

Royaume du Maroc



Ministère de la Santé

Evaluation finale du Programme de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant impliquant les services de santé de base dans les régions du Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Sous-Massa-Draâ

**Pr C. Courpotin
Consultant**



LISTE DES ABREVIATIONS

3TC : lamivudine
AES : Accident d'Exposition au Sang
ALCS : Association de Lutte Contre le SIDA
ALIS : Association de Lutte contre les Infections sexuellement transmissibles
ARV : antirétroviraux
ASCS : Association Sud Contre le SIDA
AZT : zidovudine
CCM : Country Coordinated Mechanism
CD4 : lymphocytes T4
CDC : Center for Disease Control
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
CPN : Consultation Pré-Natale
CPN1 : Première Consultation Pré-Natale
CS : Centre de Santé
CV : Charge Virale
DBS : dried Blood spot (technique de prélèvement de la PCR et CV sur papier buvard)
DELM : Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies
FM : Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GC : Grand Casablanca
HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
INH : Institut National d'Hygiène
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LPV/r : lopinavir boosté par le ritonavir
MoT : Modes of Transmission
MTH : Marrakech – Tensift – Al Haouz
ND : non déterminé
PCR : Polymérase Chain Reaction
PEC : Prise En Charge
PIB : produit intérieur brut
PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
SMD : Souss – Massa - Draâ
SMI : Santé Maternelle et Infantile
TARV : Traitement ARV
TS : Travailleur du Sexe
UDI : Usager de Drogue IV
UNGASS : United Nations General Assembly Special Session
WB : Westen Blot

SOMMAIRE

1. Introduction	6
2. Objectifs de l'évaluation.....	6
3. Présentation du Maroc.....	7
4. Données sur le VIH au Maroc.....	8
5. Méthodologie de l'évaluation.....	13
6. Le programme pilote de PTME.....	13
7. Les rencontres au niveau de l'organisation du programme.....	15
8. L'évaluation du programme PTME par région.....	16
8.1. Région de Souss Madra Draâ	
8.2. Région de Marrakech Tensift Al Haouz	
8.3. Région Grand Casablanca	
8.4. Evaluation : récapitulatif des 3 Régions SMD, MTH et GC.	
8.5. Evaluation des composantes du programme sur Rabat	
9. Conclusion de l'évaluation sur les objectifs spécifiques :.....	41
10. Recommandations à partir de l'analyse de ces données.....	48
11. Proposition de chronogramme pour la mise en place de l'extension de la PTME : plan d'action.....	58
12. Atelier d'évaluation du programme pilote et de réflexion sur la stratégie nationale de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.....	59
13. Conclusions.....	59
ANNEXE A : Termes de référence.....	61
ANNEXE B : liste des personnes rencontrées.....	65
ANNEXE C : Programme des visites.....	66
ANNEXE D : Fiche Technique atelier d'évaluation.....	68
ANNEXE E : Documents passés en revue.....	70
ANNEXE F : Fiche concernant la révision de l'indicateur de couverture ARV femme enceinte VIH+.....	71

REMERCIEMENTS

Dr Aziza Bennani, Chef de Service des MST/SIDA Ministère de la Santé
Dr Kamal Alami, Administrateur du programme ONUSIDA
Dr Aloys Kamuragiye représentant de l'UNICEF au Maroc
Dr Ahmed Laabid, Spécialiste en Santé UNICEF-Maroc
Pr Hakima Himmich, Chef de service en infectiologie CHU Casablanca, ALCS direction nationale Casablanca
Pr Bousekraoui, Chef Service Pédiatrie, Hôpital Mère enfant Marrakech
Pr Soumia Benchekroun, chef service Pédiatrie, CHU Rabat
Dr Soumia Triki Cadre Division IST/SIDA, coordinatrice unité de gestion du FM. Ministère de la Santé
Dr Amina Idrissi chargée de l'épidémiologie à la direction régionale du ministère de la Santé Grand Casablanca.
Dr Fatiha Guezzar, chargée de l'épidémiologie à la direction régionale de la santé, région SMD
Et tous ceux qui, sur les centres de santé et les centres de référence, m'ont accueilli avec gentillesse et efficacité.

RESUME

Depuis 1998, le Ministère de la Santé du Maroc s'est penché sur la problématique de la PTME à travers une fiche spécifique dans la circulaire de prise en charge mais c'est avec le plan stratégique 2007-11 qu'a été mis en place un programme pilote de PTME sur 3 Régions (Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Sous-Massa-Draâ) fondé sur l'intégration de la PTME dans les services de base de la SMI. Ce programme fait l'objet de la présente évaluation. L'objectif principal de cette évaluation est de montrer dans quelle mesure cette approche constitue une réponse adaptée à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et dans quelles conditions elle serait répliquable à l'échelle nationale.. Il s'agit donc de faire une analyse précise des données de l'évaluation pour en tirer des recommandations sur lesquelles seront fondées l'extension de la PTME et un plan stratégique pédiatrique pour en régir les modalités. Il est apparu lors de l'évaluation que le personnel de santé a bien accepté ce programme au niveau des centres de santé, que les femmes ont également répondu positivement à la proposition du test (taux d'acceptation 74,6%) et que l'implantation de ce programme n'a pas eu d'impact négatif sur la fréquentation des centres de santé. Elle a confirmé le bien fondé de l'implantation d'un programme de PTME qui se justifie sur le plan éthique et épidémiologique et sa faisabilité à l'intérieur du système établi pour le suivi de la SMI dans le respect de la confidentialité et des droits des personnes. Un certain nombre d'insuffisances sont apparues qu'il conviendra d'améliorer dans le futur par rapport à la gestion des déchets, l'indemnisation des AES et les ruptures en intrants (ARV pédiatriques et tests de dépistage). Les points les plus faibles concernent l'absence de communication du personnel soignant (CS et centres de prise en charge) au sein d'une même structure et entre les structures et la faible présence du secteur communautaire dont le partenariat est essentiel pour la réussite de la PTME. Au niveau de la prise en charge des femmes dépistées positives (9 femmes dans le programme) la motivation et l'implication des médecins varie selon leur spécialité : internistes/infectiologues > pédiatres > gynécologues. A ce niveau le dysfonctionnement majeur concerne la réalisation et le rendu de la virologie qui est un élément essentiel de la prise en charge et qui est victime d'une trop grande centralisation au niveau de l'INH. De même on peut noter la faiblesse de l'accompagnement social et psychologique alors que le soutien thérapeutique est efficace. Il convient que l'ensemble du programme dans le futur soit orchestré par un document des normes et procédures solide et consensuel avec un plan stratégique pédiatrique et de la PTME bien établi.

1. Introduction

Depuis 2008, le Maroc a débuté un programme pilote de PTME centré sur les régions du Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Sous-Massa-Draâ. Ce programme a été régulièrement suivi par un comité de pilotage et deux consultants nationaux et il était prévu qu'une évaluation finale ait lieu dès la fin 2010. C'est cette évaluation qui est l'objet du présent rapport. L'objectif final étant de tirer les leçons des points forts et des points faibles de cette phase pilote pour avoir des données précises sur le bien fondé de la PTME dans le contexte particulier du Maroc qui est celui d'une épidémie de type concentré et d'élaborer un programme PTME pour en accompagner l'extension.

2. Objectifs de l'évaluation

Les objectifs sont définis dans les termes de référence de la mission. (Voire annexe A)

2.1. Général

Evaluer le programme de PTME mis en œuvre à titre pilote au niveau des régions du Grand Casa, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Souss-Massa-Draâ et de montrer dans quelle mesure cette approche constitue une réponse adaptée à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et dans quelles conditions elle serait répliquable à l'échelle nationale.

2.2. Spécifiques

2.2.1. Evaluer les aspects organisationnels de la mise en œuvre de ce programme, notamment :

- L'implication des professionnels de santé
- La charge de travail et le retentissement sur le déroulement des autres activités du centre de santé
- Le volet éthique et respect de la confidentialité
- L'acceptabilité du test VIH chez les femmes enceintes
- La qualité de prise en charge y compris le système de référence et de contre référence de la patiente diagnostiquée positive au VIH et de son nouveau-né
- L'accompagnement psychosocial
- Le système de suivi (collecte des données, supervision régionale et nationale, réunions de coordination)

2.2.2. Evaluer l'efficacité et l'efficience du programme pilote PTME : Quel est le niveau de réalisation des objectifs visés pour le programme pilote PTME? Quels sont les coûts d'investissement et de fonctionnement par rapport aux résultats obtenus ?

2.2.3. Relever les obstacles et les opportunités à la mise en œuvre du programme

2.2.4. Evaluer la pertinence dans le contexte épidémiologique du pays de l'utilisation de la consultation prénatale comme opportunité de dépistage : telle

que conçue, est-ce que l'approche PTME constitue une réponse adaptée pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?

2.2.5. Elaborer des recommandations pour l'élaboration d'une stratégie nationale de PTME en tenant compte des différents facteurs de viabilité de ce programme et nécessaires pour son extension (aspects organisationnels, techniques, de gestion, public cible, structure de santé et programmes qui intègrent la PTME).

3. Présentation du Maroc

Nom officiel : Royaume du Maroc

Nature du régime : Monarchie

Chef de l'Etat : Roi MOHAMMED VI (intrônisé le 30 juillet 1999)

3.1. Données géographiques

Superficie : 450 000 Km² (710 000 Km² avec le Sahara Occidental)

Capitale : Rabat

Villes principales : Casablanca, Fès, Marrakech, Tanger, Meknès, Agadir et Oujda

Langue (s) officielle (s) : arabe

Religion (s) : Musulmans 98,7%, Chrétiens 1,1%, Juifs 0,2%

3.2. Données démographiques (2009)

Population : 31.285.174 habitants en juillet 09

0 – 14 ans : 30%, 15 – 64 ans : 64,7 %

âge médian de la population : 25 ans

Sexe ratio H/F : 1, 05

Population urbaine : 56%

Densité : 71 hab. / km²

Croissance démographique : +1,09%

Taux d'alphabétisation : 52,3% (plus de &5 ans sachant lire et écrire)

Indice de développement humain : 114ème sur 169 pays (classement 2010)

3.3. Données économiques (2009)

PIB global (2009) : 142,5 milliards d'USD

PIB par habitant (2009) : 4600 USD

Population sous le seuil de pauvreté : 15%

Taux de chômage : 9,1%

Dette publique : 54,1 % du PIB

Part des principaux secteurs d'activités dans le PIB :

- Agriculture : 17 %
- Industrie : 22 %
- Services : 61 %

3.4. Données sanitaires en 2009 :

Taux de natalité : 19,72 naissances / 1000 habitants

Taux de mortalité : 4,74 décès / 1000 habitants

Mortalité infantile : 29,75 décès / 1000 naissances vivantes
Taux de mortalité maternelle : 132 / 100.000 naissances vivantes
Espérance de vie à la naissance : 74,5 ans
Taux de fécondité : 2,27 enfants / femme

4. Données sur le VIH au Maroc^{1 2}

4.1. Les données actuelles

Fondée sur le système de surveillance sentinelle actuellement étendu à 30 sites et 20 groupes, la prévalence du VIH est estimée à 0,11 % dans la population générale. La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reste faible avec une quasi stabilité depuis l'année 2000 : selon les données de la surveillance sentinelle, la prévalence s'établissait à 0,06% en 2005 ; à 0,08%, en 2007 ; à 0,17% en 2009 (rapport UNGASS, 2010).

