôpital régional de Malabo de 2002 à 2007	23

## LISTE DES FIGURES

N°	Titre	Page
Figure 1	Circuit de la femme enceinte recourant à la PTME en Guinée Equatoriale	25
Figure 3	Genèse des abandons et perdus de vue	26

## LISTE DES ENCADRES

N°	Titre	Page
Encadré 1	Etude de cas	17
Encadré 2	Protocole de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant pour la Guinée Equatoriale	19
Encadré 3	Les recommandations de l'OMS relatives aux régimes de prophylaxie ARV de plus longue durée	20
Encadré 4	Le régime de prophylaxie de premier choix en matière de PTME	20
Encadré 5	Prise en charge « anecdotique » des enfants infectés	21

# REMERCIEMENTS

Le travail d'évaluation objet du présent rapport a été mené jusqu'à son terme et dans les délais impartis grâce au concours de personnes ou d'institutions que nous tenons à remercier vivement.

Notre reconnaissance est réservée tout d'abord à l'équipe de l'UNICEF Malabo, avec une mention particulière à Isabel Benlloch, pour l'accueil et l'appui qui nous ont été assurés.

Nous exprimons aussi notre gratitude aux membres de l'équipe technique du Ministère de la Santé et de Bien-être Social de Guinée Equatoriale pour leurs contributions qui ont permis de comprendre le contexte local et d'enrichir notre analyse.

Cette évaluation n'aurait pas réussi sans le concours inestimable du Dr Baldé Oumar de l'UNFPA qui n'a ménagé aucun effort pour nous guider dans notre mission. Qu'il en soit remercié en même temps que Monsieur Raphaël Ondo Esono qui a mis à notre disposition son savoir faire en tant que traducteur, interprète et guide sur le terrain où sa présence a fait ouvrir bien des portes à notre avantage.

Les données chiffrées qui ont permis la production de graphiques pour étayer certains constats nous ont été généreusement fournies par Dr Luis Buscarons du projet Fonds Mondial VIH/Sida de Guinée Equatoriale. Le fruit de ce travail est également le sien, qu'il en soit remercié.

Enfin nous adressons notre profonde gratitude et rendons hommage à toutes les personnes, partenaires du développement, professionnels de santé ou bénéficiaires, qui se sont prêtées à nos interviews et ont répondu ouvertement à nos questions, éclairant ainsi notre lanterne sur un pays qui jusque là nous était inconnu.

# Chapitre 1- INTRODUCTION

## 1. Contexte

Après le premier cas du SIDA enregistré en Guinée Equatoriale, beaucoup de mesures urgentes ont été menées pour empêcher la propagation de cette pandémie dans le pays. Actuellement, malgré le manque des données actualisées, le VIH/Sida et son taux croissant de prévalence, particulièrement parmi les femmes, reste une question très préoccupante dans le pays.

Le Cadre Stratégique et les Plans Sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA déjà élaborés et adoptés par le Gouvernement depuis 2001, ont permis le développement de réponses multisectorielles comme stratégie de renforcement de la riposte nationale à l'épidémie. Après de nombreuses années, le processus de l'accès aux ARV a été exécuté, avec l'appui des partenaires au développement, comme : PNUD/Fond Mondial, OMS, UNICEF et UNFPA. Le fonctionnement de la PTME n'a pas été effectif avant 2003 en Guinée Équatoriale puisqu'il a été entamé comme projet pilote/expérimental, exécuté par le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) dans plus de 18 centres du pays.

Le système de santé équato-guinéen compte 18 hôpitaux publics dont 2 hôpitaux régionaux, 5 provinciaux et 11 de district. Le nombre de centres de santé est de 45 et celui des postes de santé est de 150.

Tous les 45 centres de santé offrent les services CPN, mais ils sont à 23 ceux qui pratiquent les accouchements et seulement 16 ceux qui offrent les services de Planification Familiale (PF).

En 2007, le nombre total de femmes enceintes séropositives au VIH ayant bénéficié des ARV, estimé au moyen de la méthode OMS/ONUSIDA<sup>1</sup> était 710.

<sup>1</sup> ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida 2008

## 2. Justification

Dans le cadre de l'accomplissement des recommandations de la Campagne Mondiale de Lutte contre le VIH/SIDA de l'UNICEF sur les 4Ps, il est envisagé de renforcer la prévention de la transmission de VIH de mère à enfant et fournir des soins pédiatriques aux enfants infectés. Avec ce but de permettre à toutes les femmes enceintes, à leurs enfants et leurs conjoints d'avoir accès à la PTME, une révision globale des interventions menées jusqu'à présent était indispensable après sa première phase d'implantation, pour corriger les erreurs dérivées et poser des stratégies nouvelles et des interventions qui puissent garantir l'aptitude à soutenir des opérations fonctionnelles et organisationnelles de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

Pour mener à bien ce processus, il s'est avéré nécessaire de recourir à l'assistance d'un expert international ayant une forte expérience dans le domaine des services de la PTME dans la sous région afin de garantir un meilleur fonctionnement des services afin que ceux-ci répondent aux exigences internationales, en permettant la prestation des services de qualité à la femme enceinte et à son nouveau né.

Las « Cuatro P » : Metas de Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al Sida

- **Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo**

Para 2010, ofrecer servicios apropiados al 80% de las mujeres

- **Proporcionar tratamiento pediátrico**

Para 2010, ofrecer tratamiento antiretroviral o cotrimoxazol, o ambos, al 80% de los niños necesitados

- **Prevenir la infección entre los adolescentes y los jóvenes**

Para 2010, reducir en un 25% el porcentaje de jóvenes que viven con VIH en todo el mundo

- **Proteger y ayudar a los niños y niñas afectados por el VIH/Sida**

Para 2010, llegar al 80% de los niños y niñas más necesitados

### 3. Objectifs de l'évaluation

Le présent exercice a pour objectif général de procéder à une évaluation de la stratégie de PTME après sa mise en fonctionnement en janvier 2004 jusqu'en novembre 2008, pour faciliter l'actualisation prévue du protocole PTME. De façon spécifique il s'agit de : i) Réaliser une revue de la situation de PTME aux 18 districts du pays : souligner les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces et les défis de la stratégie PTME en Guinée Equatoriale, ii) Formuler les recommandations afin d'améliorer le fonctionnement du programme, et iii) Appuyer l'équipe nationale dans l'élaboration d'un plan de passage à échelle.

### 4. Structure du rapport

Le présent document de rapport est structuré en 5 chapitres qui sont agencés selon la séquence suivante :

*Le premier chapitre* porte sur une introduction qui décrit le contexte dans lequel l'étude a été organisée en même temps qu'il apporte un éclairage sur le fil conducteur de l'étude en s'appuyant sur les objectifs de l'évaluation

*Le deuxième chapitre* consiste en la description de la méthodologie avec comme éléments centraux le processus de la collecte des données ainsi que la conduite du traitement des données et de l'analyse des résultats de l'étude.

Le *troisième chapitre* contient les résultats de l'étude. Il ressort les résultats principaux issus de la synthèse et du traitement des données relatives au processus de mise en œuvre de la stratégie PTME, ainsi qu'aux produits et effets des interventions y relatifs. Il reprend en outre les éléments d'appréciation globale de l'exécution des interventions envisagées dans le cadre de la stratégie sous étude en se basant sur les critères d'évaluation qui sont la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la pérennité et l'impact, avant de fournir une appréciation synthétique des éléments constitutifs de la stratégie PTME.

Le *quatrième chapitre* renferme les enseignements tirés de l'évaluation en termes de forces, de faiblesses, d'opportunités et de menaces pesant sur la stratégie PTME.

*Le cinquième chapitre* a comme contenu les conclusions et les recommandations de l'étude.

Le rapport est clôturé par les annexes dont les principales composantes sont les termes de référence de l'étude, les documents consultés, les personnes rencontrées, les outils de collecte des données et le calendrier de la mission d'évaluation.



# Chapitre 2-CADRE METHODOLOGIQUE

Les opérations d'évaluation ont été articulées en 4 phases principales : la collecte de données, le traitement des données, l'analyse des résultats et le rapportage

## 1. La collecte des données

La collecte des données a été effectuée essentiellement à l'aide de 4 méthodes qualitatives à savoir : la revue documentaire, les focus groups, les interviews semi structurées et l'observation

*La revue documentaire* a été effectuée à partir de documents rassemblés auprès des différentes structures et organisations impliquées dans la lutte contre le SIDA en général et dans la PTME en particulier et qui ont été exploités de façon stratégique pour faire ressortir l'information voulue. La liste des documents consultés aux fins de la présente évaluation est reprise dans l'annexe 3 du présent rapport.

### *Focus groups*

Un focus group a été animé à l'intention des bénéficiaires de la stratégie PTME. Il était prévu 12 personnes par séance, mais 5 femmes bénéficiaires de la PTME ont pu être rencontrées pour des discussions en groupe relatives à leur ressenti par rapport aux interventions dont elles bénéficient dans le cadre de la PTME.

Le critère de leur inclusion était qu'elles soient des femmes sous protocole PTME au moment de l'évaluation.

Ce focus groups a été l'occasion pour les participantes d'exprimer leur perception aussi bien sur leur situation que sur les prestations dont elles bénéficient.

La collecte des données par focus groups a été faite suivant le contenu d'une grille qui

avait été conçue à cet effet, l'animateur prenant des notes au fur et à mesure que les discussions avançaient. La séance a été animée par le consultant assisté d'un expert national dont le rôle a été de servir d'interprète et d'apporter certaines précisions sur les aspects d'ordre socio culturel, étant donné que le consultant était francophone alors que les participantes s'exprimaient en espagnol ou dans une des langues vernaculaires locales.

### *L'interview semi-structurée (I.S.S.)*

Des interlocuteurs « privilégiés » ont été interviewés en tenant compte essentiellement de la maîtrise qu'ils ont des domaines concernés par le travail en matière de la PTME et de la richesse des informations qu'ils étaient censés détenir.

Les ISS ont été menées par le consultant avec l'aide de son assistant en suivant un guide d'entretien conçu à cet effet.

Ont été concernés les interlocuteurs dont les profils sont les suivants :

- i) au niveau stratégique : les responsables des programmes au ministère de la santé et du bien-être social (PNLS et SR) ; les responsables au sein des agences du système des Nations Unies (UNICEF, UNFPA, OMS et PNUD/Fonds Mondial),
- et ii) au niveau opérationnel : les responsables des hôpitaux régionaux, provinciaux et de districts, des prestataires de services PTME au niveau des hôpitaux et des centres de santé, des responsables d'ONG internationales (Carlos III, FERS, Maria Rafols, Maria Gay Tibau) et ONG nationale (Société nationale de la Croix Rouge).

Au total 39 interlocuteurs ont été écoutés à l'occasion d'entretiens individuels alors que 18 autres ont pris part à l'atelier de présentation des résultats préliminaires à Luba où ils ont pu discuter sur les points de désaccord et où des éclaircissements ont été apportés en même temps que de nouvelles informations étaient recueillies.

### **Observation**

La méthode d'observation a été utilisée lors des visites de laboratoires. Elle a été réalisée par le consultant et son assistant à l'aide d'une grille conçue à cet effet.

### **Procédures d'échantillonnage**

Les populations cibles de la collecte ont été déterminées par choix raisonné en tenant compte du temps imparti, de la taille du pays, de l'accessibilité et du type d'information recherchée.

## **2. Analyse des données**

L'analyse a débuté par un passage en revue de l'échantillon réellement enquêté en essayant de répondre aux questions suivantes : i) Quelle est la taille de l'échantillon ?, ii) correspond-elle à la taille prévue lors de l'élaboration des TDRs et du calcul du nombre de sujets nécessaires ?, iii) Y-a-t-il des données manquantes et dans quelle proportion ? Le pourcentage de données manquantes est-il acceptable ?, iv) Les personnes n'ayant pas répondu sont-elles différentes de celles qui ont répondu ?, v) Toutes les personnes incluses dans l'enquête répondent-elles aux critères d'inclusion définis ?

L'analyse a été réalisée suivant un plan d'analyse préalablement établi et qui avait été développé dans le protocole de l'étude d'évaluation.

Ainsi l'analyse des données recueillies par le biais de focus groups et les ISS a débuté par la synthèse des informations et réalisée de la façon suivante :

- Etablissement d'une série de catégories thématiques de réponses, chacune associée de près aux buts de l'étude ;

- Affectation à chaque catégorie d'une série de code visant à décrire les différents aspects des questions à l'étude
- Affectation d'un code à chaque extrait pertinent de la transcription

Ce processus a été répété pour chaque catégorie des réponses. La constitution de catégorie a été faite par le modèle d'induction, en vertu duquel les réponses seront étudiées pour en déceler les thèmes, les catégories étant alors établies à partir de ces thèmes sans à priori de la part de l'investigateur.

Les informations ainsi codifiées ont été analysées selon la méthode « d'analyse de contenu » qui, partant des catégories de thèmes a permis de dégager la fréquence spécifique des réponses et en déduire l'importance de celle-ci par rapport aux autres variantes dans la perception des informateurs.

En définitive un jugement a été porté sur base des 3 objets d'évaluation en l'occurrence le processus, les résultats de la stratégie et l'impact dont la mesure et l'appréciation des niveaux ont fait recours aux indicateurs correspondants.

En outre l'analyse a généré des éléments pour alimenter le jugement porté à la stratégie suivant les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficacé et de viabilité.

## **3. Rapportage**

La rédaction du rapport a été progressive et a tenu compte non seulement des informations recueillies lors de la phase de collecte, mais aussi des observations émises sur base de drafts soumis à certains acteurs clés.

Le rapport provisoire sera soumis aux parties prenantes pour analyse et amélioration avant la validation.

## Chapitre 3- RESULTATS DE L'EVALUATION

Dans chaque formation sanitaire visitée, les responsables ont été disposés à se soumettre à l'entretien et même en cas d'absence du premier responsable son remplaçant assurait la suppléance à chaque fois.

Néanmoins les prévisions en matière de participation aux focus groups n'ont pas été satisfaites à cause des contraintes de temps.

La plus grande difficulté qu'on doit souligner est l'insuffisance de données chiffrées en rapport avec l'offre de services PTME et leur couverture. Les données retrouvées dans les formations sanitaires étaient à l'état brut, non traitées, et il nous a été impossible d'emporter les documents de collecte de données de routine (registres, fiches, etc.) pour les exploiter.

### 1. APPORTS EN FAVEUR DE LA STRATEGIE PTME

#### 1.1. Les acteurs de la coordination de la stratégie

La mise en œuvre de la stratégie PTME a bénéficié du concours de différents intervenants.