Cependant, la prévalence est beaucoup plus élevée dans certains groupes cibles comme les professionnels du sexe, les usagers de drogue IV et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes où elle atteint des prévalences respectives de 2-3 % (plus de 5% dans la région de Sous Massa Draa), 1,6 % et 4,4%. On est donc en présence d'**une épidémie de type concentrée**.

En 2010, le nombre de PVVIH était estimé à 26.000 et le nombre total cumulatif de cas de VIH/SIDA répertoriés depuis 1986 était de 5361 cas de VIH/SIDA avec 1704 cas de VIH et 3657 cas de SIDA.

Au cours de la période 2005 – 2009, la région Sous Massa Draa a regroupé près de 25% des cas notifiés et celle de Marrakech Tensift 21,3 % des cas. Ces deux régions représentent donc 46,2% des cas notifiés au Maroc.

L'analyse des cas notifiés apporte d'autres éléments intéressants :

- La **progression de l'épidémie** (voire figure 1)
- La concentration de l'épidémie vers **les adultes jeunes** : les 25 – 44 ans représentent 70,5 % des cas notifiés (voire figure 2)
- La **féminisation de l'épidémie** : les femmes représentaient 18 % des cas notifiés en 1986 et 47,9 % en 2009. (voire figure 3)
- La **prédominance de la transmission Hétérosexuelle** qui représente 87 % des cas notifiés. Les autres modes de transmission représentant respectivement 5,3 %, 2%, 2% et 1%, pour les transmissions homosexuelles, UDI, périnatales et transfusionnelles.

Figure 1 : évolution des cas de sida par années

¹ Royaume du Maroc rapport UNGASS 2010

² Royaume du Maroc : plan d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au SIDA 2007 - 2011

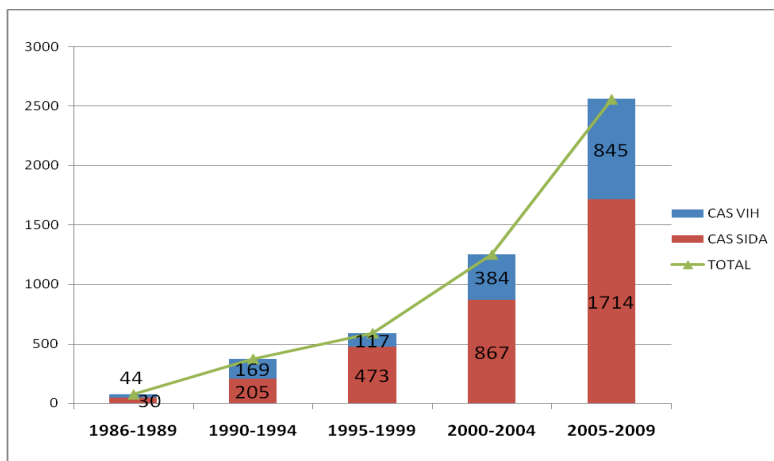


Figure 2 : Répartition des cas par âge et par sexe

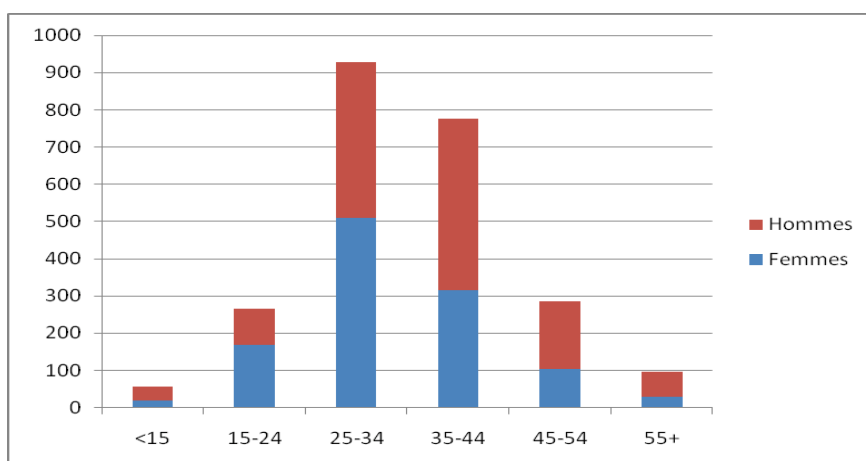
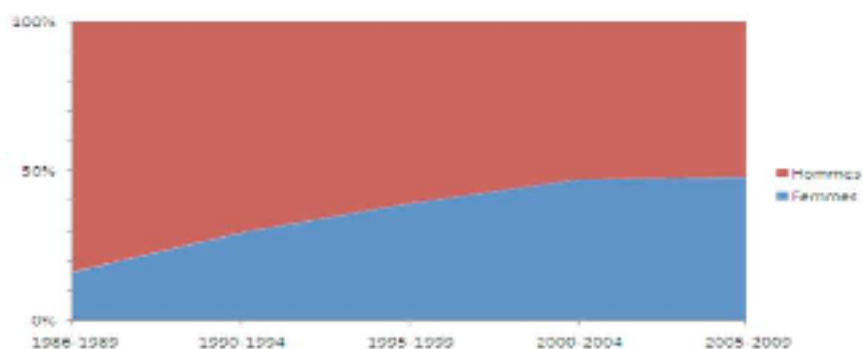


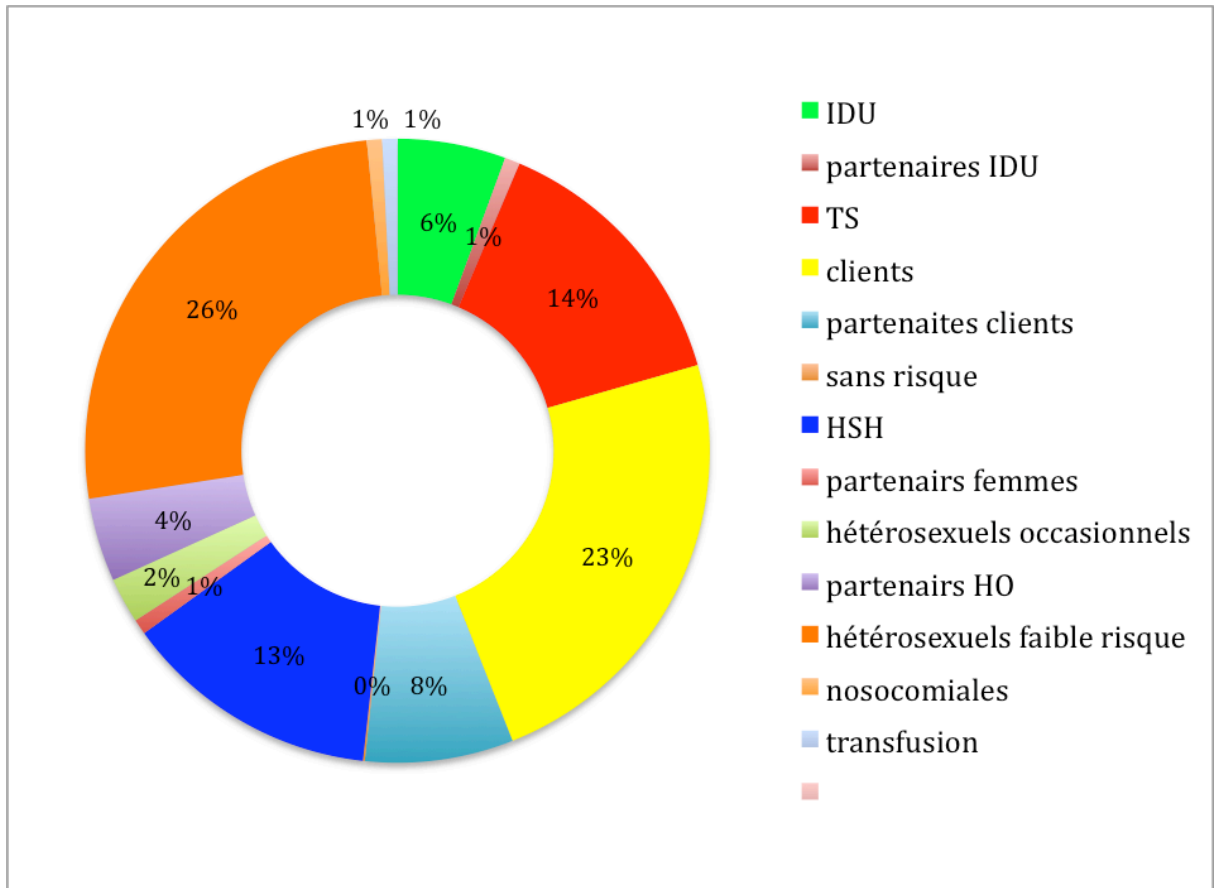
Figure 3 : répartition par sexe des cas de VIH/SIDA



Ces 4 caractéristiques montrent d'une façon évidente le **risque actuel qui pèse sur la transmission du VIH vers les femmes et les enfants** même si ces derniers ne représentaient en 2009 que 2,4 % des cas notifiés.

En ce qui concerne les nouvelles infections le « MoT model »³ fournit des données très importantes qui peuvent orienter la conduite à tenir pour le programme PTME :

Figure 4 : Distribution des nouvelles infections en fonction du mode d'exposition selon le modèle prédictif « MoT » pour le Maroc



En effet, il apparaît que 73% des nouvelles infections sont reliées soit directement soit indirectement à des groupes à risque. D'où l'importance de cibler ces groupes dans le futur programme PTME.

Le VIH/SIDA chez l'enfant :

194 cas cumulés de VIH/SIDA sont rapportés chez l'enfant de moins de 15 ans entre 1988 et octobre 2010 dont 72% résultent d'une transmission verticale, 50% de ces enfants ont moins de 2 ans.

Les ARV :

Le nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous TARV au 31 décembre 2010 est de 3203 personnes dont 166 enfants (pour une file active de 194 enfants) et 3037 adultes.

³ Ministry of Health Department of Epidemiology and Disease Control National STI/AIDS Programme : HIV MODES OF TRANSMISSION ANALYSIS IN MOROCCO August 2010

Par **rapport à la PTME**, la couverture en 2009 était de **22 % des besoins** estimés pour une couverture de **12 %** en 2007. Elle atteint **23,3 % fin 2010** avec 105 femmes enceintes VIH+ ayant reçu des ARV pour diminuer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La forte progression enregistrée a porté sur les régions de Sous Massa Draa, Grand Casablanca et Marrakech Tensift où une phase pilote de PTME intégrée dans les services de santé reproductive a été conduite dont l'évaluation est l'objet de la présente mission.