Le Ministère de la Santé et du Bien-être Social, à travers le programme national de santé de la reproduction a piloté la stratégie de la conception à l'étape actuelle en passant par les différentes phases de mise en œuvre. Par ailleurs le même ministère a mis à la disposition de la stratégie les infrastructures où celle-ci s'est déployée avec une intention manifeste de s'intégrer dans les services de santé reproductive qui y sont offerts, en particulier la consultation prénatale et l'accouchement.

On doit également rappeler que le gouvernement a initié et promulgué un décret portant gratuité des services de PTME pour en accroître l'accessibilité.

Les partenaires au développement ont apporté leur appui en tenant compte des avantages comparatifs de chacun d'entre eux. On peut citer l'UNICEF qui s'est vu confier l'appui à la PTME par le groupe des agences du Système des Nations Unies (SNU) dans le cadre d'un programme conjoint dans la lutte contre le Sida qui est en cours de développement. L'UNFPA a assuré le renforcement des capacités des structures sanitaires en matière de santé reproductive (SR) pour leur mise à niveau dans la perspective d'une intégration de la PTME à la SR. L'OMS contribue en apportant une assistance technique dans le domaine de la prise en charge médicale des malades du Sida. Le PNUD, à travers le projet financé par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, dont il est le bénéficiaire principal pour la Guinée Equatoriale intervient dans le domaine de la PTME par : la formation des professionnels, la mise à disposition des ARV et la fourniture du lait artificiel aux mères séropositives pour leurs enfants au niveau de l'ensemble du territoire national.

Des ONG internationales interviennent également pour appuyer le renforcement et l'extension de la PTME dans les formations sanitaires. Il s'agit essentiellement de la Fondation Carlos III et la Fédération Espagnole Religieuse Socio Sanitaire (FERS).

Toutefois on doit déplorer la faible implication de la société civile équatorienne dans la lutte contre le Sida en général et dans la PTME en particulier.

En outre, la coordination de la stratégie gagnerait à clarifier son cadre institutionnel avec un organigramme clair et des textes réglementaires précisant le rôle de chaque structure (PNLS, PNSR, CNLS, Secrétariat exécutif, Direction générale multisectorielle, ect.)

## 1.2. Ressources humaines

Des prestataires de services ont été mis à la disposition de la stratégie dans les formations sanitaires où la PTME a été initiée. Ces professionnels sont de profils et de compétences variés. On y trouve<sup>2</sup> : i) des médecins qui sont à pied d'œuvre dans les 2 UREI du pays (Malabo et Bata) ainsi que dans les services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux, ii) des infirmiers qu'on retrouve aussi bien dans les hôpitaux que dans les centres de santé, iii) des sages femmes dans les maternités, iv) des techniciens de laboratoire, v) des conseillères et vi) des auxiliaires infirmiers et de laboratoires.

Des sessions de formation en PTME ont été organisées à l'intention de ces prestataires pour les rendre aptes à offrir des services PTME de qualité.

Cependant la plupart des professionnels formés ont quitté leurs postes d'attache pour d'autres services qui n'ont rien à voir avec la PTME. A titre illustratif l'étude menée par l'équipe Carlos III fait mention d'un taux de déperdition de 56% dans les hôpitaux tel que le montre le tableau 1 ci-dessous.

Par ailleurs, la formation des professionnels n'a porté que sur un échantillon expérimental limité aux seuls districts et formations sanitaires directement concernés par l'intervention pilote dans le cadre de la stratégie PTME.

On doit aussi souligner le nombre fort réduit de médecins prescripteurs d'ARV qu'on ne retrouve que dans les seuls hôpitaux régionaux au nombre de 2. Cette situation réduit fortement l'accessibilité géographique de la thérapie ARV et favorise les abandons

En plus les professionnels rencontrés affichent tous un sentiment de démotivation relative à leur niveau de rémunération qu'ils jugent très bas par rapport à leur volume de travail alors qu'ils prestent dans un domaine qui selon eux est à haut risque de contamination.

---

<sup>2</sup> Nous n'avons pas pu accéder aux données précisant le nombre de prestataires par catégorie et par niveau des structures sanitaires

**Tableau 1 : Répartition par hôpital des professionnels formés en PTME et qui sont encore en poste**

Catégorie	Dénomination	Nombre de professionnels formés en PTME	Nombre de professionnels formés prestant encore en PTME	% de professionnels formés prestant encore en PTME
Hôpitaux régionaux	Hospital Regional de Malabo	3	1	33%
	Hospital Regional de Bata	8	2	25%
Hôpital provincial	Hospital Provincial de Luba	3	1	33%
	Hospital Provincial de Evinayong	2	0	0%
	Hospital Provincial de Mongomo	1	1	100%
	Hospital Provincial de Ebebiying	1	0	0%
Hôpital de district	Hospital distrital de Baney	1	1	100%
	Hospital distrital de Riaba	0	0	0%
	Hospital distrital de Mbini	0	0	0%
	Hospital distrital de Kogo	1	1	100%
	Hospital distrital de Niefang	2	1	50%
	Hospital distrital de Akurenam	0	0	0%
	Hospital distrital de Akonibe	1	1	100%
	Hospital distrital de Nsork	1	1	100%
	Hospital distrital de Añisork	1	0	0%
	Hospital distrital de Mícomeseng	1	1	100%
	Hospital distrital de Nsork Nsomo	1	1	100%
	Hospital distrital de Annobon	0	0	0%
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>12</b>

Sources : Analisis en la implementacion del Plan Sectorial Célula Salud- Programa Nacional de lucha contra el VIH/SIDA

### 1.3. Ressources matérielles

Les formations sanitaires choisies pour offrir les services PTME ont été équipées pour réaliser les tests rapides VIH (certaines centres de santé et hôpitaux), des tests de confirmation par la chaîne ELISA (les 2 hôpitaux régionaux de Malabo et de Bata) et des examens de suivi biologique et immunologique des femmes

séropositives notamment le compteur de CD4 (hôpitaux régionaux).

Des réactifs pour réaliser ces examens complémentaires ont été fournis ainsi que les médicaments aussi bien pour la prophylaxie de la pneumocystose (cotrimoxazole), des ARV pour la prophylaxie de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Névirapine) et des ARV

pour la prise en charge médicales des femmes dont l'état clinique ou le niveau de CD4 impose la thérapie ARV.

Néanmoins il s'observe des ruptures de stock en réactif et en médicaments qui parfois handicapent la continuité des services PTME. L'étude<sup>3</sup> de l'équipe Carlos III a estimé que seulement 56,2% des hôpitaux ont disposé de manière continue durant les 6 derniers mois les médicaments prévus par le protocole PTME.

Par ailleurs l'arsenal thérapeutique ARV du pays ne dispose pas de produits ARV sous forme pédiatrique. Cela prive les enfants infectés d'être prise en charge convenablement et les condamnent à un décès à brève échéance.

En outre la faible disponibilité du produit a fait qu'actuellement la délivrance de la névirapine est réservée aux seuls hôpitaux, ce qui pousse à s'interroger sur l'accessibilité de ce produit pour les bénéficiaires éloignés des hôpitaux ou celles qui accouchent dans les centres de santé ou encore les cas d'accouchements à domicile.

On enregistre de fréquentes pannes des équipements de la chaîne ELISA qui rendent irrégulière la réalisation de tests de confirmation. Ceci intervient alors qu'il n'existe pas de dispositif de maintenance de ces équipements au niveau du ministère de la santé.

---

<sup>3</sup> Analisis en la implementacion del Plan Sectorial Célula Salud- Programa Nacional de lucha contra el VIH/SIDA

## 2 BILAN DES REALISATIONS

### 2.1. Niveau d'exécution des activités

La mise en œuvre de la stratégie PTME en Guinée Equatoriale remonte à janvier 2004. Elle consiste à « *Garantir l'intégration de la PTME dans les services de CPN, de l'accouchement, de la consultation post natale et de planification familiale* ».

#### Processus prévu pour la mise en œuvre de la stratégie

La mise en œuvre de la stratégie PTME a été articulée en 10 étapes dont 6 ont été complètement franchies à savoir :

**1<sup>ère</sup> étape :** l'organisation de séminaire de formation/recyclage sur les normes et procédures à l'intention des cadres du niveau central et des agences des nations unies ;

**2<sup>ème</sup> étape :** l'élaboration de normes et procédures PTME

**3<sup>ème</sup> étape :** l'élaboration de 5 modules de formation dont les intitulés sont :

1° Connaissances générales sur le VIH/Sida

2° Prise en charge clinique et thérapeutique de la mère séropositive et de l'enfant

3° Aspects biologiques : technique de test, gestion de réactif, etc.

4° Accompagnement psycho social

5° Gestion logistique et des indicateurs

**4<sup>ème</sup> étape :** la sélection de 15 centres de santé urbains sur 42 et 5 maternités de province à titre expérimental ;

**5<sup>ème</sup> étape :** la production des outils de gestion sur base des normes et procédures élaborées. Ces outils ont été intégrés directement dans ceux déjà en usage pour la Santé Maternelle et Infantile pour éviter la verticalisation dans la mise en œuvre de la PTME.

**6<sup>ème</sup> étape :** la formation de 43 agents provenant des sites choisis pour l'intervention pilote.

Quatre étapes n'ont pas été réalisées ou l'ont été partiellement comme c'est décrit ci-après :

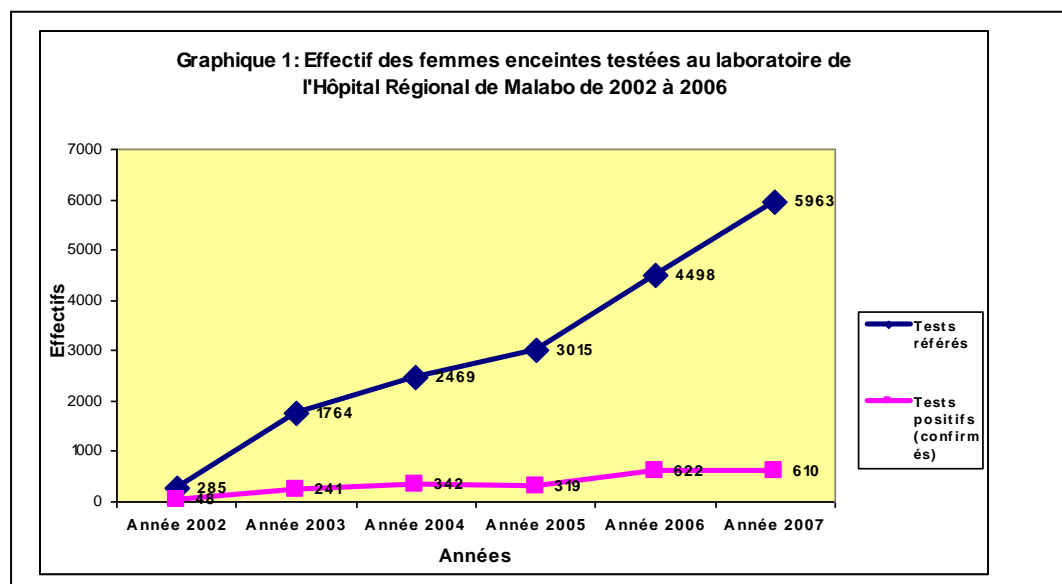
**7<sup>ème</sup> étape (prévue mais non réalisée) :** l'accompagnement des agents pendant 5 jours pour un encadrement de démarrage ;

**8<sup>ème</sup> étape (prévue mais non réalisée) :** la réunion de coordination des facilitateurs pour l'encadrement de l'étape précédente pour mieux suivre la mise en oeuvre;

**9<sup>ème</sup> étape (partiellement réalisé) :** la supervision mensuelle des activités; ce rythme n'a pas été respecté faute de ressources financières. Les visites de supervision ont été très espacées.

**Réalisations :**

Des séances d'éducation pour la santé avec des thèmes relatifs à la prévention du VIH sont organisées au sein des formations sanitaires pour les femmes en consultation pour divers motifs, si l'on en croit les déclarations des responsables sanitaires interviewés. Par ailleurs des activités IEC pour la prévention du VIH sont menées à l'endroit de la population



**10<sup>ème</sup> étape (prévue mais non réalisée) :** le monitoring tous les 3 mois pour documenter les indicateurs d'activités et de processus. Le manque de ressources en a empêché la réalisation.

Cependant un système de collecte de données de routine, intégrant la PTME, a été initié depuis 2005 jusqu'à ce jour.

générale et les femmes en bénéficient, du moins c'est ce qui est supposé.

Toutefois il n'y a pas d'intervention spécifique à l'intention des femmes séropositives non encore enceintes notamment par la PF pour réduire la survenue de grossesses non désirées.

**2.2. Niveau de réalisation des produits**

**Paquet de services offerts dans le cadre de la PTME**

Le niveau et la qualité des services de PTME ont été analysés suivant la séquence pré partum/ intrapartum / post partum

**⊛ Services pour la prévention de la transmission du VIH avant la grossesse**

**Prévisions :**

La stratégie PTME n'a pas explicitement prévu d'action spécifique pour la prévention du VIH chez la femme en dehors de la grossesse.

**⊛ Services pour la prévention de la transmission du VIH pendant la grossesse**

**Prévisions : Toute CPN intègre la PTME**

En complément du paquet complet de CPN, la femme enceinte devait bénéficier du conseil pré test, post test et celui d'accompagnement quand le test se révèle positif pour le VIH.

Dès que le 1<sup>er</sup> test est positif (sans attendre le test de confirmation) elle doit recevoir :

- le Cotrimoxazole à partir de 16 semaines, à raison de 2 comprimés par jour jusqu'à l'accouchement, pour prévenir la pneumocystose ;
- le Fansidar : 3 doses (à 16 semaines, à 6 mois et à 9 mois) pour prévenir le paludisme;

- la Névirapine : 1 dose à 9 mois pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (la dose est confiée à la bénéficiaire qui la garde avec elle afin de s'en administrer au début du travail avant l'accouchement) ;

On doit remarquer que les éléments relatifs à la PTME devaient être consignés dans les outils de CPN dans les espaces réservés à cet effet.

*Toutefois la stratégie n'a pas envisagé de façon explicite le suivi sérologique et les options de prévention du VIH chez la femme qui se révèle séronégative au premier test de dépistage.*

**Réalisations :**

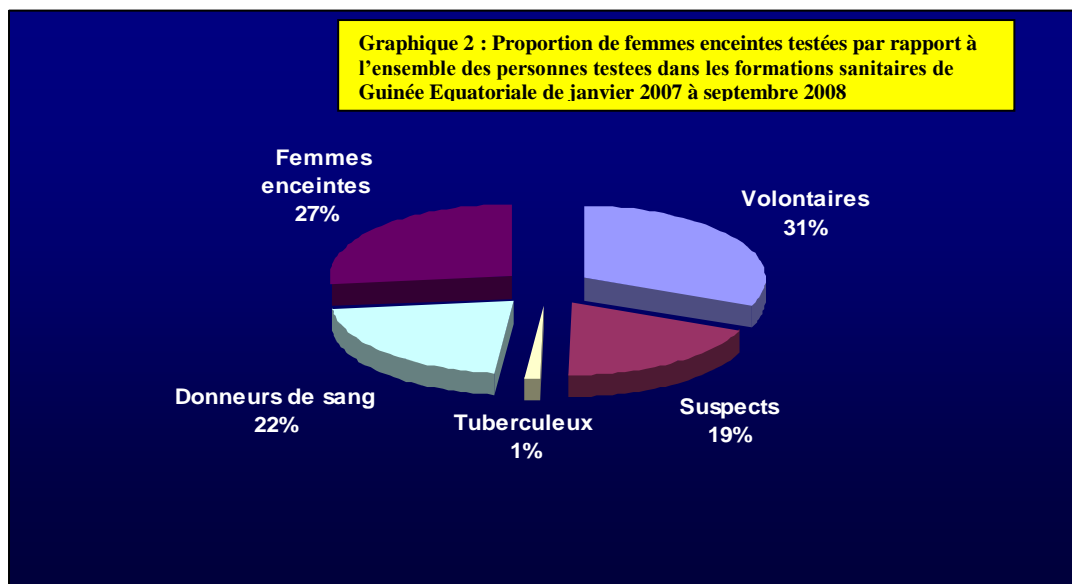
Conseil pré test

La totalité des structures sanitaires visitées lors de la mission d'évaluation envisagent le test VIH pour toutes les femmes enceintes en consultation prénatale. Pour cela, les prestataires donnent conseil à la bénéficiaire en insistant sur les bienfaits et les avantages à tirer de la réalisation du test pour la propre santé de la requérante et pour prévenir la transmission du VIH à son enfant. Habituellement le conseil aboutit à l'acceptation du test qui est concrétisée par la signature d'un document attestant le consentement de la femme enceinte pour le test VIH.

Test VIH

Le test de dépistage du VIH réalisé au premier contact est le test rapide « Détermine 1-2 ». Il est réalisé dans tous les hôpitaux et dans certains centres de santé. Cela signifie qu'il est réalisé soit sur place dans certains cas, soit ailleurs dans d'autres cas, la femme étant en ce moment obligée de se déplacer vers le lieu du test. Déjà à ce niveau on peut craindre la survenue des abandons liés notamment à la distance et aux frais de déplacement que la requérante doit déboursier. L'ampleur de ces abandons est difficile à apprécier étant donné l'absence d'une liaison formalisée entre les structures et le manque de feed back de la part des sites de dépistage vers les centres de santé d'origine.

L'analyse des données collectées par l'équipe de supervision conjointe PNLS-projet Fonds Mondial, pour la période de janvier 2007 à septembre 2008 soit 18 mois, montre qu'environ 10180 femmes enceintes ont été testées pour le VIH et 969 d'entre elles se sont révélées séropositives soit un taux de séropositivité de 9,52%. En outre les femmes enceintes vues en CPN représentent 27% des personnes testées comme le montre le graphique 2.



En cas de séropositivité, il est prévu un test de confirmation par ELISA avant de conclure pour le statut réel du bénéficiaire. Cette confirmation ne peut se faire que

dans 2 sites pour tout le pays à savoir dans les hôpitaux régionaux de Malabo et de Bata. La principale difficulté que renferme ce dispositif est que les délais d'obtention des résultats de la confirmation sont très



longs comme l'ont affirmé aussi bien les professionnels que les bénéficiaires en ces termes :

*« Avant on nous disait que ça durerait 3 mois, après c'était 6 mois, plus tard 12 mois et maintenant c'est jamais. »*

L'étude de Carlos III ci-haut citée n'a trouvé aucun hôpital ayant reçu le résultat de la confirmation en moins de 3 mois.

Il arrive même que le nombre de résultats attendus ne soit pas celui des résultats rendus, ce qui fait penser que certains échantillons sont égarés. Face à ces retards certains hôpitaux envoient les bénéficiaires elles mêmes dans les sites de confirmation pour se faire prélever et tester alors qu'auparavant c'était les échantillons qu'on envoyait, ce qui ajoute à la difficulté les problèmes de distance et de frais y relatifs (transport, restauration, séjours, etc.), et constitue un facteur additionnel d'abandon. A titre illustratif, à l'hôpital de Mongomo sur les 23 femmes envoyées à Bata pour confirmation depuis le début de l'année 2008, 1 seule est revenue avec un papier attestant avoir été reçue et prélevée. Pour les 22 autres restantes, on est sans nouvelle ni sur leur arrivée au laboratoire ni sur leurs résultats.

#### Conseil post test

Selon le résultat obtenu, la femme enceinte reçoit le conseil sur le comportement à

test rapide se révèle positif on administre le cotrimoxazole sans attendre les résultats de la confirmation. Cette prophylaxie est officiellement gratuite, ce qui est observé dans la grande majorité des cas. Néanmoins dans certaines structures le cotrimoxazole est payant parce que les dites structures n'ont pas été approvisionnées en ce produit (cas du centre de santé Maria Rafols de Bata).

La femme est par la suite orientée vers l'hôpital où elle devra impérativement accoucher. Elle n'aura plus de contact avec le centre de santé ou l'hôpital de départ, ce qui n'est pas sans difficulté eu égard à la distance et aux moyens financiers requis.

Une situation extrême en la matière a été observée à Luba où les 2 centres de santé ne font pas le test VIH, et donc toutes les femmes enceintes sont orientées vers l'hôpital de district. Après le test, quel que soit le résultat les femmes enceintes ne retournent pas dans le centre de santé d'origine et sont suivies à l'hôpital jusqu'à l'accouchement et même après pour les femmes séropositives. Aucune information n'est adressée aux centres de santé concernant les femmes orientées. Cet état de fait pourra avoir 2 conséquences : i) la surcharge de travail pour les professionnels de l'hôpital qui s'occupent des activités de suivies réalisables dans un centre de santé, ii) à terme le service CPN dans les 2 centres de santé risque de disparaître parce que les bénéficiaires, informées qu'elles seront absolument orientées à l'hôpital ne verront plus l'intérêt de passer d'abord par le centre de

#### **Encadré 1 : Etude de cas**

Madame N.L., femme enceinte a commencé la consultation prénatale à 3 mois d'aménorrhée. Au centre de santé, le test VIH s'est révélé négatif. Après lui avoir appris le résultat et sa signification, l'infirmier du centre de santé lui a conseillé d'amener son mari pour un entretien en rapport avec sa situation. Le mari a refusé malgré l'insistance de l'infirmier qui s'est résolu à envoyer une invitation écrite au mari.

Le test qui a été réalisé à la 2<sup>ème</sup> consultation prénatale, à 6 mois, s'est également révélé négatif. La femme a insisté encore auprès de son mari pour qu'il se rende au centre de santé, en vain. Elle a alors suggéré à son mari l'usage du préservatif comme l'a recommandé l'infirmier, mais cette requête a encore rendu furieux le mari.

A la 3<sup>ème</sup> consultation prénatale, le test a été positif et la femme en a informé son mari. C'est alors que le mari a commencé à mettre le préservatif « pour se protéger de la contamination par son épouse ».

adopter.

#### Suivi des femmes séro positives

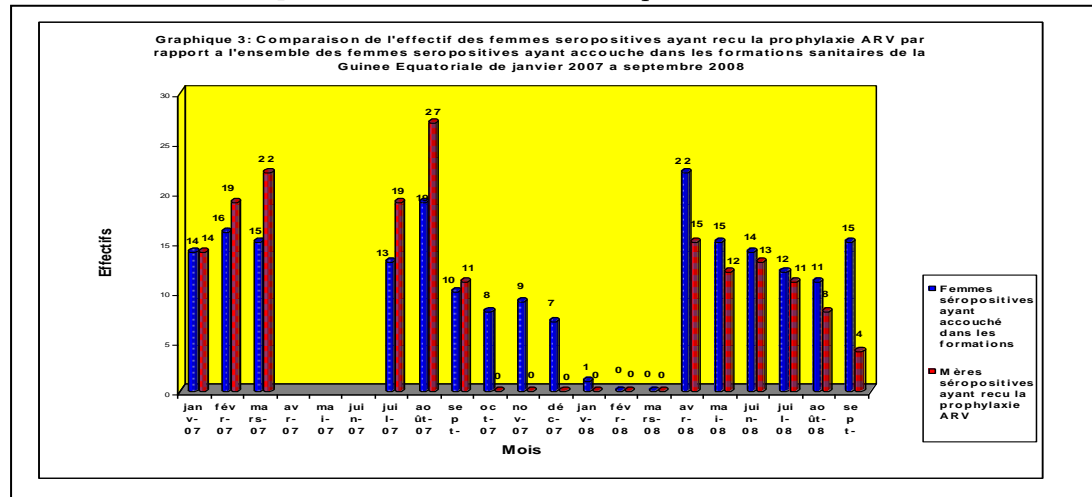
Comme recommandé par le protocole PTME, à chaque femme enceinte dont le

santé.

### Suivi des femmes séro négatives

De façon générale la femme séro négative est laissée à elle-même et poursuit une « CPN normale » selon l'expression empruntée par les professionnels interviewés. Alors qu'elles constituent

- Les deux partenaires doivent être conscients de l'importance d'une sexualité à moindre risque tout au long de la grossesse et de l'allaitement.
- Les deux partenaires doivent être dépistés et conseillés en matière de VIH.



l'écrasante majorité des femmes reçues en CPN (elles sont plus de 90%), elles sont abandonnées à leur sort avec le risque d'être contaminé par la suite.

Dans la région insulaire on a constaté que pour ces femmes indemnes d'infection à VIH aucun autre test VIH ne leur est proposé parce que l'état de connaissances des professionnels indique jusque là qu'il faut un seul test VIH durant toute la durée de la grossesse. L'erreur a été rectifiée lors de l'atelier de Luba du 09 au 13/12/2008 consacré à la révision du protocole de PTME et de prise en charge pédiatrique.

Cependant dans la région continentale on propose un test par trimestre, ce qui fait qu'une femme enceinte peut avoir jusqu'à 3 tests avant l'accouchement.

Mais dans toutes les 2 régions, l'implication des hommes, qui est nécessaire pour prévenir de nouvelles infections chez les femmes enceintes par l'usage concerté du préservatif, laisse à désirer. Il est apparu lors des entretiens menés que cette implication est très difficile pour 2 raisons principales: le manque d'intérêt chez les hommes et la peur des femmes d'en parler avec leurs maris.

Or il est indiqué que les efforts en matière de PTME doivent être aussi élargis que possible, et doivent tenir compte de ce que la mère et le père contribuent à la transmission du VIH à l'enfant :

- Les deux partenaires doivent être sensibilisés aux interventions en matière de PTME et y avoir accès.

### ⊛ *Services pour la prévention de la transmission du VIH au moment de l'accouchement*

#### Prévisions de la stratégie

A partir du 9<sup>ème</sup> mois de la grossesse, on veille à ce que la femme séropositive accouche avec l'assistance d'une personne qualifiée (formée), de préférence dans une maternité de référence. Dans l'idéal il est préconisé une césarienne programmée, ce qui n'est pas toujours possible pour des raisons liées à l'accès aux services.

A la naissance, l'enfant est nettoyé à la Chlorexidine qui est fournie gratuitement aux maternités pour cet usage précis. Ensuite il bénéficie d'une dose de névirapine sirop avant 72 heures.

Les vaccins BCG et polio 0 sont administrés durant cette même période.

En matière de prophylaxie ARV l'option qui a été retenue est celle de la monothérapie à la Névirapine (1 dose pour la mère à l'accouchement et 1 dose pour l'enfant à la naissance) comme le recommande le protocole repris dans l'encadré 2.

### *Réalisations en prévention en intrapartum :*

Dans l'ensemble le protocole est bien suivi n'eut-été certaines contraintes liées à la logistique.

Mais les accouchements assistés par une personne qualifiée restent à un niveau relativement faible ; ils sont estimés à 52%, d'après le programme national de santé de la reproduction, mais le rapport de l'ONUSIDA situe ce niveau à 65%.

**La Névirapine** est donnée dans les maternités selon les prescrits du protocole. Durant la période évoquée ci-dessus 201 femmes séropositives ont accouché dans les formations sanitaires ce qui représente environs 7% des femmes séropositives qui devaient accoucher dans la même période. Toutefois un point positif à souligner c'est que 87% de ces femmes ont bénéficié de l'administration d'une dose de nevirapine au titre de la PTME.

Le graphique 3 ci-dessus montre l'évolution des effectifs des femmes séropositives qui ont accouché dans les

enceinte lors du dernier mois de la grossesse afin qu'elle puisse se l'administrer dès l'apparition des premières contractions. On doit ici rappeler que 70% de la transmission du VIH de la mère à l'enfant se situent au moment de l'accouchement et que les contractions y ont une part importante.

Malheureusement on doit déplorer que cette mesure de disponibilité de la névirapine a été arrêtée et ce produit n'est désormais administré que dans les maternités des hôpitaux.

Là se pose la question de l'utilité même de la Névirapine administrée quand le travail est déjà avancé, ce qui est souvent le cas parce que la plupart des parturientes arrivent au stade terminal de l'accouchement.

L'autre problème qui se pose concerne les femmes qui accouchent à domicile ou dans des conditions sanitaires douteuses (dont la fréquence se situe aux environs de 48%), elles n'auront pas accès à la névirapine et la transmission du VIH devient inévitable.

Enfin l'option à la névirapine souffre des

### **Encadré 2: Protocole de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant pour la Guinée Equatoriale**

#### **1. Inclure en protocolo:**

a. Vitamina A durante el periodo prenatal

b. **NEVIRAPINA-MADRE: 1 comprimido** de 200mg cuando inicie dolores de parto

c. **NEVIRAPINA-HIJO: 2mg/Kg** de peso en jarabe **antes de 72 horas del nacimiento**. Cuanto antes mejor.