4.2. La réponse contre le VIH SIDA au Maroc

4.2.1. Contre le VIH / SIDA en général

Cette réponse est efficace et devrait s'inscrire dans la pérennité car elle est engagée à tous les niveaux de l'état et de la société civile. Avant tout au plus haut niveau de l'état avec un engagement personnel du Roi Mohammed VI et de la première Dame : la princesse Lalla Salma. Ensuite, au sein de la société civile où 8 ONG sont engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA et dans les secteurs gouvernementaux. Elle touche tous les domaines et plus particulièrement :

- La communication sur le VIH
- L'éducation des enfants, des jeunes et de la population générale
- La prévention
- Les groupes cibles (détenus, UDI, enfants vulnérables, femmes...)
- Les leaders d'opinion (Immam)
- Le dépistage
- La prise en charge et plus particulièrement l'accès aux ARV
- La surveillance épidémiologique (augmentation des sites et des groupes investigués)
- la centralisation des activités de lutte et de prise en charge avec création d'un Comité de coordination du Maroc (CCM)
- la recherche d'appuis financiers dont le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Cette réponse se concrétise **dans le Plan Stratégique National 2007 – 2011** dont la raison principale est « d'assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH. »

Ce plan à 4 objectifs spécifiques :

- renforcer les activités de **prévention** vers les populations cibles (enfants, jeunes, migrants, travailleurs mobiles, détenus, UDI, TS, PVVIH.)
- Renforcer le **dépistage** dans le respect du droit des personnes
- Renforcer la **prise en charge** dont le soutien psycho-social et l'accès aux ARV.
- Renforcer le **leadership national** pour la gestion et la coordination de la riposte multisectorielle au VIH/SIDA.

Les **indicateurs** fixés pour 2011 sont :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Pour la prévention : 1 million de personnes appartenant à des groupes à risques concernées.• Pour le dépistage : 150.000 tests effectués |
|---|

- Pour le **traitement ARV** : 4.500 personnes avec une indication de mise sous traitement réellement sous TARV

Les **Nations Unies** ont la charge d'orchestrer la mise en œuvre et le respect de ce plan avec 3 principes fondamentaux :

- **Un cadre national conjoint de lutte contre le sida** qui oriente les actions de tous
- **Un organisme national de coordination sur le sida** à représentation large et multi – sectorielle
- **Un système commun de suivi évaluation** à l'échelle nationale

4.2.2. Contre le VIH / SIDA dans la PTME

Le plan stratégique national de lutte contre le sida 2007- 2011 a prévu de renforcer le programme de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME). Une approche d'intervention impliquant les services de santé maternelle et infantile a démarré à titre pilote au niveau de trois régions : Grand Casablanca, Marrakech Tensift Al Haouz et Souss Massa Drâa. Ce programme a pour objectif d'évaluer, dans un pays à faible prévalence, la pertinence de l'intégration du conseil et test VIH dans la consultation prénatale, avant son extension aux autres régions prioritaires. Il est appuyé par l'UNICEF et le Fonds mondial.

Il s'est concrétisé par :

- La mise en place d'un comité national de pilotage de la PTME
 - L'élaboration d'un protocole d'intervention pour la mise en œuvre et le suivi - évaluation du programme
 - L'équipement des sites : tests rapides et formation des prestataires
 - Le recrutement de 2 consultants nationaux pour le suivi du programme
- C'est par rapport à l'évaluation de ce programme que se situe la présente mission

4.2.3. L'organisation de la direction de la PTME dans le secteur publique

Elle est essentiellement régie par la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) division IST/ SIDA du ministère de la Santé (PNLS) sous la direction du Dr Aziza Bennani. Cette division est en charge et de l'élaboration des normes et procédures et du suivi évaluation en matière de PTME. Ce domaine est sous la responsabilité du Dr Soumia Triki qui a accompagné l'ensemble de la présente mission.

Deux autres directions du Ministère de la Santé participent également à la PTME : la direction de la Population dont la branche protection de la Santé infantile est sous la responsabilité du Dr Aziza Lyaghfour et le direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires dont la partie soins ambulatoires est placée sous la responsabilité du Dr Katra-Ennada Darkaoui.

En résumé, il apparaît que la PTME est essentiellement régie par la DELM division IST/SIDA du ministère de la Santé. Cependant son cadre d'activité pour la PTME (centres de santé et hôpitaux) est sous la responsabilité de la direction des hôpitaux et soins ambulatoires et son activité s'insère dans les cadre de prise en charge et de suivi des mères et des enfants qui est sous la responsabilité de la direction de la population.

5. Méthodologie de l'évaluation

Cette évaluation a été faite en plusieurs phases successives :

- Collecte et étude des documents relatifs à la gestion de la lutte contre le VIH/SIDA, à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et plus particulièrement à la PTME dans le contexte du Maroc
- Collecte et étude des documents relatifs au programme pilote de PTME qui est l'objet de la présente évaluation : documents normatifs, rapports d'évaluation, donnée de terrain
- Rencontre des responsables politique et administratifs au niveau central et sur les sites des 3 régions
- Détermination du plan de travail et des indicateurs à utiliser pour les visites d'évaluation au niveau des différentes structures sur le terrain.
- Visite des centres de santé, des centres de référence et des ONG en rapport avec le programme au niveau des 3 régions et de certaines structures liées au programme au niveau de Rabat.
 - Les visites des structures de prise en charge (centres de santé et centres de référence) ont été conduites en trois temps :
 - Entretien avec l'ensemble de l'équipe (tous les intervenants du site dans le programme pilote de PTME) : il s'agissait d'un dialogue avec des questions ouvertes menées selon un schéma préétabli identique pour l'ensemble des sites
 - Vérification des données sur les différents registres de la structure (accueil, tests, « bouclette »
 - Visite des locaux : état, possibilité de confidentialité,
- Analyse des données
- Recommandations émises à partir de l'analyse des données
- Propositions pour l'extension du programme en tenant compte de l'analyse des données et des recommandations

6. Le programme pilote de PTME

6.1. Présentation du programme pilote⁴

Son objectif général est d'évaluer la pertinence d'un programme PTME impliquant les services de soins de santé de base et définir le cas échéant, les modalités pour son extension aux régions prioritaires.

Les sites choisis l'ont été en fonction

de la fréquentation des femmes enceintes en CPN,

de la prévalence dans la région

du profil des équipes qui travaillent sur les centres de santé

Les modalités des différentes étapes de l'intervention sont présentées en détail :

- Conseil individuel et dépistage systématiquement proposé à chaque femme enceinte

⁴ Ministère de la Santé Programme PTME impliquant les services de santé de base dans les régions du Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Sous-Massa-Draa octobre 2008

- par le médecin ou le personnel paramédical
- test pratiqué par le médecin ou le personnel paramédical
- redu du test par le médecin
- femme enceinte orientée avec une fiche de référence après contact avec le médecin vers un centre de référence en cas de test positif confirmé en WB
- prise en charge de la femme enceinte : (modalités du bilan initial, de l'administration d'ARV comme traitement ou comme prophylaxie, du suivi clinique et biologique)
- modalités de l'accouchement : voie basse ou césarienne prophylactique selon la charge virale.
- prise en charge des enfants au niveau des centres de référence : modalités de la prophylaxie, du diagnostic, du suivi et si nécessaire du traitement.

6.2. Suivi évaluation et indicateurs retenus pour le suivi du programme

Les modalités du suivi évaluation sont présentées en détail dans le programme au niveau des centres de santé, des centres de référence et au niveau de la région.

Le calendrier et les modalités des évaluations sont décrites et programmées avec une évaluation à plusieurs niveaux : socio anthropologique et médical.

Les mécanismes de gestion du projet sont aussi présentés en détail ainsi que le calendrier des interventions

Les indicateurs ci dessous ont été retenus pour l'évaluation du programme :

- **Indicateur 1.** Pourcentage de prestataires formés impliqués dans le programme PTME
- **indicateur 2.** Pourcentage de femmes enceintes testées dans le cadre de PTME
- **Indicateur 3.** Pourcentage de femmes enceintes conseillées au cours de la prise en charge de leur grossesse, qui ont bénéficié d'un test VIH et ont reçu le résultat du test rapide, parmi celles qui ont consulté dans les sites d'intervention PTME
- **Indicateur 4.** Pourcentage des de femmes enceintes qui ont reçu un test rapide positif confirmé par WB
- **Indicateur 5.** Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission mère-enfant selon le protocole de traitement national
- **Indicateur 6.** Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont été césarisées pour réduire le risque de transmission mère-enfant
- **Indicateur 7.** Pourcentage de nouveaux nés et nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont bénéficié d'une PCR
- **Indicateur 8.** Pourcentage nourrissons, nés de mères infectées par le VIH, qui ont bénéficié d'une prophylaxie ARV selon les recommandations nationales
- **Indicateur 9.** Pourcentage nourrissons, nés de mères infectées par le VIH, qui ont bénéficié d'une prophylaxie par cotrimoxazol
- **Indicateur 10.** Pourcentage de nourrissons, nés de mères infectées par le VIH, qui ont bénéficié d'un allaitement artificiel exclusif
- **Indicateur 11.** Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH

7. Les rencontres au niveau de l'organisation du programme

7.1. L'ONUSIDA

Dr Kamal Alami, Administrateur du programme

Le Dr Kamal Lamai a été rencontré à deux reprises : durant la réunion de briefing sur le programme prévue à la DELM dès l'arrivée puis dans un entretien particulier.

Le Dr Alami souligne que certes la prévalence est basse dans la population générale mais que 80% des personnes contaminées ne connaissent pas leur statut sérologique. Il montre l'intérêt de porter une attention particulière vers les groupes à risque (tuberculeux, travailleurs du sexe, UDI, migrants, routiers, travailleurs saisonniers) estimant que 67 % des nouvelles infections viennent de ces groupes. Il estime qu'il est important à partir de l'évaluation du programme actuel d'étendre ce programme et de préciser d'une façon réaliste son extension. Il souligne que le système référence / contre référence entre les sites, les observatoires de recueil des données et le niveau central ne fonctionne pas et doit être amélioré. Il montre sa préoccupation par rapport aux faibles résultats de la phase pilote du programme de PTME. Enfin, il fait part de sa préoccupation en terme de communication entre les différentes directions qui interviennent dans la PTME.

7.2. La direction de la population dans le domaine santé mère et enfant :

La branche protection de la Santé Infantile de la direction Population est responsable de l'organisation du suivi des mères et des enfants (documents de suivi, calendrier des consultations et des actes du suivi, composition des bilans biologiques, éducation des mères, le planning familial...). Il convient de noter dans le domaine de l'éducation des mères une initiative particulièrement intéressante appelée « classes des mères » qui est une sensibilisation collective des femmes aux IST sous forme de cours durant le premier trimestre de la grossesse ; ce programme est appelé à se développer sur 150 structures de suivi des mères. Il faut remarquer cependant que ce programme n'aborde pas la problématique du VIH/SIDA. De même, une importante activité de formation des soignants à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est en cours avec pour documents de base deux algorithmes très bien structurés et pratiques l'un à destination des médecins et l'autre à destination du personnel infirmier. Ici encore la problématique du VIH/SIDA n'est pas abordée.

7.3. La direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (dans le domaine soins ambulatoires) :

Cette direction n'a pas connaissance du programme PTME. Sa mission est essentiellement d'améliorer la gestion des centres de santé de base et d'établir des normes pour ces centres. Un intérêt particulier est porté à la médicalisation de ces centres et à la prise en charge à leur niveau des maladies chroniques (mais la prise en charge du VIH/SIDA n'y est actuellement pas envisagée). La question de la délégation des tâches aux infirmiers a été soulevée mais pose problème la plupart des actes devant se faire sous la responsabilité du médecin. Il existe actuellement 2668 centres de santé dont 690 en milieu urbain. 518 centres ont des maternités associées. La population du Maroc est pour 52,48 % une population rurale. Le nombre des naissances attendues est d'environ 600.000 par an (654.357 en 2008 et 595.000 en 2012) ; en 2008, 385.000

naissances ont eu lieu dans le secteur public et 455.267 en 2009. La part du secteur privé dans les naissances serait d'environ 10%.

8. L'évaluation du programme PTME par région

8.1. Région de Souss Madra Draâ

8.1.1. Données démographiques de la région SMD

	2011
Population Totale	3.479.000
urbaine	1.547.000
Femmes entre 14 et 49 ans	1.001.986
Femmes mariées en âge de procréer	603.589
N Nées attendus	72.905
Enfants < 1 an	68.526
Enfants de moins de 12 à 23 mois	66.965
Enfants 0 – 5 ans	325.170

8.1.2. Activité de CPN et de dépistage sur les 3 centres de santé de la région pour la durée de l'ensemble du programme (2008 – 2010)

S.M.D.	Nb de femmes différentes vues en CPN	Nb de CPN Total durant la phase pilote du programme	Nb Total de tests pratiqués
Amsernat	1948	3481	1370
Tikouine	2094	2737	1662
Ouled Teima	1746	4721	1492
Total	5788	10939 (1,8)*	4524 (78,1%)**

° nombre moyen de CPN par femme

**pourcentage de femmes testées

8.1.3. Evaluation des Centres de Santé

8.1.3.1. Centre de Santé Amsernat

8.1.3.1.1. Données démographiques sur la population de la zone dont dépend le Centre

	2010
Population Totale	39.165
Femmes entre 14 et 49 ans	11.312
Femmes mariées en âge de procréer	6.444
Femmes enceintes	261
N Nées attendus	636
Enfants < 1 an	615

Enfants de 2 à 23 mois	612
Enfants 0 – 5 ans	3.462
Enfants à prendre en charge en CPN pour le site	496

8.1.3.1.2. Caractéristiques du centre de santé

Dr Azny Médecin chef du centre de santé
Début de l'activité PTME le 3/09/08

Ressources humaines

4 infirmières
4 médecins
1 major

Tous sont formés à la PTME à l'exception de 1 médecin

Activité de CPN et de dépistage par année

année	Nb de femmes différentes vues en CPN	Nb de CPN Total durant la phase pilote du programme	Nb Total de tests pratiqués
2008 (sept – déc.)	272	474	270 (99%)
2009	913	1490	545 (59,6%)
2010	763	1517	555 (72,7%)
	1948	3481 (1,7)*	1370 (70,3 %)**

° nombre moyen de CPN par femme

**pourcentage de femmes testées

Ces résultats montrent :

- Que le nombre de CPN attendu (496) a été largement atteint.
- Que le nombre de CPN moyen est de 1,7 / femme enceinte
- Que le taux de pratique du test de 70 % de la population générale des femmes enceintes

Organisation du conseil et du dépistage

Le conseil est donné par l'infirmière au cours d'un entretien individuel. C'est l'infirmière qui effectue le prélèvement qui est techniqué en présence de patiente. Cette infirmière affirme que la plupart des femmes conseillées acceptent le test et que la pratique du test sur le centre est maintenant connue des mères et a un impact positif sur sa fréquentation. Tout test positif doit être confirmé en WB. Cette confirmation se fait au niveau du laboratoire de l'hôpital Hassan II, centre de référence et de prise en charge des PVIH et nécessite un délai de 2 jours environ pour le rendu du test. Toute femme positive est dirigée vers le centre de PEC. 2 femmes ont été positives durant la période du programme

Confidentialité

Elle est respectée ; le local de conseil est adapté et le registre de recueil des résultats du test est codé. L'équipe est sensibilisée à l'importance de la confidentialité.

AES

Affichage des panneaux de prévention et de prise en charge en cas d'accident au niveau de la salle de soins. Le personnel a reçu une formation sur cette thématique.

Gestion des déchets

Les aiguilles sont recueillies dans des containers adaptés. Les déchets sont triés dans des sacs de couleur différente selon leur nature et l'enlèvement est assuré par une société qui passe sur le site une fois par semaine pour emmener ces déchets vers l'hôpital Hassan II où ils sont détruits.

Rupture en réactifs pour le test

Pas de rupture sur le site durant la période du programme

Souhaits de l'équipe pour améliorer le fonctionnement

Généraliser le programme

Donner des CD pour faciliter l'IEC générale au niveau de la salle d'attente

Soutien communautaire

Aucun travail n'est effectué en collaboration avec le secteur communautaire

Un travail en équipe incluant des médiateurs formés serait souhaité.

Système référence et contre référence des données fonctionne bien.

8.1.3.2. Centre de santé de Tikouine

8.1.3.2.1. *Données démographiques sur la population de la zone dont dépend le centre*

	2010
Population Totale	64.704
Femmes entre 14 et 49 ans	18.688
Femmes mariées en âge de procréer	10.646
N Nées attendus	1.051
Enfants < 1 an	1.016
Enfants de 12 à 23 mois	1.011
Enfants 0 – 5 ans	5.720
Enfants à prendre en charge en CPN pour le site	1.000
Accouchements à effectuer à la maison d'accouchement	450

8.1.3.2.2. Caractéristiques du centre de santé

Dr Bouami médecin chef

Ressources humaines

1 médecin

5 sages femmes

Le médecin est formé ainsi que 3 sages femmes, 2 sages femmes sont à former.

Activité de CPN et dépistage

année	Nb de femmes différentes vues en CPN	Nb de CPN Total durant la phase pilote du programme	Nb Total de tests pratiqués
2008	301	420	281 (93,3%)
2009	903	1301	857 (95%)
2010	890	1016	524 (58,8%)
	2094	2737 (1,3)*	1662 (79,3%)**

° nombre moyen de CPN par femme

**pourcentage de femmes testées

Ces résultats montrent :

- Que le nombre de CPN attendu (1000) est pratiquement atteint.
- Que le nombre de CPN moyen est de 1,3 / femme enceinte
- Que le taux de pratique du test de 79 % de la population générale des femmes enceintes ce qui est bon mais devrait être amélioré.

Le conseil pratiqué en vue du dépistage est de qualité sur une durée de 10 à 15 minutes. Le prélèvement du test est effectué par la sage femme qui fait sortir la mère pour l'effectuer.

Dépistage

Les activités de dépistage sont centralisées au niveau de la maison d'accouchement ce centre étant le seul du programme à posséder une telle structure. Le conseil est donné par une sage femme, il est individuel et de bonne qualité. Si le test est négatif le résultat est rendu par la sage femme ; en cas de positivité il est rendu par le médecin. Cette recommandation n'est pas conforme au programme. Il n'y a pas de pratique du test en salle de travail pour les femmes enceintes venues seulement pour accoucher.

Confidentialité

Elle est bonne tant pour les locaux que pour la tenue du registre des tests. A noter un problème avec les femmes qui ont refusé le test et qui ne peuvent pas être identifiées secondairement.

AES

La formation et la gestion de la prévention et de la conduite à tenir sont bonnes

Déchets

Tri sélectif au niveau du service et ramassage des déchets tous les 15 jours avec un acheminement vers l'hôpital de référence. Ce processus reste cependant irrégulier.

Ruptures en réactif

Il n'y a pas eu de rupture pendant la durée du programme.

Souhaits de l'équipe soignante

Avoir une infirmière uniquement pour faire le test sans le conseil (rôle de technicien)

Informatisation de la PTME

Disposer de moyens audio-visuels pour l'IEC

Améliorer les locaux

Avoir une formation continue qui permette un recyclage des connaissances.

Secteur communautaire

Complètement absent du centre.

Il serait bienvenu si une proposition de collaboration était faite.

Référence : contre référence

Fonctionne bien

8.1.3.3. Centre de santé de Ouled Teima

8.1.3.3.1. *Caractéristiques démographiques de la population dont dépend le site*

	2010
Population Totale	40.901
Femmes entre 14 et 49 ans	11.683
Femmes mariées en âge de procréer	6.951
N Nées attendus	847
Enfants < 1 an	877
Enfants de 12 à 23 mois	873
Enfants de moins de 5 ans	3.678
Enfants de 24 à 59 mois	1.928
Enfants à prendre en charge en CPN pour le site	1.000
Accouchements à effectuer à la maison d'accouchement	450

8.1.3.3.2. Evaluation du site

Médecin Chef : Dr Hassine Lahoucine

Ressources humaines

2 infirmières (1 temps plein et 1 temporaire)

1 médecin

1 major

Tous formés

Activité des CPN et du dépistage

année	Nb de femmes différentes vues en CPN	Nb de CPN Total durant la phase pilote du programme	Nb Total de tests pratiqués
2008	394	594	291
2009	718	2103	646
2010	634	2024	555
	1746	4721 (2,7)	1492 (85,4%)

° nombre moyen de CPN par femme

**pourcentage de femmes testées

Dépistage

Les femmes enceintes reçoivent un conseil individuel de la part de l'infirmière. La qualité du conseil donné est satisfaisante. Le post test est donné par l'infirmière si le test est négatif et par le médecin si le test est positif. Ce point n'est pas conforme aux recommandations. 2 patientes ont été confirmées positives sur le centre. 1 a refusé le suivi l'enfant est revenu sur le centre vers 6 mois en ayant eu le BCG. Son état de santé paraissait satisfaisant mais aucun document n'a été communiqué.

Confidentialité :

La confidentialité est respectée avec des locaux adaptés et un registre de test bien tenu et codé.

AES :

L'équipe a été formée à la prévention et à la conduite à tenir en cas d'accident par l'INH.

Cette équipe a également supervisé le site sur le respect des normes.

Déchets :

Ce site bénéficie d'un incinérateur du fait de la proximité immédiate de ALIS ONG de lutte contre le VIH/SIDA dont le responsable est le médecin chef du site.

Rupture en tests

Une rupture pendant 1 semaine en 2010

Secteur communautaire

Une aide de la part du secteur communautaire du fait de la proximité avec ALIS qui participe par ailleurs aux campagnes de dépistage et qui est très orientée vers la sensibilisation et le soutien des travailleurs du sexe. Cette ONG suit environ 100 PVVIH sur le plan de l'accompagnement. Il serait bien d'envisager si elle ne pourrait pas se charger de l'accompagnement des femmes positives vers le centre de référence en raison du très grand éloignement de ce centre. Un projet d'appui en ce sens devrait être envisagé.