**Ej: Si pesa 3,5Kg son 7mg de NEVIRAPINA**

#### **2. Intentar realizar una cesárea programada si hay garantías de seguridad**

#### **3. Si parto por vía vaginal realizar un Parto Limpio:**

a. Lavar antes de la expulsión el canal del parto con **CLORHEXIDINA**

b. Evitar realizar episiotomía

c. **No usar las mismas tijeras para la madre que para el cordón del niño.**

#### **4. Aconsejar y apoyar la lactancia artificial**

formations sanitaires qui sont comparés à ceux des femmes parmi elles qui ont reçu la nevirapine en prophylaxie.

Une mesure pour contourner les aléas locaux avait été initiée qui est celle de confier la dose de Névirapine à la femme

limites et des insuffisances de la monothérapie. En plus de la faiblesse relative de la réduction de la transmission par la névirapine (autour de 47%), cette option ne tient pas compte des cas où la prophylaxie ARV doit intervenir avant le terme de la grossesse.

On aura compris que l'usage de la

**Encadré 3 : Les recommandations de l'OMS relatives aux régimes de prophylaxie ARV de plus longue durée**

Dans les contextes où les ressources sont rares, les directives en matière de PTME ont jusqu'à une date récente mis l'accent sur la prophylaxie ARV de courte durée (ex. : la ZDV ou la NVP).

Les nouvelles recommandations de l'OMS (2004) mettent l'accent sur des régimes de prophylaxie ARV combinés de plus longue durée, lorsqu'ils sont possibles, tout en reconnaissant l'intérêt de la prophylaxie ARV de courte durée lorsque des régimes de plus longue durée ne sont pas disponibles ou possibles.

névirapine seule est à réserver à des cas extrême d'impossibilité de prise de régimes combinés et de plus longue durée. C'est notamment le cas d'une femme séropositive qui arrive à terme sans avoir pris de prophylaxie ARV. Voici dans l'encadré 4, un régime simplifié que propose l'OMS.

**Encadré 4 : Le régime de prophylaxie de premier choix en matière de PTME**

La Zidovudine (ZDV) à partir de 28 semaines de gestation, ou dès que possible après ce délai et en intrapartum toutes les 3 heures jusqu'à l'accouchement, plus la Névirapine (NVP) en dose unique au début du travail pour la mère et la NVP à dose unique, plus une semaine de ZDV, pour le nourrisson.

**La césarienne** comme moyen de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est rarement proposée aux femmes enceintes comme on a pu le constater lors des interviews. Quand elle est proposée elle est rarement acceptée par les futures parturientes principalement pour 2 raisons : la peur de l'intervention chirurgicale et les moyens financiers car même si l'opération est gratuite en principe, le bénéficiaire doit payer pour les intrants nécessaires (produits anesthésiques, fils de suture, etc.) et le transport.

Pourtant la césarienne, lorsqu'elle est pratiquée avant le début du travail ou de

la rupture des membranes, est associée à une réduction significative de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il faudra néanmoins examiner les avantages et les risques de l'accouchement vaginal par rapport à ceux de la césarienne électorale, notamment la sécurité de la transfusion sanguine et le risque de complications.

**Services pour la prévention de la transmission néonatale du VIH**

**Prévisions de la stratégie**

Deux possibilités sont préconisées :

- ☞ Si la mère dispose de moyens financiers suffisants ou avec l'appui de tiers, on conseille l'allaitement artificiel systématique.
- ☞ Si les moyens manquent, on opte pour l'allaitement maternel exclusif pendant 3 mois, avec introduction d'autres aliments à partir du 4<sup>ème</sup> mois.

Signalons que l'OMS préconise dans ce cas l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers 6 mois après la naissance.

**Réalizations de mise en œuvre de la stratégie**

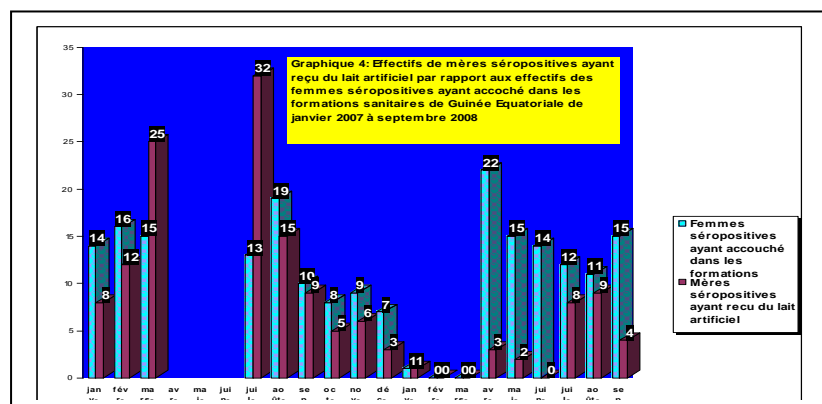
Allaitement des enfants nés de mères séropositives

L'allaitement artificiel est systématiquement conseillé à toutes les mères séropositives qui accouchent dans une maternité. Cela est d'autant plus justifié que le lait artificiel de substitution à l'allaitement maternel est disponible en Guinée Equatoriale. En effet pour la région de Malabo, l'initiative de la Première Dame du pays met ce produit à la disposition des nécessiteux. Le projet du Fonds mondial achète le lait artificiel pour les enfants nés de mères séropositives sur tout le territoire national. Les 2 options offrent gratuitement le lait.

Il existe une 3<sup>ème</sup> option, celle proposée dans les centres de santé gérés par FERS, qui consiste en un système de partage du coût du lait artificiel, une partie étant payé par le centre de santé, une 2<sup>ème</sup> part revenant au projet FERS et une 3<sup>ème</sup> part supportée par le bénéficiaire en fonction des moyens dont il dispose.

Cependant malgré cette disponibilité de lait artificiel on compte peu de mères qui reviennent prendre ce produit ; l'équipe du projet du Fonds mondial situe à 20% la proportion de mères séropositives qui

Ailleurs, on a appris que le test se fait tous les 3 mois après la naissance (3mois, 6 mois, 9 mois, ...). Ici il y a lieu de s'interroger sur la nécessité de réaliser tous ces tests alors que l'on sait que :



*Le diagnostic standard pour le nourrisson se fait par le biais d'un test d'anticorps à 18 mois ;*

*Un diagnostic précoce est possible avec un test de dépistage PCR<sup>4</sup>*

s'approvisionnement en lait artificiel.

Il est important de vérifier les aires de couverture de chacune des 3 options de distribution du lait pour s'assurer que le maximum de bénéficiaires y ont accès et éviter d'éventuels chevauchements.

Des ruptures de stock sont également signalées qui entravent la continuité du service.

L'analyse des données collectées dans les structures sanitaires montre que parmi les 201 femmes séropositives ayant accouché 95 ont bénéficié du lait artificiel soit 70,6%.

#### Suivi sérologique des enfants nés de mères séropositives

Cet aspect représente le parent pauvre de la stratégie PTME dans la mesure il est peu pris en compte dans les structures sanitaires.

Cette situation peu reluisante est liée à 2 facteurs qui se situent de chaque côté du couple « professionnel-bénéficiaire ».

Dans les structures de santé on fait très peu cas de ce qu'on doit faire pour l'enfant né d'une mère séropositive car le test sérologique n'y est pas systématique. Du moins c'est ce qui a été constaté surtout dans la région insulaire. Au laboratoire de l'hôpital de Malabo, par exemple, la mention « MS » signifiant Mère séropositive n'est apparue dans le registre qu'à partir du mois de décembre 2008, elle n'a pas été observée nulle part ailleurs. De fait des enfants sont testés mais on ne fait pas la liaison avec le statut de la mère pour adapter la prise en charge.

Cette discordance sur la manière de suivi sérologique peut être mise sur le compte de l'absence de directives claires en matière de VIH/Sida pédiatrique, lacune qui est en train d'être corrigée par l'élaboration d'un protocole ad hoc qui est en cours.

En ce qui concerne la prise en charge médicale des enfants infectés par le VIH, on doit se rendre à l'évidence que ces enfants, dont l'effectif est estimé à 1300 par l'ONUSIDA, ne sont pas soignés.

Des cas de pertes de vue ont été évoqués, les femmes rompant tout contact avec la formation sanitaire dès qu'elle se sait séropositive. On pense qu'elles iraient

#### **Encadré 5: Prise en charge anecdotique des enfants infectés**

A l'hôpital de Malabo il y a un service chargé de la thérapie ARV, l'Unité de Référence pour les Maladies Infectieuses. Comme il n'existait pas jusque là de protocole pour la prise en charge du Sida pédiatrique, un médecin a pris l'initiative d'instaurer le traitement ARV au profit des enfants. Elle se « débrouille » en fragmentant les comprimés ARV destinés aux adultes pour obtenir approximativement les doses adaptées aux enfants puisque les ARV sous forme pédiatrique n'existent pas dans le pays. Aujourd'hui elle s'occupe de 5 enfants.

consulter ailleurs ou qu'elles dévièrent vers la médecine traditionnelle.

<sup>4</sup> Mais le test PCR n'est pas encore disponible en Guinée équatoriale

### 2.3. Impact des interventions de la stratégie

Il s'agit ici de juger des effets positifs ou négatifs à long terme produits sur les bénéficiaires par la mise en œuvre de la stratégie PTME, directement ou indirectement, qu'ils soient voulus ou non. Trois principaux types d'indicateurs ont été pris en compte à savoir le pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères infectées par le VIH pour en déduire s'il y a eu ou pas une réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que la proportion d'enfants nés de mères séropositives qui sont encore séronégatifs à 18 mois.

Mais ces indicateurs sont faiblement renseignés de telle sorte qu'on ne peut pas tirer de conclusion sur cet aspect. On ne peut que recommander une plus grande prise en compte de la dimension « suivi sérologique du nourrisson né de mère séropositive », car elle est d'une importance capitale aussi bien pour rendre compte de ce qui est fait en faveur de la santé de l'enfant, mais aussi pour ajuster les actions en conséquence.

Tout compte fait le renforcement de la disponibilité des produits, la formation des prestataires et l'information des femmes, etc. impulsé par le développement et la mise en œuvre de la stratégie PTME, aurait contribué à l'amélioration de la qualité des services offerts en santé maternelle et néonatale et, à coup sûr, à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

### 3. APPRECIATION GLOBALE DE LA STRATEGIE PTME PAR CRITERE D'EVALUATION

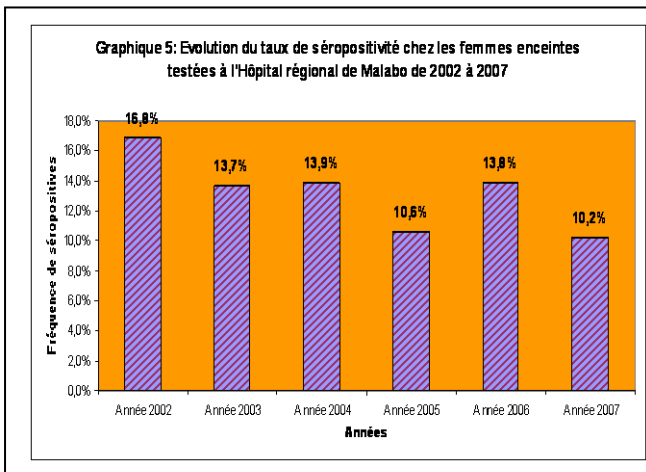
#### 3.1. Pertinence

Il s'agit d'apprécier si la stratégie PTME évaluée répond aux besoins des groupes cibles et au mandat des intervenants en la matière. De façon spécifique cela revient à répondre aux questions suivantes: i) les buts de la stratégie PTME répondent-ils aux besoins des groupes cibles ?, ii) sont-ils dans la ligne des priorités et politiques du gouvernement ?, iii) la population cible les juge-t-elle utiles ?, iv) complètent-ils les interventions d'autres programmes destinés aux mêmes groupes cibles ?, v) les résultats escomptés dans le cadre de la stratégie devraient-ils être ajustés ou éliminés, ou des résultats nouveaux devraient-ils être ajoutés compte tenu de nouveaux besoins, priorités et politiques ?

#### Réponse des buts de la stratégie PTME aux besoins des groupes cibles

La stratégie de PTME de la Guinée Equatoriale a été justifiée par la réalité du problème du VIH dans la population en général et chez les femmes enceintes en particulier.

L'exploitation des données de routine de 2002 à 2007 à l'hôpital régional de Malabo a confirmé cette réalité de l'existence du VIH chez la femme enceinte avec un taux de séropositivité élevée qui se situe à une moyenne de 12,1%, avec une variation annuelle qu'on peut constater sur le graphique 1.



Par ailleurs l'enquête de séro-surveillance par site sentinelles<sup>5</sup> qui est en cours actuellement révèle, dans ses résultats préliminaires une séroprévalence qui se situerait à 6 %.

En outre, les besoins pour les services PTME sont réels si on observe l'accroissement de la demande et la réalisation des tests VIH chez les femmes enceintes tel que présenté par le graphique 5.

#### Alignement des buts de la stratégie PTME sur les priorités et politiques du gouvernement

Le gouvernement a doté le pays d'un cadre stratégique de lutte contre le VIH/Sida dont un des domaines d'actions prioritaires portent sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le domaine de la PTME est également pris en compte par le plan stratégique 2009-2013 en cours d'élaboration.

Par ailleurs le volet PTME est partie intégrante du programme national de santé de la reproduction.

#### Appréciation de l'utilité de la stratégie par la population cible

Les bénéficiaires rencontrés lors de l'évaluation affichent une grande satisfaction par rapport aux services qui leur sont offerts.

Leur premier objet de satisfaction c'est l'accès au traitement ainsi que l'accompagnement dont ils ont bénéficié pour une maladie dont elles ignoraient tout auparavant. Elles marquent également leur satisfaction pour le lait qu'elles reçoivent gratuitement, ce qui a pour eux un double avantage économique (ils auraient dû acheter ce lait) et sanitaire car grâce à ce lait leurs enfants sont préservés de la contamination.

#### Complémentarité de la stratégie avec d'autres programmes destinés aux mêmes groupes cibles

On a souligné ci-haut le fait que la PTME est inclus dans le programme national de la santé reproductive et au niveau

<sup>5</sup> Source : OMS Malabo

opérationnel les services de la PTME sont de nature à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles ainsi qu'à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, qui sont des buts poursuivis par certains programmes nationaux tels que le programme national de lutte contre le Sida, le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, le programme national en charge de la lutte contre les maladies respiratoires, le programme national en charge de la lutte contre la malnutrition, etc.

#### Besoin d'ajustement des résultats escomptés dans le cadre de la stratégie

Les axes suivants devraient retenir l'attention et être renforcés pour être complet et efficace en matière de PTME. Il s'agit de :

- la prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes
- le suivi de la femme enceinte séronégative en insistant sur l'implication de leurs maris notamment pour la promotion de l'usage du préservatif ;
- la prévention de la grossesse non désirée chez la femme séropositive en dehors de la CPN et en passant par l'intégration de la PTME et du Planning Familial

### **3.2. Efficience**

Avec le critère d'efficience on a voulu mesurer la « productivité » des interventions menées dans le cadre de la stratégie PTME. Il s'agit d'évaluer les résultats obtenus en relation avec les dépenses engagées et les ressources utilisées pour mener les activités durant la période concernée par l'évaluation.

On trouvera ci-après quelques-unes des questions clés se rapportant à l'efficience:

i) Les produits effectifs ou attendus ont-ils justifié les dépenses engagées ? ii) Les ressources ont-elles été dépensées aussi économiquement que possible ? iii) Les activités de la stratégie ont-elles chevauché

ou fait double emploi avec d'autres interventions analogues ? iv) Y a-t-il des moyens plus efficaces de fournir des produits plus nombreux et de meilleure qualité avec les intrants disponibles ?

#### Justification des dépenses engagées par rapport aux produits effectifs ou attendus

Après la démonstration de la pertinence des interventions entreprises dans le cadre de la stratégie PTME, la justification des dépenses engagées au titre de ces mêmes interventions semblent évidente. Il persiste néanmoins un besoin de ressources complémentaires pour étendre et consolider la stratégie

#### Economie des ressources dépensées dans le cadre de la stratégie PTME

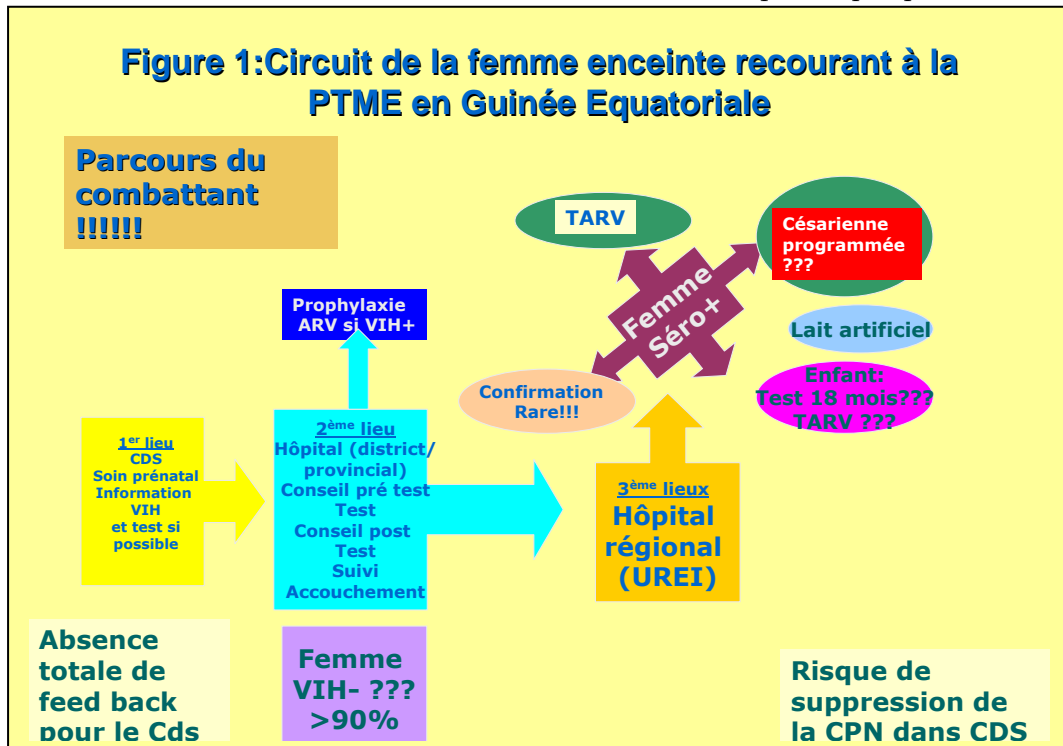
En général les interventions PTME sont réputées être d'un bon rapport coût-efficacité. Toutefois des ajustements doivent être faits pour éviter le gaspillage de ressources qui par ailleurs sont limitées :

- Les tests rapides VIH du nourrisson à 3 mois et 6 mois ne sont pas justifiés, à moins que le pays se dote d'équipement pour le test PCR qui peut apporter le diagnostic VIH à partir de l'âge d'1 mois. Le test rapide indispensable est celui de 18 mois ;
- Les tests de confirmation deviennent de plus en plus irrégulier, ce qui fait que les femmes sont obligées de se déplacer jusqu'au site alors que la transmission des échantillons est le moyen le plus léger ; en plus un certain nombre de femmes seraient mises sous traitement sans confirmation de leur séropositivité.

#### Risque de chevauchement ou de double emploi des activités de la stratégie avec d'autres interventions analogues

Les aires et les cibles de distribution du lait artificiel par les 3 acteurs du domaine (Initiative de la Première Dame, Fonds Mondial et FERS) ne sont pas bien délimitées.





Possibilité d'existence de moyens alternatifs plus efficaces

Certaines prestations PTME qui se font dans les structures de haut niveau de la pyramide sanitaire pourraient être bien menées dans celles de niveaux inférieurs à moindre coût aussi bien pour le système sanitaire que pour les bénéficiaires. On peut citer :

- le test rapide du VIH qui peut bien être réalisé jusque dans les centres de santé ;
- la névirapine (pour les cas urgents ne pouvant pas accéder au régime combiné) qui peut être dispensée dans les centres de santé ;
- la thérapie et la prophylaxie ARV qui peuvent être administrées dans les hôpitaux provinciaux, voire ceux de districts et mêmes des centres de santé pour autant que le personnel médical serait formé en la matière (nécessité d'une mise en réseau des sites).

**3.3. Efficacité**

L'appréciation de l'efficacité de la stratégie a été centrée sur la mesure dans laquelle les produits ont été atteints et sur la question de savoir si la dite stratégie a la chance de contribuer aux effets directs. On

questions clefs qui ont été utilisé pour mesurer l'efficacité des interventions analysées: i) dans quelle mesure les produits prévus ont-ils été réalisés ? ii) des données ont-elles été collectées sur les indicateurs de produit ? iii) qu'a-t-on réalisé en matière de développement des capacités (renforcement des capacités planifié) ?

Réalisation des résultats attendus

En matière de *prévention prénatale*, la proposition systématique du test VIH chez toutes les femmes enceintes en consultation prénatale est bien répandue et les bénéficiaires y adhèrent aisément. Cependant dans certains cas le test est réalisé sur un autre site éloigné aussi bien du site CPN que du domicile des bénéficiaires, ce qui serait à l'origine des abandons. La confirmation en cas de séropositivité se passe très souvent sur un autre site encore, et se fait avec irrégularité, constituant ainsi une autre source d'abandon et de pertues de vue.

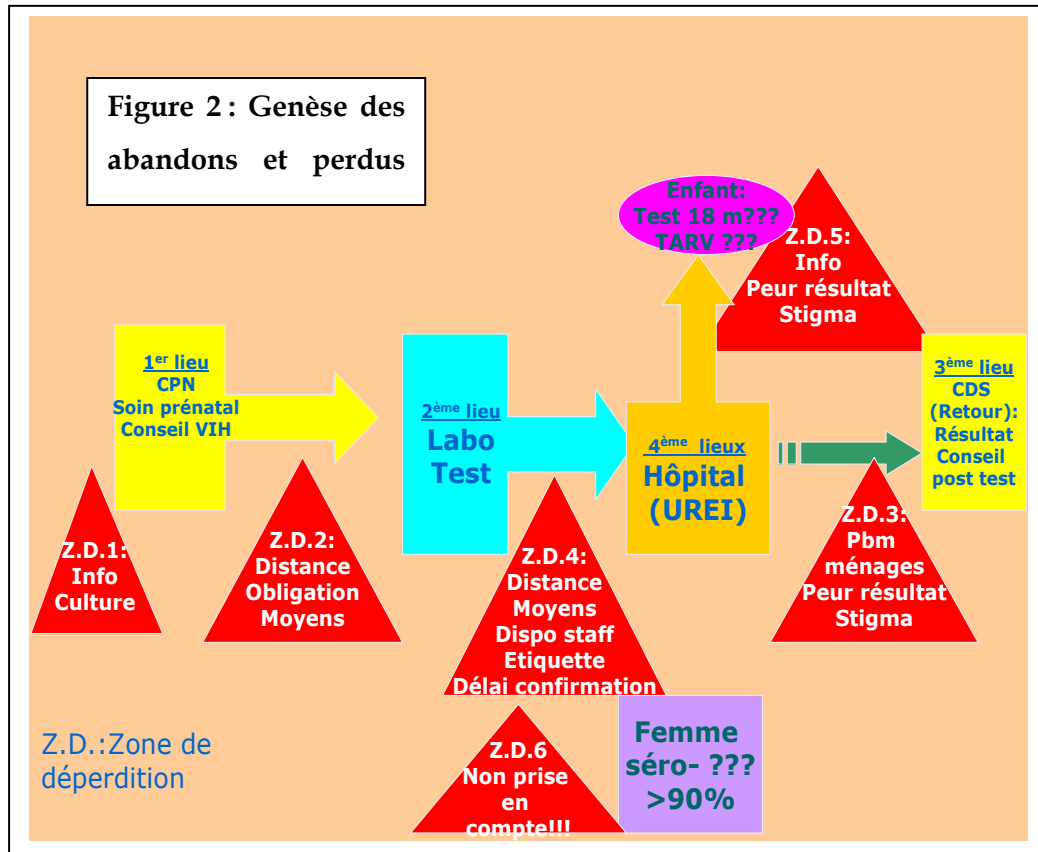
Pour la *prévention de la transmission pendant l'accouchement*, la névirapine est donnée dans les maternités au moment de l'accouchement. On reste sans solution

pour les femmes qui accouchent à domicile et ceux qui arrivent au stade avancé du travail. Rappelons que la névirapine doit être administrée au début du travail, sinon l'effet escompté n'est pas obtenu.

et centrale qui était de 7%, mais loin derrière l'Afrique orientale et australe qui était à 31%.

Ces résultats sont proches de ceux fournis par la cellule Fonds mondial du PNUD.

Cependant certaines femmes ne



Concernant, la *prévention de la transmission néonatale*, l'option retenue est celle de l'allaitement artificiel systématique.

La proportion de mères séropositives récupérant le lait artificiel pour leurs enfants est estimée à seulement 20%<sup>6</sup>.

D'après les estimations l'ONUSIDA publiées dans son récent rapport sur l'épidémie mondiale du Sida-2008 le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des antirétroviraux est passé de 103 (soit 14%) en 2006 à 710 [527-953] en 2007, soit un accroissement de 585 % en 1 année.

Déjà le niveau de 2006 (14%) place la Guinée Equatoriale au-dessus de la moyenne des pays d'Afrique occidentale

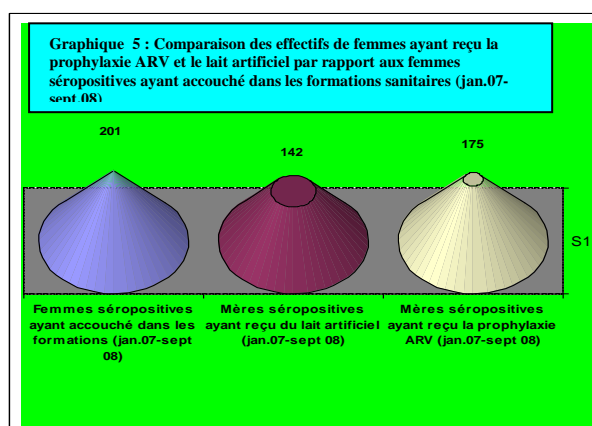
poursuivent pas le recours à la PTME dans sa globalité. En effet dès que le test se révèle positif, elles changent de structures pour vérifier la véracité du résultat alors que d'autres renient le résultat avec en toile de fond la crainte de ce qui leur arrivera par la suite en terme de stigmatisation et de discrimination.

La multiplication des sites où se déroule les différentes étapes de la PTME, qui fait du circuit de la femme requérant les services de la PTME un véritable « parcours du combattant », aboutit souvent à de nombreuses « perdues de vue », beaucoup de femmes ne se présentant pas pour la prise en charge du VIH. Pour juguler ces abandons, il est conseillé d'adopter la pleine intégration des interventions en matière de VIH dans les services prénatals, d'obstétrique, de soins périnatals et du post partum y

<sup>6</sup> Enquête trimestrielle-Projet Fonds mondial

compris dans les districts ou les localités où l'infection à VIH est fréquente.

Par ailleurs les hommes se trouvent peu impliqués dans la PTME comme peut le suggérer le refus de certains d'entre eux d'assumer la part qui leur revient dans la protection du couple notamment par l'usage du préservatif.



#### Situation de la collecte des données sur les indicateurs de produit

Si on a pu constater que des registres de collecte de données de routine existent et sont régulièrement remplis, le traitement préliminaire de ces données sur place laisse à désirer.

Les registres CPN utilisés jusque là n'ont pas encore formellement intégré les données relatives à la PTME ; les professionnels se « débrouillent » pour insérer le résultat (VIH+) dans la colonne « Pathologie » du registre de CPN. Cette lacune est en voie de résolution parce que la maquette du nouveau registre CPN contient en bonne place les rubriques sur le VIH. La fiche de consultation prénatale contient déjà les rubriques sur le dépistage VIH et la mesure des CD4.

Par ailleurs le carnet de santé des enfants prévoit une place pour les résultats du test rapide de dépistage VIH, du test VIH de confirmation ainsi que la mesure des CD4. Néanmoins on doit rappeler que le remplissage de ces outils sera vain si les données ne sont pas traitées, analysées et bien canalisées selon un circuit d'information reconnu prévoyant un mécanisme de rétro information, faisant partie d'un système performant d'information sanitaire. Les indicateurs de base pour l'analyse des données devraient

être générés par un plan de suivi et évaluation des activités de lutte contre le Sida en général et de la PTME en particulier.

Fort de données objectives ainsi produites, il sera aisé de prendre des décisions et opérer des choix de façon éclairée.