Système référence / contre référence

Performant sur le centre

8.1.4. Hôpital Hassan II Centres de référence pour la prise en charge des mères VIH+.

Cet hôpital accueille toutes les mères séropositives pour le VIH issues du programme de PTME. Cet accueil se fait au niveau de la consultation du service des maladies infectieuses par deux médecins : Le Dr Malmoussi Mourad et le Dr Ouagari Zineb. Ces deux médecins accueillent les patients avec compétence, dévouement et efficacité. Les observations du service sont bien tenues ce qui permet de retrouver les informations sur les 8 femmes dépistées VIH +. Le service dispose de 2 médiatrices thérapeutiques, d'un assistant social et d'une psychologue (volontaire ALCS) pour aider à la prise en charge d'une file active de 1400 patients environ sous TARV.

En ce qui concerne les 8 femmes issues de la PTME, deux de ces femmes ont refusé de se faire prendre en charge et ne se sont pas présentées au niveau du centre de référence. Parmi les 6 autres, 3 ont été suivies par le Dr Malmoussi et 3 par le Dr Ouagari. Il faut souligner qu'en plus de ces 8 femmes le service a pris en charge 75 femmes enceintes, hors programme PTME, qui étaient des patientes déjà suivies dans le service pour leur pathologie VIH.

Femme 1 : fin 2008, dépistée positive lors de la dernière semaine de grossesse à terme. Le bilan montre que la mère est CDC classe A, CD4 = 359 / mm³, CV non encore rendue à ce jour, mise sous traitement ARV par AZT + 3TC + LPV/r. L'enfant naît une semaine après la mise sous TARV de la mère et est mis sous trithérapie (AZT + 3TC + LPV/r) pendant 6 semaines du fait de la date tardive du traitement de la mère. La PCR de 6 semaines n'est pas faite et une deuxième PCR faite le 8/6/09 n'a jamais rendue. Un bilan fait le 8 juin chez la mère montre : CD4 600 / mm³, CV jamais rendue. Le couple et l'enfant ont disparu après le 8 juin.

Conclusion : mère en bon état clinique, enfant probablement non contaminé mais PCR faite mais de résultat inconnu. Mère et enfant perdus dans la nature.

Femme 2 : Mère célibataire dépistée VIH + à 24 semaines de grossesse le 26/09/09. Bilan : CDC, classe A, CD4 450 / mm³, CV 43078 copies / ml. Elle est mise sous AZT + 3TC + LPV/r. une charge virale de contrôle revient indétectable. L'accouchement a lieu à terme et le traitement de la mère est arrêté au décours de l'accouchement. L'enfant est alors mis sous AZT pendant 6 semaines. La mère et l'enfant sont alors transférés à Casablanca avec un contact pris avec le centre de prise en charge. Aucune nouvelle n'a été transmise depuis cette date, il n'est même pas connu si la mère et l'enfant se sont présentés au niveau du centre.

Conclusion : mère et enfant perdus de vue, statut infectieux de l'enfant inconnu.

Femme 3 : mère vue et diagnostiquée positive à 11 semaines. Bilan initial (30/6/09) : CD4 : 147 / mm³, CV jamais rendue. La mère est mise sous AZT + 3TC + LPV/r le 9/7/09. Une CV est faite à 8 mois : résultat jamais rendu. L'enfant naît à terme le 6/1/10. Il reçoit une prophylaxie par AZT pendant 6 semaines. La PCR de 6 semaines n'est pas faite mais la PCR de 3 mois est négative alors que l'enfant est en allaitement artificiel.

Conclusion : mère sous TARV et enfant non contaminé.

Femme 4 : mère vue à 12 semaines le 17/2/09, bilan initial : CD4 419 / mm³, CV 2600 copies / mL. Mise sous AZT + 3TC + LPV/r le 5/5/09. Une CV est faite à 8 mois jamais rendue. CD4 785 / mm³. Accouchement à terme le 9/7/09 par voie basse. L'enfant est mis sous AZT pendant 6 semaines. PCR faite à 6 semaines et non rendue. Sérologie à 18 mois négative.

Conclusion : mère encore non traitée et enfant non contaminé

Femme 5 : mère dépistée à 23 semaines. Bilan initial : CD4 239 /mm³, CV 296000 copies / mL. Mise sous AZT + 3TC + LPV/r le 7/1/10. Une deuxième CV est faite le 23/3 : 945 copies : mL. Une troisième CV est faite en fin de grossesse qui est indétectable. Accouchement par voie basse le 7/5/10. Aucun renseignement n'est connu sur l'enfant.

Conclusion : mère sous TARV et enfant à documenter (le pédiatre ne dispose également d'aucune information).

Femme 6 : dépistée le 20/10/10 à terme. CD4 741 CV non rendue. Mise sous AZT + 3TC + LPV/r. Accouchement 3 jours après par voie basse. Difficultés d'accouchement du fait de la connaissance de la séropositivité de la mère. Une épisiotomie est pratiquée. TARV de la mère arrêté après l'accouchement. Vue pour la dernière fois le 10/11/10. Mère va bien. Pas de renseignements sur l'enfant.

Conclusion : pas de problème pour la mère, statut infectieux de l'enfant à préciser (le pédiatre ne dispose pas d'informations complémentaires)

En résumé : sur 8 femmes positives, deux ne se sont pas présentées au centre de référence pour la prise en charge. Deux ont disparu secondairement. Deux sont sous TARV. Deux sont suivies sans traitement ARV. Pour les enfants : 4 ont disparu sans statut déterminé. Deux sont négatifs et deux sont à documenter.

Souhaits émis par les médecins :

- Régler le problème des CV.
- Avoir des ARV pédiatriques
- Revoir les relations avec les gynécologues
- Revoir les relations avec la pédiatrie (peu de disponibilité pour la communication)
- Régler le problème de l'identification et de la recherche des perdus de vue (110 actuellement)
- Elargir le nombre des médiateurs thérapeutiques et renforcer le soutien communautaire.
- Délocaliser la PEC des patients des régions éloignées (prise en charge locale)

8.1.5. ASCS Agadir

Cette association a une activité essentiellement ciblée vers les professionnels du sexe et les HSH. Elle compte environ 60 volontaires et n'intervient pas actuellement dans le domaine de la PTME. Un certain nombre de femmes positives ont été dépistées parmi les TS (7 femmes sur 221 TS) mais elles ont été prises en charge au niveau du centre de référence et perdues de vue. Actuellement l'association qui ne participe pas à l'éducation thérapeutique n'intervient pas au niveau du centre de référence. Elle souhaiterait le faire en ciblant son activité vers l'accompagnement psychologique et social des patients dont les femmes enceintes du programme PTME. Elle souhaite également que le recrutement des médiateurs thérapeutiques ne se fasse pas exclusivement parmi les membres de l'ALCS.

8.1.6. ALCS Agadir

Au cours de cette rencontre un certain nombre de propositions ont été faites pour introduire la PTME dans les activités de l'association :

- Faire des actions de sensibilisation au niveau des centres de santé pour promouvoir la PTME auprès des femmes enceintes
- Développer un partenariat au niveau préfectoral pour faciliter l'action des ONG au sein du secteur public.
- Assurer le continuum des soins dans le domaine de la PTME
- Introduction de la thématique de la PTME dans les activités ciblées vers les groupes à risque
- Profiter de l'examen prénuptial pour sensibiliser les couples au dépistage et à la PTME.

8.1.7. Conclusions de la région

Cette région a la plus forte activité en matière du programme pilote de PTME. Elle est aussi une région où la séroprévalence du VIH est plus élevée en particulier au niveau des groupes à risque. Les centres de santé fonctionnent bien dans leur ensemble avec un personnel motivé. Le problème des déchets y est moins intense du fait de l'organisation locale conjointe avec celle du centre de référence. Ce centre assure une prise en charge des patients de qualité avec certaines lacunes : la communication entre les intervenants, la virologie et la prise en charge dans le domaine psychologique et social.

8.2. Région de Marrakech Tensift Al Haouz

8.2.1. Données démographiques de la région MTH

	2011
Population Totale	3.303.000
urbaine	1.425.000
Femmes entre 14 et 49 ans	912.136
Femmes mariées en âge de procréer	530.268

Naissances attendues	69.403
Enfants 0 à 11 mois	66.038
Enfants de 12 à 23 mois	65.268
Enfants 0 – 5 ans	310.038

8.2.2. Activité globale de dépistage au niveau des 3 sites de la région MTH

Région et sites	Nombre de femmes enceintes différentes	Nombre total de CPN effectuées durant le programme	Nb moyen de CPN par femme enceinte	Nombre total de test effectués	% des tests effectués par rapport au nombre de femmes différentes vues en CPN
M.T.H.					
Kasbah	197	764	3,8	ND	
Agdal	331	898	2,7	264	79,7
Hay Hassani	476	947	1,9	240	50,4
Total	1004	2609	2,5	504	62,4

8.2.3. Evaluation des centres de santé

8.2.3.1. Centre de santé Kasbah

Médecin responsable : Dr Dakbi

Ressources humaines :

- 2 médecins
- 1 major
- 1 infirmier accueil
- 2 infirmiers SMI
- 1 infirmières soins et pansements

Formation : sont formés à la PTME 1 médecin, le major et 3 infirmiers

Restent à former 1 médecin et 1 infirmier (soins et pansement)

Activité et Dépistage sur le site :

année	Nb de CPN1	Nb de CPN totales	Nb Total de tests
2008	5	12	17
2009	108	375	199
2010	84	377	162
Total	197	764	378

Le conseil est d'abord collectif (MST dont Sida) puis individuel pour les femmes enceintes désireuses de se faire tester

La plupart des femmes sont au courant du VIH et acceptent le test. En cas de refus du test, il est de nouveau proposé sur les CPN ultérieures.

En cas de résultat négatif, il n'est pas recherché de facteur de risque et un second test n'est jamais proposé en fin de grossesse.

Le dépistage est effectué par les infirmières (test fait hors de la présence de la femme enceinte) ; le résultat est rendu par le médecin responsable.

Aucune femme n'a été dépistée positive sur le site.

Aucun conjoint n'a été testé.

Confidentialité :

Le personnel est formé à cette thématique

Le conseil et le prélèvement du test sont effectués au niveau d'une salle individuelle où la confidentialité est respectée.

Les résultats sont enregistrés sur un registre où les noms sont codés sans recoupement facile.

AES :

Aucun AES n'a été mentionné sur le site

La formation du personnel et l'information au niveau du site paraissent insuffisantes.

Ruptures en réactifs :

Pas de ruptures observées en 2008 et 2009.

En 2010 rupture de 2 mois à partir de juin 2010

Une partie de la rupture a été en partie compensée par l'ONG de voisinage : l'OPALS.

Gestion des déchets :

Les aiguilles sont jetées dans un container rigide sans être recapuchonnées

Les autres déchets sont jetés dans des sacs en plastiques mis dans des cartons

Le tout est récolté par le service public de ramassage des ordures.

Souhaits formulés par l'équipe :

Augmentation des ressources humaines : 1 médecin et 1 infirmière

Motiver financièrement l'équipe

Amélioration de la salle de conseil et de prélèvement (en particulier un fauteuil pour les femmes qui se font prélever)

Trouver un système de gestion des déchets.

Soutien communautaire

Une infirmière de l'OPALS travaille sur le site qui a été aidé par cette ONG pour remédier à la rupture en réactif.

Système référence / contre référence

Fonctionne sur le site qui transmet les données à l'observatoire régional qui les transmet à son tour vers le centre. Un retard est observé dans la transmission des données.

8.2.3.2. Centre de santé Agdal Bahmed

Médecin chef : Dr Mnih

Ressources humaines :

- 2 médecins
- 1 major
- 1 infirmier technicien de laboratoire
- 3 infirmiers

Formation : sont formés à la PTME 1 médecin, le major, le technicien de laboratoire et 2 infirmiers

Restent à former 1 médecin et 1 infirmier.

Activité et Dépistage sur le site :

année	Nb de CPN1	Nb de CPN Total	Nb Total de tests
2008	4	43	32
2009	159	446	140
2010	168	409	92
	331	898 (2,7)	264 (79,7%)

Le conseil est essentiellement individuel, l'infirmière en charge de cette mission n'ayant la plupart du temps pas le temps d'effectuer un conseil collectif.

Le local dans lequel il a lieu est isolé mais sert aussi de lieu de passage entre deux pièces ce qui peut poser un problème relatif à la confidentialité.

Il est estimé que 75% des femmes viennent en CPN1 durant le premier trimestre.

1 seul conjoint (négatif) a été testé durant la période du programme.

Il faut noter que sur ce site, à l'exception du test VIH qui est gratuit le reste du bilan prénatal est payant (350 à 500 dh).

Confidentialité :

Comme dit précédemment le local du conseil permet la confidentialité bien que lieu de transition entre deux pièces.

L'équipe est très sensibilisée à cette problématique.

Le recueil écrit des informations (registres) respecte complètement l'anonymat

AES :

Un médecin et une infirmière du site ont été victimes d'AES.

La prise en charge s'est faite avec le médecin du centre de référence.

L'information de l'équipe soignante est insuffisante sur cette question.

Les examens demandés lors des accidents ont été à la charge des victimes.

Ruptures en réactifs :

Rupture en tests sur 6 mois de janvier à Juin 2010

Gestion des déchets :

Les aiguilles sont jetées dans un container rigide sans être recapuchonnées

Les autres déchets sont entassés sur le site en attendant qu'on vienne les récolter...

Souhaits formulés par l'équipe :

Elargissement de la PTME vers les personnes à risque.

Amélioration du circuit des AES (mise en place d'une législation à ce sujet)

Amélioration du confort des conditions de travail pour le personnel.

Insertion de médiateurs communautaires sur le site pour aider à l'IEC.

Soutien communautaire

Pas de soutien communautaires sur le site

Système référence / contre référence

Fonctionne sur le site mais les informations sont souvent transmises avec retard.

8.2.3.3. Centre de Santé Hay Hassani

Médecin chef : Dr Elfarricha

RH travaillant dans la PTME :

1 médecin

1 major

2 infirmières (SMI)

1 technicien de laboratoire

Les 5 soignants ont été formés

Activité et Dépistage sur le site :

année	Nb de CPN1	Nb de CPN total	Nb Total de tests
2008	16	36	41
2009	247	582	98
2010	213	329	101
	476	947 (1,9)	240 (50,4%)

A noter que durant le quatrième trimestre de l'année 2010 ,121 femmes ont été conseillées et seulement 38 ont été testées. Cette situation est en partie attribuée au refus du technicien de laboratoire de faire le test.

Le conseil est au départ collectif au sujet de l'ensemble des IST dont le VIH/SIDA. Puis, chaque femme est alors examinée et à la fin de l'examen,

conseillée. Il faut noter que l'examen et le conseil s'effectuent dans la salle de SMI séparés du reste des activités par un simple paravent. Les infirmières affirment qu'il permet la confidentialité mais de fait elle est inexistante tout le monde pouvant entendre les conversations et le dispositif mettant certainement les femmes dans une situation psychologique inconfortable.

Le test est prélevé par les infirmières qui l'adressent au laboratoire où il est technique.

Le résultat du test est rendu par le médecin qu'il soit positif ou négatif. Les facteurs de risque éventuels des femmes négatives ne sont pas recherchés. Aucun conjoint n'a été testé.

1 femme a été testée indéterminée et n'a pas été confirmée en WB, 1 femme a été testée positive, confirmée en WB et orientée vers l'hôpital régional pour la prise en charge. Elle n'a pas été revue sur le site. L'hôpital régional n'a fourni aucune information sur le devenir de la femme au centre de santé.

Confidentialité :

Elle n'est pas bonne au niveau des locaux. En revanche le processus de codage est respecté pour la tenue des registres.

AES :

L'information sur les AES est meilleure sur ce site que sur les deux autres. Des affiches sont affichées en salle de soins sur la prévention des AES ; en revanche, il n'y en a pas sur la conduite à tenir en cas d'AES. Aucun AES n'a été déclaré.

Ruptures en réactifs :

3 ruptures de 1 mois chacune : février 09, mai 09 et février 10.

Gestion des déchets :

Les aiguilles du programme sont mises dans des containers conformes mais les aiguilles du reste du centre sont mises dans des bouteilles en plastique souple et recouvertes de plâtre. Ce dispositif est dangereux ce d'autant que l'ensemble des déchets est renvoyé vers la décharge publique.

Souhaits formulés par l'équipe :

Approvisionnement continu en intrants de façon à éviter les ruptures.
Extension de la PTME
Augmentation de l'effectif des ressources humaines du site.

Soutien communautaire

Pas de soutien communautaires sur le site.
Le site est demandeur d'une collaboration.

Système référence / contre référence

A jour sur le site mais les informations sont souvent transmises avec retard.

8.2.3.4. *Récapitulatif de l'activité PTME sur les sites des sites (2008 – 2010)*

site	RH	CPN1	CPN total	Dépistage total	Confidenti.	CAT AES	Ruptures tests	Soutien Commun.	Ref / C ref
Kasbah	2M* 5PM		764	378	Bonne +++	précaire	+	+/-	+ retard
Agdal Bahmed	2M 5PM		898	264	Bonne ++	précaire	+	0	+ retard
Hay Hassani	1M 4PM		947	240	précaire	précaire	+	0	+ retard

*M : médecins PM : Para médicaux

8.2.4. *Evaluation des structures de référence*

8.2.4.1. *Hôpital régional, hôpital de référence Ibn Zohr*

Prise en charge des patients au niveau de l'hôpital de jour
Entretien avec le Dr Lahcen Aajly et l'infirmière du service

Cette consultation est destinée à assurer le suivi des femmes issues de la PTME au niveau des 3 sites de dépistage (couvre les patients provenant de la ville de Marrakech). Il n'y a pas de PTME au niveau de la maternité du CHR.

La structure est bien organisée, habituée à la prise en charge des PVVIH (90% de son activité) et offre à la fois un suivi médical et un soutien à l'éducation thérapeutique à travers l'intervention d'un médiateur thérapeutique de l'ALCS sur le site. Ce médiateur intervient deux fois par semaine et il serait souhaité que sa présence devienne quotidienne. Il n'y a pas de suivi spécifique dans le domaine psychologique et social (en dehors du problème des indigents et de la reconnaissance de leurs droits)

Le WB de confirmation (délai de rendu 15 jours) est effectué sur place, les CD4 sont faits au CHU (délai de rendu 1 semaine), la CV est envoyée à l'INH à Rabat (envoi une fois par semaine, délai de rendu jusqu'à 2 mois). Il convient de noter que pour les enfants les CD4 ne sont pas rendus en pourcentage.

Une discussion a eu lieu sur le protocole ARV du programme et la problématique de l'allaitement. En ce qui concerne les ARV, la trithérapie utilisée est une trithérapie avec IP (LPV/r) débutée le plus tôt possible en cas de TARV et à 14 semaines ou le plus proche de cette date en cas de prophylaxie. La question qui a été soulevée est celle de l'arrêt des ARV en cas de prophylaxie. L'attitude du médecin responsable étant de considérer toute femme comme étant sous traitement et de ne jamais arrêter la trithérapie. Cette attitude est parfaitement défendable mais devra être précisée. L'autre question soulevée a été relative à l'allaitement : l'allaitement artificiel est préconisé dans le contexte du Maroc mais l'arrêt de la subvention du lait suite aux nouvelles recommandations de l'OMS ne fait-il pas courir un risque d'allaitement mixte chez les femmes les plus défavorisées ?

1 patiente (la seule positive du programme PTME à Marrakech à ce jour) adressée par le Centre de Santé Hay Hassani est suivie sur le centre. Le suivi de cette patiente est tout à fait conforme aux recommandations. Il s'agit d'une femme CDC classe A, CD4 520/mm³, mise sous trithérapie le 6/08/10. Une première CV faite le 28/6 était à 168.103 copies /mL une seconde effectuée le 12/10/10 était indétectable. Les CD4 à cette date était à 616. L'accouchement a été effectué par voie basse le 29/12/10. L'enfant a été mis sous prophylaxie AZT pour 6 semaines. Une PCR a été faite à l'enfant le 13/1/11. Le résultat est en attente, l'enfant va bien et est asymptomatique. A noter que le site est actuellement en rupture d'AZT sirop.

8.2.4.2. Hôpital mère enfant Mohamed VI

Le CHU a pour mission de recevoir les femmes en provenance de la Région. Ceci explique sa position actuelle un peu hors du programme.

Depuis 2008 s'est implanté au siège du CHU un Hôpital mère enfant, véritable pôle d'excellence dans ce domaine. Il est doté de toutes les spécialités pédiatriques avec une réanimation néonatale et pédiatrique.

Un service de pédiatrie multidisciplinaire (Pr Bousekraoui) est destiné à accueillir tous les enfants contaminés suivis dans le programme. Ce service comporte des lits d'hospitalisation et un hôpital de jour. A l'exception de la CV envoyée à Rabat, l'hôpital dispose de tout le plateau technique nécessaire au suivi de ces enfants. Le recrutement récent d'une psychologue vient aider à la possibilité d'une prise en charge globale des enfants.

il serait bon de profiter de ce service pour mettre en œuvre une cohorte pédiatrique régionale qui permettrait de mieux appréhender le suivi évolutif et le devenir des enfants VIH + dans le contexte régional.

8.2.5. Evaluation ALCS Marrakech

Etait présents à la réunion : Dr Aziza Dafouk, présidente, Melle Leila Hangal, médiatrice thérapeutique, Mme Mouna Balil, Responsable de la prise en charge. L'objectif de la réunion était de connaître le travail actuellement accompli par l'association dans le domaine mère enfant et de savoir quel type de services l'association serait prête à rendre pour améliorer la PTME. Les points cibles étant le dépistage et l'accompagnement psychologique et social des mères et des enfants. Il apparaît qu'actuellement le soutien PTME n'existe pas en tant que tel mais intervient à la demande à l'intérieur des autres activités de l'association en particulier dans son action vers les populations à risque. La seule réalisation concrète actuelle étant l'éducation thérapeutique bi-hebdomadaire au sein de l'hôpital de jour de l'hôpital régional pour les mères VIH +. L'association dispose pour cette activité d'un local au sein de l'hôpital dans lequel elle peut la réaliser. Les responsables n'ont pas caché les difficultés qu'ils ont eu à s'implanter dans des structures publiques et la réticence qu'ils rencontrent souvent de la part des soignants et, en particulier, des médecins. Cependant, au niveau de l'hôpital de jour le médecin et l'infirmière sont très demandeurs d'un accroissement de l'activité de la médiatrice thérapeutique. Il

faudrait aussi envisager d'augmenter ce champs d'action en implantant un suivi psychologique et social dont les modalités seront à déterminer mais pour lesquels l'association ne propose actuellement rien de précis par rapport à la PTME.