De façon globale il y a une insuffisance de données exploitables. Cela est lié à la faiblesse du système d'information sanitaire à tous les niveaux et à l'absence d'un plan de suivi-évaluation qui devrait dégager les principaux indicateurs à documenter périodiquement. Il n'y a pas de mécanisme de remontée systématique de données du niveau périphérique jusqu'au niveau central.

Toutefois on doit saluer la présence de quelques données collectées par l'équipe du projet Fonds Mondial sur une base trimestrielle et qui ont permis de renseigner l'appréciation du niveau de certains indicateurs et de l'évolution de ceux-ci. Néanmoins cette opération de collecte et de traitement des données portent sur un nombre limité d'indicateurs intéressant directement le projet.

#### Réalisation en matière de développement des compétences

Pour l'intervention pilote 43 agents provenant des sites choisis ont été formés. La cellule du Fonds Mondial au Pnud rapporte avoir appuyé la formation de 34 professionnels sur 40 prévu soit une réalisation de 85%.

Le contenu de la formation devrait être complété pour mieux étendre les prestations sur d'autres dimensions de la PTME telles que la prévention primaire, la PF et la PTME, etc.

Par ailleurs beaucoup de déperditions ont été observées au sein des professionnels formés alors même que certains districts n'ont pas été couverts par la formation.

### **3.4. Pérennité**

Une appréciation de la durabilité d'une intervention détermine la mesure dans laquelle les interventions ont eu ou ont la chance d'avoir des résultats durables après la période impartie à cette action. Les facteurs affectant la durabilité sont examinés en fonction du degré de priorité attribué à la stratégie PTME par les parties

prenantes. Le fait que celles-ci soient disposées à continuer d'appuyer ou d'exécuter des activités spécifiques, ou même de reproduire des activités, est particulièrement pertinent. Ici on rappellerait que l'une des finalités de cet exercice d'évaluation consiste à vouloir disposer d'éléments de réflexion sur la façon la meilleure de poursuivre efficacement les prestations de la PTME.

L'analyse a apprécié également si les ressources locales (sur les plans de la gestion, du financement et du personnel) qui seraient nécessaires pour maintenir les résultats de la stratégie à long terme sont ou non disponibles.

On trouvera ci-après quelques-unes des questions clés se rapportant à la durabilité de la stratégie: i) est-il probable que les produits de la stratégie seront maintenus après le retrait du soutien externe?, ii) qu'ont fait les parties prenantes pour pérenniser les acquis de la stratégie ?

#### Probabilité que les acquis de la stratégie soient maintenus durablement

La stratégie sous évaluation a été initiée en tenant compte des réalités locales. En effet, elle n'a pas été conçue pour une superposition à une action parallèle, mais comme un plus complémentaire du dispositif de santé maternelle et infantile.

Par ailleurs, des opportunités locales ont été identifiées et mises en exergue en l'occurrence l'engagement des pouvoirs publics, et au premier rang le Chef de l'Etat et la Première Dame du pays, qui se manifeste par l'accroissement progressif des ressources allouées à la lutte contre le Sida en général et à la PTME en particulier (Lait artificiel pour une alimentation de substitution).

En outre la mise en place du Fonds de Développement Social va apporter des ressources complémentaires pour accroître, étendre et poursuivre les actions entamées.

Les effets conjugués de ses éléments ci-haut mentionnés font que même le retrait des financements externes pourrait être progressivement suppléé sans trop de dégâts.

#### Actions de pérennisation des acquis de la stratégie

Dans le cadre de l'harmonisation des interventions en Santé de la Reproduction, les activités de prévention du VIH de la mère à l'enfant ont été intégrées dans le PMA de chaque établissement sanitaire, qui sont des structures pérennes, afin d'assurer leur continuité.

Au demeurant les cadres et techniciens nationaux sont les principaux acteurs de la mise en œuvre de la stratégie ce qui pourra garantir la pérennisation des actions menées sur le terrain. Ces ressources humaines iront croissant en effectif au fur et à mesure du développement de la formation médicale et sanitaire qui est sur une bonne lancée dans un pays émergent comme la Guinée Equatoriale.

Cependant on doit déplorer que le cadre institutionnel est peu pourvu en ressources humaines qui devraient consolider la coordination des interventions en relai à ce que font les partenaires aux développements tels que l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS ou le PNUD/Fonds Mondial.

## 4. APPRECIATION SYTHETIQUE DES COMPOSANTES DE LA STRATEGIE

Ce sous-chapitre offre un panorama synthétique des éléments de la stratégie PTME pour en dégager un état des lieux

de celle-ci à l'aide d'un check list passant en revue les composantes d'un processus PTME de référence.

### 4.1. Documents de politiques, outils et manuels existants.

Types de document	Disponible	Pas disponible	Observations faites.
Politique National de PTME (2003)		x	Document à élaborer
Protocole PTME	x		En cours d'actualisation
Protocole Soins Pédiatriques		x	Document en cours d'élaboration
Document normes et standards PTME	x		
Protocole Traitement ARV	x		
Protocole Alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH (protocole OMS)		x	A adapter suivant le contexte du pays.
Evaluation du Programme PTME	x		A valider
Existence algorithme de prise en charge de femmes enceintes en PTME servant de guide dans les CS.		x	A développer
Existence d'un guide de conseil en matière d'alimentation de nourrisson dans le cadre du VIH au niveau de centres de santé.		x	A développer
Vulgarisation Approche familiale en PTME.		x	A développer
Stratégie de communication en PTME		x	
Matériels IEC/PTME /PEP		x	A développer
Activités de plaidoyer	x		A renforcer.
Manuel de prestataires en PTME		x	A développer
Outils de supervisions	x		A améliorer.

#### 4.2. Paquet complet offert aux femmes enceintes.

4.2.1. PENDANT LES CONSULTATIONS PRENATALES.			
Toutes les femmes enceintes	Prise en compte	Insuffisamment prise en compte	A développer
Tests (grossesse, HIV, STI, PF, malaria, nutrition)			
Dépistage et conseil de routine du VIH en CPN.			
Conseil sur la Nutrition maternelle			
Conseil sur l'alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH/SIDA.			
Supplémentation en fer et acide folate			
Préparation à l'accouchement assisté.			
Consultations prénatales.			
VAT ( vaccination antitétanique )			
Dépistage systématique du syphilis et autres IST.			
Prévention Malaria et traitement des cas			
Déparasitage			
Les services additionnels pour les femmes enceintes VIH+			
Conseil et dépistage VIH de partenaires et leurs familles			
Prophylaxies ARV			
Diagnostic clinique de l'infection à VIH.			
Comptage CD4			
ARV pour les femmes éligibles.			
Prophylaxie au Cotrimoxazole			
Dépistage du tuberculose, prévention et traitement			
Fournir un soutien psychologique et un soutien à l'adhérence médicale			
2. PENDANT LE TRAVAIL			
Femmes HIV positive			
Surveillance pendant le travail en utilisant le partogramme			

Pratiques obstétricaux d'urgence : éviter les épisiotomies, retarder l'interruption de la poche des eaux etc....			
<b>Donner les ARV pour la PTME.</b>			
<b>Femmes à statut inconnu</b>			
Suivi continu du travail en utilisant le partogramme			
Observer les pratiques obstétrique saines : éviter les épisiotomies, éviter la rupture anticipée des membranes .etc.			
Offrir le dépistage de routine.			
Donner les ARV pour la PTME si positive, faisable et acceptable			
<b>3 PENDANT LE POSTPARTUM</b>			
<b>Femmes HIV- positive</b>			
<b>Soins post natals</b>			
Donner les ARV pour la PTME ou le traitement ARV si indiquer.			
Donner le traitement prophylactique si indiquer.			
Donner le conseil sur l'alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH.			
Conseil sur la planification familiale (promotion de la protection mutuelle par l'utilisation du condom)			
Suivi et soutien continu de la mère pendant toute la période de gestation.			
Soins néonatals			
Promouvoir l'allaitement Exclusive ou alimentation de remplacement si acceptable, faisable, durable, sain et disponible.			
<b>Enfant de mères positives</b>			
Suivi intégré de l'enfant : Surveillance de la croissance, immunisation			
Diagnostic précoce de l'enfant ou possible (PCR a 6 semaines, test rapide à 9-12 mois.)			
Nutritionnel : Allaitement exclusive pendant le six premiers mois, cessation et donner les aliments complémentaires.			

# Chapitre 4- ENSEIGNEMENTS TIRES

## 1. Les forces de la stratégie PTME

Les situations positives suivantes sont à mettre sur le compte de la stratégie PTME adoptée par la Guinée Equatoriale :

- Des instruments de planification et de gestion sont disponibles notamment le document des normes et procédures, modules de formation, outils de gestion ;
- Les Décideurs et les Partenaires ont été informés et sensibilisés sur la PTME ;
- Le pays dispose d'une masse critique de personnel formé en matière de PTME ( Besoin de redéploiement);
- Il s'observe une acceptation progressive du test volontaire par les femmes enceintes dans la mesure où la proportion de femmes reçues en CPN1 et qui acceptent le test est passée de 44% en 2006 à 62% en 2007 ;
- Les femmes acceptent de plus en plus leur statut sérologique, ce qui est de nature à faciliter le suivi de leurs enfants et de leur propre santé ;
- Les produits nécessaires à la PTME sont disponibles en l'occurrence le lait artificiel, la névirapine, le cotrimoxazole et le fansidar. On doit souligner que ces produits sont octroyés aux bénéficiaires gratuitement (sauf dans de rares cas).
- Un plaidoyer soutenu auprès du gouvernement a abouti à la promulgation d'un Décret instituant le régime de gratuité des services PTME ; etc.

## 2. Les faiblesses de la stratégie PTME

La rareté de ressources a été soulignée comme étant la contrainte majeure ayant entravé la réalisation de certaines étapes du processus ci haut décrit.

D'autres difficultés ont été également évoquées à savoir :

### *Des difficultés structurelles*

- Le cadre institutionnel de lutte contre le Sida n'est pas opérationnel car ses différentes composantes ne sont pas pourvues en personnel minimal pour accomplir les missions leur dévolues : 1 ou 2 unités pour toute la Direction Générale Multisectoriel, 1 ou 2 unités pour le PNL ;
- L'unité de suivi de la mise en œuvre de la stratégie PTME intégrée au sein du Programme national de santé de la reproduction comprend un personnel dont l'effectif est fort réduit, ce qui handicape la réalisation des activités de suivi ;
- Il y a eu un manque criant de ressources financières qui n'a pas permis de solliciter l'appui du personnel d'autres programmes pour étoffer l'unité de suivi ;
- Il y a une absence de données pour documenter les principaux indicateurs de performance. Les données collectées par les formations sanitaires sont irrégulièrement remontées au niveau central faute de l'inefficacité du système d'information sanitaire. Les seules données qui semblent régulièrement collectées et traitées sont celles nécessaires au suivi du projet Fonds Mondial.
- L'inexistence de documents de politique nationale thématique (PTME, CDV, etc.)

### *Problèmes de ressources humaines*

- Les prestataires formés en PTME changent de lieu d'affectation, privant ainsi les structures et les bénéficiaires des compétences en la matière. Par ailleurs la formation sur la PTME n'a pas été réalisée dans tous les districts
- De médecins et infirmiers récemment affectés dans les formations sanitaires se voient confier des responsabilités dans le domaine de la PTME, en remplacement des prestataires expérimentés, sans qu'ils aient reçu la formation préalable. Cela tend à hypothéquer l'application des normes



en vigueur sur la PTME et la qualité des services offerts.

#### *Gestion des intrants*

- De fréquentes ruptures de stock en médicaments et en réactifs gênent la continuité des services PTME. Cette situation est en partie liée à la faiblesse du dispositif d'approvisionnement des structures sanitaires.
- Il y a un besoin d'harmonisation entre les options de distribution du lait artificiel, celui octroyé dans le cadre de l'appui de la Première Dame et celui fourni par le Fonds mondial, ainsi que celui du projet FERS, pour éviter les chevauchements et le double emploi.

#### *Faible couverture des interventions PTME*

La couverture géographique de la PTME est encore réduite. En effet, les centres de santé offrant le service CPN ne peuvent plus offrir la névirapine aux clientes, peu d'entre eux peuvent offrir le dépistage, alors que seulement 2 structures, les UREI, peuvent offrir le traitement anti rétroviral pour tout le pays, ce qui est insuffisant en termes d'accessibilité géographique qui s'accompagne d'une inaccessibilité financière si on tient compte des dépenses encourues pour le déplacement et le séjour dans la zone de l'UREI ; les populations rurales s'en trouvent pénalisées

#### *Problème d'abandons*

- On enregistre beaucoup d'abandons des femmes sous protocole PTME, qui sont multifactoriels : recours à la médecine traditionnelle, facteurs sociaux liés essentiellement à la stigmatisation et à la discrimination, la distance jusqu'aux sites de prise en charge pour les femmes séropositives.
- L'option UREI est une arme à double tranchant ; elle permet de disposer d'une structure dotée d'une expertise en matière de prise en charge médicale des malades du Sida, mais elle peut aussi constituer une source d'étiquetage des malades dans un

pays où le Sida est encore du domaine du tabou. Ainsi certains abandonneraient le protocole pour éviter d'être reconnu et pointés du doigt.

- Les tests de confirmation sont très longs et très irréguliers avec parfois la perte des échantillons.

#### *Schéma ARV prophylactique utilisé*

- Le schéma court de la névirapine en intra partum souffre des insuffisances de la monothérapie concernant la prévention (usage limité à l'impossibilité d'autres schémas). En outre il ignore les cas où la prophylaxie ARV doit être débutée le plus précocement possible voire renforcé notamment en présence de facteurs d'accouchement prématuré ou de menace d'accouchement prématuré.
- L'option de remise de la dose de névirapine à la femme enceinte dans la perspective de l'auto administration est en voie de disparition, ce qui impose le besoin de clarification des responsabilités et des procédures en matière d'introduction et d'arrêt d'un schéma d'usage national.

#### *Certains groupes cibles ne sont pris en compte dans la mise en œuvre de la stratégie*

- Il n'existe pas de mécanisme de suivi des enfants nés de mères séropositives au-delà des premières 72 heures de la naissance ; ainsi il est difficile voire impossible de connaître leur statut sérologique à 18 mois (A Malabo, notification à partir de déc.2008:5 cas) ainsi que leur devenir.

#### *Aucun enfant n'est sous ARV dans tout le pays*

- Les femmes enceintes séronégatives alors qu'elles sont les plus nombreuses

(>90%) présentent un haut risque d'infection ultérieure

- Les hommes (-conjoints): surtout s'ils sont séro différents
- Les femmes séropositives non encore enceintes: besoin de PF pour éviter les grossesses non désirées
- Les femmes enceintes qui consultent dans les cliniques privées. Celles-ci n'ont pas été incluses dans la stratégie PTME.

### **3. Les opportunités qui s'offrent à la stratégie PTME**

- L'implication personnelle du Chef de l'Etat dans la lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que celle de la Première Dame du pays qui a mis à la disposition du programme SR du lait artificiel en faveur des enfants nés de mères infectées par le VIH ;
- L'augmentation des ressources financières allouées à la lutte contre le VIH/SIDA à travers le fonds de développement social ;
- L'accompagnement de la stratégie par les partenaires au développement, que ce soit les agences du système des Nations Unies qui sont en voie d'élaboration d'un programme conjoint d'appui au pays en matière de lutte contre le Sida et dont la stratégie PTME va bénéficier, la coopération bilatérale (présence de près de 150 coopérants cubains) ou des ONGs internationales ;

- Des possibilités du pays de disposer d'une bonne couverture en personnel qualifié dues à la présence de l'Université Nationale et d'autres institutions de formation en technique de santé.

- Le pays se classe parmi les pays à revenus intermédiaires, capable de mettre à disposition des ressources adéquates en faveur des interventions PTME

### **4. Les menaces pesant sur la stratégie PTME**

- La dépendance de l'aide extérieure, celle-ci risquant d'être réduite dans le contexte actuel de crise financière mondiale
- Le poids de la culture avec certaines croyances qui freineraient le recours ou la continuité de la PTME, accentué par la peur de la séropositivité.
- Le risque de départ du personnel formé suite à la démotivation manifeste liée à la faiblesse de leur rémunération.

# Chapitre 5- RECOMMANDATIONS

L'expérience pilote développée par la Guinée Equatoriale a abouti à quelques résultats positifs qu'il faudra consolider, mais aussi des faiblesses qu'on devra corriger dans le cadre du passage à l'échelle, autrement dit de l'évolution de la phase pilote à celui de l'extension au niveau national.

Pour réussir ce cap et sur base des constats faits par la présente évaluation des recommandations ont été formulées ; ils visent à orienter les planificateurs et les gestionnaires de la PTME à différents niveaux, dans le choix des interventions qu'ils sont appelés à faire à moyen et à long terme.

*Pour capitaliser les forces de la stratégie*

## Recommandation 1

Enrichir davantage la gamme des outils de gestion de la stratégie PTME : renforcement et opérationnalisation du cadre institutionnel de lutte contre le Sida, clarification des rôles, élaboration d'une politique PTME, validation et vulgarisation de nouveaux protocoles (PTME et prise en charge pédiatrique), élaboration du plan de passage à l'échelle

## Recommandation 2

**Poursuivre le plaidoyer pour stimuler davantage et maintenir le degré de l'engagement des décideurs et des partenaires : fora d'échanges, tables rondes, visites d'échange d'expérience dans d'autres pays africains, ateliers de sensibilisation des décideurs, note au Chef de l'Etat et au Premier Ministre, etc.**

## Recommandation 3

Il faudra harmoniser et renforcer le système d'approvisionnement des intrants (médicaments, réactifs, lait artificiel) afin d'éviter les chevauchements entre intervenants et réduire les ruptures de stock. Pour le lait artificiel cela reviendra à délimiter les aires géographiques de distribution pour l'initiative de la Première Dame et le projet

Fonds Mondial, et à clarifier le mécanisme de fourniture du lait aux bénéficiaires afin d'en faciliter le suivi.

*Pour renforcer les points faibles*

## Recommandation 4

Etendre la stratégie PTME sur tout le territoire national en veillant à améliorer le paquet à offrir dans ce cadre par l'intégration de la PTME à d'autres services de la santé reproductive et des liens harmonieux entre structures de niveaux différents. Cette extension serait précédée d'une expérience pilote d'une année par lequel les nouveaux protocoles et normes seraient testés, documentés et évalués. Tous les hôpitaux devraient à terme être capables de dispenser la thérapie ARV et tout médecin devrait être capable de prescrire et conduire une prise en charge par la TARV. Il s'agit de la décentralisation de la prophylaxie ARV et de la prise en charge thérapeutique des femmes séropositives et de leurs enfants

## Recommandation 5

Toute structure offrant la CPN devrait aussi être dotée de capacités de fournir les services de conseil pré test, le test rapide et le conseil post test lors de la remise du résultat ainsi que l'orientation pour une prise en charge adéquate en cas de séropositivité, lorsque les services de prise en charge ne sont pas disponibles sur place

## Recommandation 6

On doit souligner que le passage à l'échelle et la pérennisation d'un programme PTME passent par la formation de cadres et agents de santé au niveau national, régional, provincial et de district en leur donnant toutes les informations appropriées. Il faudra donc former tout le personnel s'occupant de la CPN y compris les infirmiers en matière de VIH/Sida en général et en PTME en particulier. Des modules additionnels suivant devront compléter ceux existants :

- Aperçu général de la prévention de

- l'infection à VIH chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ;
- Interventions spécifiques pour la prévention de la TME ;
  - Alimentation du nourrisson dans le contexte d'infection par le VIH ;
  - Stigmatisation et discrimination liée à la TME ;
  - Liens avec les services de traitement, de soins et de soutien pour les mères et les familles infectées ou affectées par le VIH ;
  - Suivi des programmes PTME

Pour cela un plan national coordonné de formation et de renforcement de la capacité des services de santé maternelle et infantile au niveau sera élaboré et mise en œuvre.

Dans la pratique on formera des pools de formateurs par province pour assurer la formation continue aux autres prestataires afin de pallier aux déperditions du personnel compétent en matière de PTME

#### Recommandation 7

La contractualisation des services PTME dans les formations sanitaires est une approche sur laquelle une réflexion devra être menée. Elle a un double avantage mise à disposition de ressources pour acquérir facilement le matériel nécessaire (petit matériel de CPN ou d'accouchement), et de motiver le personnel œuvrant dans ce domaine ; cette contractualisation concernerait aussi bien les formations publiques que privées

#### Recommandation 8

Les organisations de la société civile et les organisations à assises communautaires devront être impliquées car elles sont les mieux indiquées pour un travail en profondeur de sensibilisation à la PTME. Deux catégories d'organisations semblent les plus à même de s'acquitter de cette mission, il s'agit des associations de personnes vivant avec le VIH et les associations féminines.

#### Recommandation 9

L'option de Névirapine seule en dose unique, quoique simple et facile à administrer, devrait être remplacée par

une association de 3 produits ARV, dans des conditions adaptées à la situation locale, comme le recommande l'OMS. Dans cette optique la validation et la mise en application du nouveau protocole PTME est impérieux

#### Recommandation 10

**La prise en charge thérapeutique du VIH pédiatrique est une urgence en Guinée Equatoriale vu la gravité de la situation (aucun enfant n'est sous traitement ARV).**

**Dans de plus bref délais les partenaires devraient se mettre ensemble pour prendre les mesures qui s'impose afin d'assurer le suivi sérologique, thérapeutique et nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives.**

**Dans la foulées on devra disponibiliser rapidement les ARV sous forme pédiatrique et former les prestataires sur la prise en charge du VIH pédiatrique**

#### Recommandation 11

Compléter le paquet de services à offrir dans le cadre de la PTME :

- Counselling et dépistage destinés au couple en cas de séronégativité de la femme enceinte en CPN avec un accent particulier sur le dépistage du conjoint et un but de pouvoir les orienter pour le choix de moyen adéquat de prévention du VIH ;
- Planification familiale à l'intention de femmes séropositives pour éviter de futures grossesses non désirées et ainsi prévenir de potentielles contaminations aux enfants issues de ces grossesses ;

#### Recommandation 12

Il serait judicieux d'introduire la PTME dans les cliniques privées étant donnée qu'un effectif assez important de femmes enceintes y sont suivi en CPN surtout en milieu urbain

#### Recommandation 13

**Un suivi efficace des interventions de la PTME exige que la collecte et le traitement des données se fasse sur une base régulière et périodique, convenue**

et connue de tous les intervenants et à tous les niveaux (mensuelle pour le niveau périphérique, trimestrielle pour les niveaux intermédiaire et central).

#### Pour exploiter efficacement les opportunités

##### Recommandation 14

Face au manque de ressources suffisantes pour mener à bien les interventions préconisées il faudra élaborer une stratégie de mobilisation de ressources pour capter de façon systématique les différentes opportunités de financement aussi bien auprès des bailleurs de fonds potentiel que des bailleurs de fonds traditionnels.

Une opportunité s'offre aujourd'hui et devrait être saisie par le pays pour financer des services complets de PTME. Il s'agit du 9<sup>ème</sup> appel à proposition du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, qui vient d'être lancé et dont l'échéance est au 31 juin 2009.

##### Recommandation 15

Dans le souci d'assurer l'efficacité des intervention et maintenir le suivi régulier de celles-ci nous recommandons de mettre sur pied un groupe de travail permanent sur la PTME piloté par l'UNICEF en collaboration avec le ministère de la santé pour mener de façon continue une réflexion sur ce domaine, clarifier le rôle de chacun et en assurer le suivi.

##### Recommandation 16

Désignation d'un point focal chargé de la PTME au sein du programme national de santé de reproduction qui assurera un suivi permanent des interventions exécuté dans le cadre de la stratégie

#### Pour écarter les menaces

##### Recommandation 17

Le Gouvernement devra faire un effort pour mobiliser des ressources internes en faveur de la lutte contre le Sida en général et de la PTME en particulier. Cela devrait être réalisé à travers l'accroissement de la part allouée à ce domaine au titre du budget général ainsi par le biais du Fonds de Développement Social. Cette démarche stimulera non seulement la motivation des prestataires nationaux et la qualité des services, mais aussi attirera des financements extérieurs additionnels.

##### Recommandation 18

Les obstacles d'ordres culturels au recours à la PTME ne pourront être surmontés que par une sensibilisation de proximité, basée sur la connaissance du terrain et du vécu des communautés. Les organisations à assise communautaire ainsi que les personnes vivant avec le VIH sont à même, s'elles sont impliquées d'aider à combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH par le biais de la sensibilisation de masse, la communication interpersonnelle, les groupes de parole, le témoignage, etc.

##### Recommandation 19

Le gouvernement devrait initier une politique claire de développement des ressources humaines prenant en compte aussi bien le renforcement des compétences, la motivation et la fidélisation des professionnels

# ANNEXES

## Annexe 1 : Termes de référence

### Consultant international pour la revue de la stratégie PTME en Guinée Equatoriale

#### Contexte et Justification :

Après le premier cas du SIDA enregistré en Guinée Equatoriale, beaucoup de mesures urgentes ont été menées à bien pour empêcher la propagation de cette pandémie du Siècle. Actuellement, malgré le manque des données actualisées, le VIH/Sida et son taux croissant de prévalence, particulièrement parmi les femmes, est une question très préoccupante dans le pays.

Le Cadre Stratégique, les Plans Sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA déjà élaboré et adoptés par le Gouvernement depuis 2001, a permis le développement de réponses multisectorielles comme réponse nationale ; après de nombreuses années, le processus de l'accès aux ARV a été exécuté, avec l'appui des partenaires au développement, comme : PNUD/Fond Mondial, OMS, UNICEF et FNUAP. Le fonctionnement de la PTME n'a pas été effectif avant 2003 en Guinée Équatoriale puisqu'il a été entamé comme projet pilote/expérimental, mené à bien par le Programme Santé Reproductrice et le PNLS dans plus de 18 centres du pays.

Dans le cadre de l'accomplissement des recommandations de la Campagne Mondiale de Lutte contre le VIH/SIDA de l'UNICEF sur les 4Ps, on prétend depuis ce versant la prévention de la transmission de VIH de mère à enfant et fournir des soins pédiatriques d'enfants infectés. Avec ce but de permettre à toutes les femmes enceintes, à ses enfants et ses conjoints d'avoir accès à la PTME, une révision globale des interventions jusqu'à présent menées à bien est indispensable après son implantation, pour corriger les erreurs dérivées et poser des stratégies nouvelles et des interventions qui puissent garantir l'aptitude à soutenir des opérations fonctionnelles et organisationnelles de la Prévention de la Transmission du VIH de Mère à Enfant.

Pour mener à bien ce processus, il est nécessaire l'assistance d'un expert international qui ait l'expérience dans les services de PTME dans la sous région afin de garantir un fonctionnement de services qu'ils répondent aux exigences internationales, en permettant la prestation des services de qualité à la femme enceinte et à son nouveau né.

#### Objectif Général:

Procéder à une **révision et évaluation de la stratégie de PTME** après la mise en fonctionnement dans l'année 2003 jusqu'à présent, pour faciliter une postérieure actualisation du protocole PTME.

#### Objectifs spécifiques:

1. Réaliser une revue de la situation de PTME aux 18 districts du pays : souligner les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces et les défis du programme en Guinée Equatoriale.

2. Formuler les recommandations afin d'améliorer le fonctionnement du programme et de procéder à l'actualisation du protocole PTME.
3. Appuyer l'équipe nationale dans l'élaboration d'un plan de passage à échelle.

### **Des résultats attendus**

1. Les résultats de l'analyse de la situation de la stratégie de la PTME (avec les points forts, les faiblesses, les opportunités et les menaces du programme) sont disponibles et validés dans le pays.
2. Les recommandations sont formulées pour améliorer le processus et le protocole de la PTME.
3. Plan de passage à échelle, assorti d'un budget.

### **CARACTERISTIQUES DU POSTE INTERNATIONAL:**

Titre:	Consultant International pour mener une évaluation de la stratégie PTME en Guinée Equatoriale (L4)
Durée:	1 mois
Sous la supervision de l'UNICEF en Guinée Equatoriale:	Coordinateur du VIH
Partenaires :	MINSABS, Programme National de Lutte contre le SIDA, Agences de Nations Unies et la Société Civile
Basé à :	Malabo

### **QUALIFICATIONS ET EXPÉRIENCE:**

- Diplômé en Santé Publique ou Epidémiologie.
- Expérience documentée dans le domaine du VIH/Sida et la transmission mère – enfant.
- Expérience documentée en termes de l'élaboration, exécution, suivi et évaluation des projets sociaux.
- Expérience dans la rédaction des rapports.
- Expérience de travail avec les communautés.