8.2.6. Conclusions sur la province MTH

Les 3 sites de dépistage visités sont bien tenus et les locaux sont en général adaptés à l'exception du centre de santé Hay Hassani où il est impératif de trouver une salle isolée pour la pratique du conseil

Le nombre de femmes différentes venues en CPN sur la période du programme est faible (1004 femmes en CPN1) ; ces femmes ont reçu un total de 2609 CPN soit 2,5 CPN par femme ce qui est inférieur à ce qui est prévu par le programme. Ce chiffre varie beaucoup d'un CS à l'autre : 3, 8 CPN/femme à Kasbah, 2,7 CPN /femme à Agdal et 1,9 CPN/femme à Hay Hassani. Il convient également de noter au niveau de ce centre une baisse de 56,5 % des CPN totales entre 2009 et 2010 alors que le nombre de CPN s'est maintenu sur les autres sites.

Les taux de dépistage à 87,8% (882 dépistages sur 1004 femmes) est bon.

Ce dépistage est proposé par les infirmières sur les 3 sites, il est également techniqué par elles sur les sites de Kasbah et d'Agdal et par le technicien de laboratoire sur le site de Hay Hassani. Ce dernier met une certaine réticence à techniquer le test. L'entretien avec les infirmières a montré que les femmes ne sont pas surprises par la proposition du test, qu'elles ont presque toutes entendu parler du VIH et qu'elles connaissent souvent les principaux modes de transmission. Le temps accordé pour le conseil est faible (10 minutes à Hay Hassani) et les messages semblent varier d'une infirmière à l'autre. Il ne semble plus y avoir de peur chez les infirmières par rapport au contact avec le VIH.

Le test est en principe fait avec le « consentement éclairé » des femmes mais il s'agit en fait d'un consentement éclairé présumé et en aucun cas d'un consentement formalisé. Ce qui est certain c'est qu'aucun test n'est effectué à l'insu.

L'information sur les sites en matière d'AES est insuffisante sauf peut être sur le site de Hay Hassani.

La gestion des déchets est inexistante sur les 3 sites et soulève un problème important dont la prise en charge devrait être prioritaire.

Le test de dépistage est gratuit sur l'ensemble des centres de santé mais le bilan prénatal, en revanche n'est gratuit que sur le centre de Santé Kasbah. La plupart des femmes en raison du coût, ne font qu'une partie du bilan demandé (les sérologies couteuses sont souvent absentes).

Des ruptures de tests VIH ont été présentes sur les 3 sites et un seul site (Kasbah) a pu trouver une aide temporaire et minime auprès de l'OPALS pour alimenter temporairement le site en tests.

L'intervention du secteur communautaire pour l'accompagnement des femmes et le soutien psychologique et social est absent des centres de santé.

La seule femme dépistée et confirmée positive suivie initialement sur le CS Hay Hassani a été dirigée vers le centre de référence de l'hôpital régional. La prise en charge de la mère et de l'enfant sont conformes au protocole du

programme. Un point cependant sera à préciser sur l'interprétation de la trithérapie de la mère qui n'a pas d'indication thérapeutique pour elle-même. L'hôpital de jour de l'hôpital régional fonctionne avec l'appui deux fois par semaine d'un médiateur thérapeutique.

8.3. Région Grand Casablanca

8.3.1. Données démographiques de la région du Grand Casablanca

	2011
Population Totale	3.844.000
urbaine	3.551.000
Femmes entre 14 et 49 ans	1.151.277
Femmes mariées en âge de procréer	592.242
Naissances attendues	60.347
Enfants de 0 – 11 mois	57.309
Enfants de 12 – 23 mois	56.941
Enfants de moins de 5 ans	301.992

8.3.2. Activité et dépistage pour l'ensemble des centres du programme au niveau de la région

Région et sites	Nombre de femmes enceintes différentes	Nombre total de CPN effectuées durant le programme	Nb moyen de CPN par femme enceinte	Nombre total de test effectués	% des tests effectués par rapport au nombre de femmes différentes vues en CPN
G.C.					
Ibn Sina	259	695	2,7	200	77,2
Villon	308	747	2,4	120	38,9
Total	567	1442	2,5	320	56,4

Commentaires sur les résultats de la région :

Très faible fréquentation des sites pour la CPN dans le cadre du programme
 Bon taux de femmes à qui le conseil en vue du dépistage a été proposé
 Taux acceptable mais relativement faible de pratique du test

8.3.3. Evaluation des centres de dépistage

8.3.3.1. Centre de santé Ibn Sina

8.3.3.1.1. Population dont dépend le centre de Santé

	2010	2011
Population Totale	20680	20701
Femmes	10565	10576
Femmes entre 14 et 49 ans	5333	5939
Femmes mariées en âge de procréer	3203	3207
Femmes enceintes	261	261
N Nées attendus	261	261
Enfants < 1 an	236	236
Enfants &2 à 23 mois	254	255
Enfants 0 – 5 ans	1301	1302
Enfants < 15 ans	4260	4264

8.3.3.1.2. Caractéristiques du centre de santé

Médecin Chef : Dr Chakik

Ressources humaines PTME :

1 médecin (médecin chef)

2 infirmières

toute l'équipe est formée

Activité et dépistage

	Nombre de femmes en CPN	Nombre de CPN Total	Nombre de tests effectuées
2008	22	22	14
2009	139	392	115
2010	98	281	71
Total	259	695 (2,7)	200 (77,2%)

Le dépistage est effectué après un conseil individuel sans conseil collectif (durée du conseil individuel de 15 à 30 minutes)

Le test est effectué par 1 infirmière et en son absence par le médecin.

Le rendu du test est toujours effectué par le médecin.

Au cours du conseil post test il n'y a pas de recherche de facteurs de risques chez la mère, let, en cas de test négatif, il n'est jamais reproposé.

En cas de test positif le test est refait et le prélèvement est envoyé à l'INH pour une confirmation en WB (délai de rendu : de 6 à 15 jours)

La femme est prévenue par téléphone que son test est revenu ; si elle est injoignable, une activité de relance à domicile est faite par l'infirmière

La femme dont la positivité est confirmée est alors envoyée au CHU, centre de référence (Pr Laghrzaoui) qui va la prendre en charge. Une lettre lui est remise pour le médecin correspondant qui par ailleurs est prévenu de l'arrivée de la patiente par un entretien téléphonique.

Le système n'a jamais été testé faute de femme positive.

Aucun conjoint n'a été testé sur le site.

Le bilan prénatal est gratuit pour la partie hors sérologie si les femmes vont le faire à l'Hôpital

Confidentialité

Elle est respectée tant de par la conformation des locaux qui permettent un bon isolement que par la tenue des documents qui sont codés.

AES

Une affiche sur la prévention des AES est exposée en salle de soins et une autre sur la conduite à tenir en cas de piqûre accidentelle.

Une réunion a été organisée par le médecin chef avec son équipe sur ce thème dans le cadre du contrôle de qualité.

Le problème de la non indemnisation des AES a été soulevé par l'équipe.

Ruptures en tests de dépistage Ruptures en réactifs :

Rupture en tests sur 2 mois en juin et juillet 2010.

Gestion des déchets :

Il est prévu que le système de gestion des déchets de l'hôpital s'occupe aussi de ceux du centre à la demande. Ce système ne semble pas très fonctionnel actuellement. Sur le centre de Santé il y a deux mode de gestion des déchets : un pour le programme et un pour le reste du centre ; il conviendrait d'en unifier la pratique.

Souhaits formulés par l'équipe :

Recycler régulièrement la formation de l'équipe

Faire en sorte que le système de contre référence des informations fonctionne et que l'équipe soit régulièrement informée des résultats du programme et des autres centres.

Améliorer la gestion des déchets.

Revoir la législation dans le domaine des AES

Soutien communautaire

Pas de soutien communautaires sur le site

Système référence / contre référence

Fonctionne sur le site pour la référence ; pas de contre référence.

8.3.3.2. Centre de santé Villon

8.3.3.2.1. Population dont dépend le centre de Santé

	2010
Population Totale	35798
Femmes	18289
Femmes entre 14 et 49 ans	10370
Femmes mariées en âge de procréer	5545
Femmes enceintes	261
N Nées attendus	451
Enfants < 1 an	408
Enfants &2 à 23 mois	440
Enfants 0 – 5 ans	2252
Enfants < 15 ans	7374

8.3.3.2.2. Caractéristiques du centre de santé

Médecin Chef : Dr Barnes

Ressources humaines PTME :

2 médecins (dont le médecin chef)

1 infirmière (l'infirmière actuelle doit partir à la retraite et être remplacé par une nouvelle qui ne sera pas formée)

1 sage femme

Toute l'équipe a reçu une formation sauf l'infirmière arrivant.

Activité et dépistage

	Nombre de femmes en CPN	Nombre de CPN Total	Nombre de tests effectués
2009	154	387	108*
2010	154	360	12
Total	308	747 (2,4)	120 (38,9%)

* les 46 femmes non testées l'auraient été plus tard en raison du ramadan mais aucune trace de ce test n'a pu être retrouvée.

Le conseil en vue du dépistage est effectué par le médecin dans son bureau en présence de la sage femme. Le prélèvement est effectué par la sage femme et est techniqué en présence de la femme enceinte. Le test rapide si il est positif ou douteux est envoyé à l'INH pour confirmation en WB. Le délai du rendu est estimé à 7 à 15 jours. La procédure à suivre en cas de résultat du test positif est connue, identique à celle décrite pour l'autre centre mais n'a jamais été appliquée du fait de l'absence de dépistage positif. A noter cependant que la procédure n'était pas claire si une lettre cachetée avec le détail de l'observation devait ou non être remise à la femme enceinte pour être donnée au médecin du centre de référence.

Aucun conjoint n'a été testé mais le médecin a souligné que de toute façon le programme ne prenait pas en charge la sérologie du conjoint.

Le bilan prénatal est payant sur le centre.

Confidentialité

Elle est respectée sur le centre avec des locaux adaptés et des registres codés.

AES

Des affiches de prévention et de conduite à tenir en cas d'accident sont présentes sur le site. Tout un débat a été soulevé sur l'absence de législation précise en cas d'AES et sur la non indemnisation de cette situation.

Ruptures en tests de dépistage Ruptures en réactifs :

Rupture en tests en juin et juillet 2010.