### **COMPETENCES:**

- Leadership et habilités de coordination.
- Habilité de communication
- Indispensable niveau très élevé écrit et oral d'espagnol. D'autres langues des Nations Unies (Français, Anglais) seront un atout.
- Maîtrise des outils informatiques (Word, Excel).
- Adaptabilité et flexibilité.

## Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

### a. Participants aux interviews semi structurées

N°	Nom et prénom	Institution/Organisation	Fonction	Téléphone
1.	Dr Oumar Baldé	UNFPA	Expert international	+240 276711
2.	Rafaël Ondo Esono	Ministère de la santé	Responsable des soins de santé primaires	+240 259740
3.	Manuel Nzi Nzang	Carlos III		+240 670180
4.	Antonio Oyono	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme		+240 249167
5.	Dr Nemesio Abeso	Programme national de lutte contre le Sida		+240 253252
6.	Gertrudis Nzang	Programme national de santé de la reproduction	Coordinatrice nationale	+240 273887
7.	Dr Cruz	Programme national de lutte contre le Sida		+240 259405
8.	Dr M'Pele K.Pierre	Organisation Mondiale de la Santé	Représentant	+240 216854
9.	Jesus José Mba Nchama	Croix Rouge de Guinée Equatoriale	Président	+240 273138
10.	Dr Mercedes Bori Bohato	Organisation Mondiale de la Santé	Conseillère Maternité sans risque	+240 093236
11.	Dr Luis Buscarons	Cellule Fonds Mondial du PNUD	Expert en Suivi-évaluation	
12.	Dr Luciano ABAGA	Organisation Mondiale de la Santé	Chargé de la lutte contre la maladie	+240 259105
13.	Dr Angela Katherine Lao	UREI Malabo	Médecin	+240 617727
14.	Isidoro Masie Obiang	Hôpital de Luba	Jefe de enfer, responsable PTME	+240 214505
15.	Esperanza Abeme Mba	Hôpital de Malabo	Technicien de laboratoire	+240 271489



16.	Clotilde Bokotchi	Hôpital de Malabo	Auxiliaire administrative au laboratoire	+240 558173
17.	Assoumpta Nzemo	Hôpital de Malabo	Comadrona, Responsable PTMH	+240 252207
18.	Teodora Alene	Centre de santé de Campo Yaunde	Directora del centro ATS/Matrona	+240 257404
19.	Federico Mandang Edu	Centre de santé Maria Rafols	Responsable du service de santé maternelle et infantile	+240 536531
20.	Sonia Gil	Centre de santé Maria Rafols	Directrice du centre de santé	
21.	Francesca Mayo	Hôpital de Bata	Technicienne de laboratoire	+240 249600
22.	Agustin Sanchez Barrancos	FERS-Bata	Coordinator	
23.	Amancio Ekono Angono	Délégation régionale de Bata	Coordinateur régional du PNLS	
24.	Dr Gabriel Asama	Hospital distrital de Micomeseng	Director	
25.	Dr Camilo Ela	Hospital provincial de Ebebiyin	Jefe servicio de ginecologia	+240 8303
26.	Dr Maria Del Pilar Nkene Bivini	Hospital provincial de Mongomo	Jefe servicio de ginecologia.....	
27.	Georgina Estrada	Hospital provincial de Mongomo	Technicien de laboratoire	
28.	Isabel Mokuy	Hospital provincial de Mongomo	Auxiliaire de laboratoire	
29.	Herelinda Angue	Hospital provincial de Mongomo	Hospital provincial de Mongomo	
30.	Marguerite Mikue	Hospital provincial de Mongomo	Hospital provincial de Mongomo	
31.	Antonio Ondo Masa	Centro de salud de Nkimi	Director del centro de salud	

32.	Sr Sophie Mulunga Ungwa	Centro de salud Maria Gay Tibau	Responsable del centro de salud	
33.	Benjamin Ela	Centro de salud Maria Gay Tibau	Director	
34.	Dra Emma Bashmakovic	UREI Bata	Jefe de servicio	
35.	Dr Justo Alogo	UREI Bata	Ajunto del jefe de servicio	
36.	Mirabelle Niegue Ndong	UREI Bata	Conseillère	
37.	Albertina Nkulu Enumbie	UREI Bata	Conseillère	

**b. Participant à l'atelier de restitution des résultats de Malabo et Luba**

N°	Nom et prénom	Organisation/structure	Téléphone
1.	Luis Manuel Pietro Tato	AT-Carlos III	
2.	Pablo Rojo Canejo	AT-Carlos III	
3.	Manuel Nzi Nzang	AT-Carlos III	+240 670180
4.	Eduardo Celeda	AT-Carlos III	+240 604217
5.	Asuncion Nzema	Hôpital de Malabo	+240 252207
6.	Déogratias Nsoho Ela	PNUD/Fonds Mondial	+240 250323
7.	Gustodio Sebocha	Hôpital de Luba	+240 259720
8.	Antonio Maria Oyono	PNUD/Fonds Mondial	+240 249167
9.	Isabel Benlloch	Unicef	+240 644527
10.	Cecilia Ortega	CarlosIII	
11.	Isidoro Masie Obiang	Hôpital Luba	+240 214505
12.	Paul Espinoza	PNUD/Fonds Mondial	+240 651687
13.	Luis Buscarons	PNUD/Fonds Mondial	+240 679919
14.	Dra Angela Katherine Lao	UREI Malabo	+240 617727
15.	Justo Alogo	UREI Bata	+240 224413
16.	Eulalia Longo	PNLS	+240 238289

17.	Antonio Martin Elo	Hôpital Luba	+240 256879
18.	Teodora Alene	Centre de santé de Campo Yaunde	+240 257404

**c. Participantes au focus group**

1. Léonie Eyang
2. Agripina Nfono
3. Josepha Obono
4. Eulalia Angue
5. Marie Jeanne Nchama

### **Annexe 3 : Liste des documents consultés**

1. Ministerio de sanidad y bienestar social. *Modulo de formacion sobre aspectos biologicos del PTMH*
2. Ministerio de sanidad y bienestar social. *Modulo de formacion sobre aspectos clínicos y biologicos del VIH/Sida*
3. Republica de Guinea Ecuatorial-Presidencia. *Decreto num. 107/2006, de fecha 20 de noviembre, por el que se toman medidas urgentes para frenar la propagacion del VIH/SIDA en Republica de Guinea Ecuatorial.*
4. OMS-CDC. *Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant- Matériel générique de formation, Manuel du participant; 2006*
5. USAID, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable. *Conseils Pratiques à l'Usage des Programmes, mars 2002-12-20*
6. OMS & Université de Columbia. *Sauver des mères, sauver des familles : l'Initiative PTME-Plus, Etude de cas*
7. Impact Médecin. *Guide infection à VIH 2001*
8. Alain BERREBI. *Le SIDA au féminin, 2001*
9. OMS. *Interventions prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/Sida dans le secteur de la santé, décembre 2008*

## Annexe 4: Outils de collecte des données

### EVALUATION DE LA STRATÉGIE PTME EN GUINÉE ÉQUATORIALE

#### GUIDE DE DISCUSSION LORS DES FOCUS GROUPS POUR BÉNÉFICIAIRES DE PTME

##### IDENTIFICATION

Lieu du focus group:

Date :

Nom de l'animateur :

Heure de début de la séance :

Heure de fin de la séance:

Nombre de participants<sup>7</sup> :

##### Aide mémoire-

1. Les facilitateurs de la discussion doivent saluer les participants et se présenter nommément puis demander à ceux-ci d'en faire autant
2. Expliquer les objectifs de la discussion :ie ce que l'on attend des participants, ce que l'on va faire avec les résultats
3. Expliquer que les discussions sont libres et tranquilliser les participants que ce qu'ils diront restera confidentiel.
4. Demander l'approbation/autorisation des participants pour commencer
5. Guider la discussion en introduisant le thème sans trop interférer dans la discussion
6. La séance ne doit pas dépasser 2 heures de temps

#### *Thème 1 : Connaissance du programme PTME*

##### Questions:

1. Connaissez-vous le programme qui aide à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ? Comment avez-vous été informé de son existence ?
2. Pensez-vous que la population, les femmes en particulier, est suffisamment informée sur ce programme ? (Leur demander de justifier à chaque fois la réponse)
3. Qu'est-ce qui est fait pour vous lorsque vous avez recours aux structures qui offrent des services pour la PTME ?

#### *Thème 2: Appréciation des prestations fournies dans le cadre de la PTME : objet de satisfaction ou d'insatisfaction ;*

##### Questions :

1. Avez-vous facilement accès aux services PTME offerts par les structures que vous avez évoquées ? (Leur demander d'expliquer leur réponse)
2. Etes-vous satisfaits des services offerts aux mères et enfants infectés par le VIH dans le cadre du programme PTME ? (Leur demander d'expliquer leur réponse)

#### *Thème 3 : Suggestions pour l'amélioration des prestations du programme PTME*

##### Questions :

D'après vous qu'est qui devrait être fait pour que les bénéficiaires de la PTME soit mieux pris en charge ?

<sup>7</sup> Ne pas oublier d'annexer la liste des participants

## EVALUATION DE LA STRATÉGIE PTME EN GUINÉE ÉQUATORIALE

### GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

#### Aide mémoire-

1. L'enquêteur doit saluer et se présenter nommément puis demandent le nom du responsable interviewé
2. Expliquer les objectifs de l'interview : ie ce que l'on attend de l'interlocuteur, ce que l'on va faire avec les résultats
3. Poser les questions en suivant l'ordre du guide sans en être prisonnier : l'interlocuteur peut anticiper en répondant dans la foulée à une question qui n'est pas encore posée, en outre des questions nouvelles peuvent surgir au cours de l'interview
4. Prenez des notes de ce que dit l'interlocuteur au fur et à mesure, en dessous de la question dans l'espace laissé vide à cet effet

#### **IDENTIFICATION :**

Date :...../...../2008

Nom de l'enquêteur : .....

Nom du responsable enquêté :.....

Fonction du responsable enquêté :.....

Structure/organisation concernée :.....

Entité administrative (Province/Commune/ District )<sup>8</sup>:.....

1. Depuis quand occupez-vous cette fonction et quel est votre rôle dans cette structure/organisation?
2. Que savez-vous de la stratégie PTME de la Guinée Equatoriale ?
3. Pourriez-vous nous décrire les réalisations du programme PTME ?
4. Quel est l'appui apporté par votre structure/l'organisation au programme PTME dans ce pays ?
5. Comment appréciez-vous des prestations fournies dans le cadre du programme PTME ? (relever les points forts et points faibles)
6. Que suggérez-vous pour que les prestations du programme PTME soient améliorées ?

*{Demander à l'interlocuteur s'il dispose de documents ou données utiles pour documenter ce que fait son organisation}*

---

<sup>8</sup> Cocher la mention inutile

**D'EVALUATION DE LA STRATÉGIE PTME EN GUINÉE ÉQUATORIALE**

**GRILLE D'OBSERVATION**

**IDENTIFICATION**

**Date :**

**Structure/Service observé:**

**Localisation de la structure :**

**Nom de l'observateur:**

**Aide mémoire-**

1. A l'arrivée l'observateur salue les prestataire(s) du service concerné
2. Il explique les objectifs de l'observation: ie ce que l'on attend des participants, ce que l'on va faire avec les résultats
3. Il doit mettre à l'aise les personnes œuvrant dans le service visité
4. Il doit veiller à ne pas interférer dans le fonctionnement de la structure observée
5. Il faudra éviter d'émettre des critiques sur le fonctionnement du service, mais se contenter d'observer ;
6. Il notera sur la grille ses observations au fur et à mesure

**Objet d'observation 1 : Infrastructure**

- ☛ Salle d'attente : Espace suffisant    Oui     Non
- ☛ Salle de consultation :
  - Espace suffisant                      Oui     Non
  - Garanti de confidentialité        Oui     Non

**Objet d'observation 2 : Equipement**

- ☛ Salle d'attente : Existence de bancs/chaises d'attente    Oui     Non
- ☛ Salle de consultation :
  - Existence de chaises pour clientes    Oui     Non
  - Existence de classeur pour dossier des clientes    Oui     Non
  - Protocole PTME à portée de vue ou de main du prestataire     Non
  - Existence d'un registre pour les clients    Oui     Non
- ☛ Laboratoire :
  - Existence de chaises pour clientes    Oui     Non
  - Matériel de prélèvement adéquat    Oui     Non  (énumérer et quantifier le matériel)
  - Matériel d'examen adéquat    Oui     Non  (énumérer et quantifier le matériel)

Type de matériel	Unité	Quantité

**Objet d'observation 3 : Prestations<sup>9</sup>**

☞ Disponibilité du personnel : Suffisant  Insuffisant satisfaisant

☞ Existence dans le registre des indications sur la suite réservée à la consultation  
Oui  Non

☞ Disponibilité de médicaments prévus par le protocole PTME en quantité  
suffisante Oui  Non  (Enumérer et quantifier les médicaments  
disponibles)

Type de produit <sup>10</sup>	Unité	Quantité

<sup>9</sup> Pour des raisons de confidentialité nous pensons qu'il n'est pas aisé ni pour le prestataire ni pour la bénéficiaire d'observer directement le déroulement d'une séance de consultation

<sup>10</sup> Produit comprend aussi bien les médicaments ARV que les réactifs



### Annexe 5 : Calendrier de la mission d'évaluation

ACTIVITÉ	05-déc	06-déc	07-déc	08-déc	09-déc	10-déc	11-déc	12-déc	13-déc	14-déc	15-déc	16-déc	17-déc	18-déc	19-déc	20-déc	21-déc	22-déc	23-déc	24-déc	25-déc	26-déc	27-déc	28-déc	
Début du travail de terrain à Malabo	■																								
Travail de terrain à Malabo		■																							
Analyse de données collectées.			■	■																					
Réunion sur l'actualisation des protocoles et l'évaluation PTME & Travail de terrain à Luba					■																				
Travail de terrain Malabo						■	■																		
Travail de terrain à Luba								■																	
Présentation des données insulaires à Luba.									■																
Départ à Bata										■															
Travail de terrain à Bata											■														
Voyage à Ebibeying & Travail de terrain												■													
Travail de terrain à Ebibeying & Retour à Bata													■												
Travail de terrain à Bata & Retour à Malabo le soir														■											
Analyse de données															■										
Rédaction du rapport et préparation de la Feuille de Route.																■									
Dépôt du rapport provisoire																	■								
Elaboration de la feuille de route pour le passage à l'échelle																		■	■	■	■	■	■	■	■
Atelier de validation du rapport et de la Feuille de route																							■		
Finalisation des documents																								■	■
Départ du consultant																									■