Gestion des déchets :

Elle est bien organisée au niveau du centre mais le ramassage des containers d'aiguille n'a pas de circuit vraiment codifié bien que sous la responsabilité de l'entreprise qui gère les déchets au niveau de l'hôpital. Les déchets devraient être dirigés vers l'hôpital et être détruits localement.

Souhaits formulés par l'équipe :

Qu'il existe au niveau du centre un vrai travail en équipe

Que la répartition des tâches de chacun soit clairement définie tant au sein de l'équipe qu'entre l'équipe et les responsables du programme au niveau de la direction.

Respecter les engagements pris en début du programme et le cahier des tâches tel qu'il avait été défini.

Donner au personnel soignant une motivation financière.

Soutien communautaire

Pas de soutien communautaires sur le site

Système référence / contre référence

Fonctionne sur le site en temps réel.

8.3.3.3. Récapitulatif des activités de la PTME sur les sites

Régions / sites	RH	Formation F/NF	Confidenti.	CAT AES	Gestion déchets	Ruptures tests	Soutien Commun.	Ref
G.C.								
Ibn Sina	1M 2PM	3F	bonne	bonne	+/_	+	0	+
Villon	2M 2PM	4F	bonne	bonne	+/_	+	0	

8.3.4. Rencontre avec les équipes de l'ALCS de Casablanca puis de l'ALCS nationale.

L'objet de ces deux rencontres était d'envisager quel type de réponse l'ALCS pourrait apporter à l'absence d'engagement du secteur communautaire actuellement constaté dans la PTME.

L'ALCS Casablanca a fait part de ses difficultés à intervenir dans le champ de la PTME et du fait que son rôle actuellement dans ce domaine est pratiquement nul.

Au niveau national une réflexion a été conduite avec le Pr Himmich et son équipe sur les actions qui seraient à envisager pour que l'ALCS puisse jouer un rôle dans la PTME.

Le Pr Himmich a pris note avec satisfaction du fait que les femmes enceintes soient maintenant adressées vers les centres de référence dès le résultat de test rapide sans attendre le WB.

Un examen de la situation actuelle a montré que l'intervention des médiateurs ne se réalisait au niveau des centres de référence de la PTME que dans le domaine de la médiation thérapeutique. Dans l'objectif de promouvoir la PTME au sein des groupes à risque, de sensibiliser tous les soignants intervenants dans cette activité (infectiologues, gynécologues et pédiatres) et de promouvoir la PTME vers la population générale un certain nombre d'activités ont été proposées :

- Accentuer la médiation thérapeutique au sein des centres de référence
- Faire une formation ciblée PTME vers les infectiologues, les internistes, les gynécologues et les pédiatres pour améliorer leurs connaissances et entraîner leur adhésion dans une prise en charge motivée de cette activité.
- Introduire la PTME dans l'IEC des groupes à risque avec une formation des coordinateurs de terrain qui interviennent pour la prévention au sein de ces groupes et faire en sorte que la PTME soit abordée d'une façon spécifique dans les activités de prévention et d'information.
- Promouvoir la PTME dans l'IEC vers la population générale pour sensibiliser les femmes (renforcement de la prévention primaire) et les hommes.

8.3.5. Conclusions région Grand Casablanca

Cette région pose essentiellement un problème en rapport avec la faible fréquentation des sites qui provient d'abord de leur choix par rapport à leur environnement et le type de population auxquels ils s'adressent mais aussi pour l'un d'entre eux d'un défaut de l'organisation des tâches et de problèmes relationnels entre les soignants.

8.4. Evaluation : récapitulatif des 3 Régions SMD, MTH et GC

8.4.1. Tableau comparatif de l'activité des sites et des régions sur les sites du programme

Période de recueil : du début du programme (septembre 2008 à janvier 2009 selon les sites) à décembre 2010

Région et sites	Nombre de femmes enceintes différentes	Nombre total de CPN effectuées durant le programme	Nb moyen de CPN par femme enceinte	Nombre total de test effectués	% des tests effectués par rapport au nombre de femmes différentes vues en CPN
S.M.D.					
Amsernat	1948	3481	1,7	1370	70,3
Tikouine	2094	2737	1,3	1662	79,3
Ouled Teima	1746	4721	2,7	1492	85,4
Total	5788	10939	1,8	4524	78,1
M.T.H.					
Kasbah	197	764	3,8	ND	ND
Agdal	331	898	2,7	264	79,7
Hay Hassani	476	947	1,9	240	50,4
Total	1004	2609	2,5	504	62,4
G.C.					
Ibn Sina	259	695	2,7	200	77,2
Villon	308	747	2,4	120	38,9
Total	567	1442	2,5	320	56,4
Total global	7359	14990	2	5348*	74,6*

* Total établi sur 7 sites

8.4.2. Tableau comparatif de la qualité des activités conduites au niveau des 3 sites

Régions / sites	RH	Formation F/NF	Confidenti.	CAT AES	Gestion déchets	Ruptures tests	Soutien Commun.	Ref
MTH								
Kasbah	2M 5PM	5F/2NF	Bonne	précaire	0	+	+/-	+ retard
Agdal Bahmed	2M 5PM	5F/2NF	Bonne	précaire	0	+	0	+ retard
Hay Hassani	1M 4PM	5F	précaire	précaire	0	+	0	+ retard
SMD								

Amsernat	4M 5PM	8F/1NF	bonne	bonne	+/-	0	0	+
Tikouine	1M 5PM	4F/2NF	bonne	bonne	+/_	0	0	+
Ouled Teima	1M 4PM	5 F	bonne	bonne	+	+	+	+
G.C.								
Ibn Sina	1M 2PM	3F	bonne	bonne	+/_	+	0	+
Villon	2M 2PM	4F	bonne	bonne	+/_	+	0	

8.5. Evaluation des composantes du programme situées sur Rabat

8.5.1. INH (institut National d'Hygiène)

C'est le laboratoire de référence pour le programme de PTME.

Les pôles relatifs à la PTME sont gérés par :

- Mme Houda Eloudiyi pour la virologie
- Dr Elmir Elhanfti pour l'immunologie
- Dr Mimouni pour la gestion des intrants

Actuellement ce laboratoire effectue les charges virales et la fourniture des intrants (tests rapides et CD4) pour l'ensemble des sites du programme ainsi que les CD4 et la confirmation en Western Blot des tests rapides positifs pour le programme de Rabat ; il est en outre responsable du contrôle de qualité pour l'ensemble de la biologie sur l'ensemble des sites.

Les tests de confirmation en WB et les CD4 sont déjà effectués au niveau des provinces de Marrakech et d'Agadir.

Il est prévu que la pratique de la CV soit étendue vers Marrakech et Agadir dans un avenir prochain. L'INH a assuré la formation du personnel des sites à la pratique du test rapide.

Il est prévu que le recueil du sang sur papier buvard (DBS) soit introduit prochainement avec une formation des sites concernés assurée par l'INH.

Par rapport à la gestion des intrants et au problème des ruptures, le responsable déclare être débordé par l'ampleur de la tâche et attribue les difficultés au manque de ressources humaines dans ce domaine, aux difficultés de la gestion des intrants sur les sites qui aboutit à des commandes passées d'une façon anarchique sans respect des stocks tampons et à la lourdeur et au délai des procédures pour l'obtention de la commande. En ce qui concerne les tests rapides (42.000 tests en 2010), au delà de la commande, il convient de faire ensuite le tri entre ce qui revient au programme et aux ONG.

Pour l'INH le délai d'obtention des examens est de 3 à 7 jours pour la confirmation en WB et de 1 semaine environ pour la CV. Actuellement les Cv effectuées sur des sites périphériques sont centrifugées et congelées localement puis transportées 1 fois par semaine vers l'INH par une société privée (SDTM). Les fiches d'accompagnement des CV ne comporte que peu d'informations relatives à la PTME pour l'interprétation des résultats.

8.5.2. Maternité Souissi (programme ESTHER)

Cette maternité est soutenue par le programme ESTHER destiné à soutenir la PTME au sein de cet établissement par la prise en charge du bilan prénatal et du dépistage du VIH. Les femmes sont en majorité vues avant 17 semaines et un grand nombre de femmes suivent les 4 CPN prévues dans le programme national. En ce qui concerne l'acceptation du test un certain nombre de refus ont été enregistré au début du programme mais aucun refus n'a été observé en 2010. 6 cas de femmes + ont été détectés en 2010 qui ont été dirigées et prise en charge au niveau du pôle d'excellence. 1 a eu une césarienne prophylactique, 4 ont accouché par voie basse et 1 a une grossesse actuellement en cours. Il n'a pas été possible d'avoir des informations au niveau de la maternité sur le TARV ou la prophylaxie donnés à ces femmes faute de communication entre les centres de prise en charge. En tout 22 femmes ont été dépistées positives depuis 2006, 6 fois la positivité n'a pas été confirmée en WB. Il semblerait qu'aucun enfant ne soit contaminé mais les PCR n'ont pas été transmises. Tous les enfants étaient en allaitement artificiel (ESTHER ne fournit pas le lait.

8.5.3. ONG Soleil

Cette ONG initiée par le Pr Soumia Benchekroun a pour objectif d'assurer l'accompagnement des femmes et des enfants concernés par le VIH dans le but de leur assurer une prise en charge globale (accompagnement du médical sur les sites, psychologique et sociale) et d'éviter les perdus de vue. Cette ONG parmi ses activités a inclus la PTME avec les objectifs suivants :

- Assurer un accompagnement psychosocial aux femmes enceintes séropositives, pré per et post partum
- Améliorer la qualité de prise en charge médicale pour elles et leurs nouveaux nés en vue de réussir cette prévention et gagner un enfant non contaminé

Cibles prises en charge par l'association :

114 dossiers de prise en charge psychologique et sociale ont été ouvert à ce jour au sein de l'association

36 enfants ont bénéficié d'un appui à la scolarité

115 paniers alimentaires ont été distribués pour le soutien des familles

53 familles sont prises en charge dont 2 familles sont suivies et pour la pTME et pour des enfants vivants avec le VIH, 3 vivent en institution

Nb d'enfants affectés par le VIH suivis : 30 enfants (18 fratrie EVVIH dont un est décédé et, 9 fratrie de PTME et 3 testés négatifs suite à la découverte de la séropositivité des parents)

9. Conclusions de l'évaluation sur les objectifs spécifiques :

9.1. Evaluation des aspects organisationnels de la mise en œuvre de ce programme,

9.1.1. L'implication des professionnels de santé

Dans l'ensemble des sites évalués, le personnel apparaît très motivé par rapport à la mise en œuvre du programme et surtout par rapport à son objectif principal qui est la protection de l'enfant.

Le personnel avait au début du programme certaines peurs par rapport au VIH qui se sont très vite levées et l'ensemble met aujourd'hui cette pathologie sur le même pied de prise en charge que les autres pathologies.

Un seul site a présenté des discordes internes résultant de la répartition des tâches mais sans rapport avec le VIH.

9.1.2. La charge de travail et le retentissement sur le déroulement des autres activités du centre de santé

Il faut souligner que l'activité VIH s'intègre complètement dans l'activité CPN habituelle des sites ce qui était un des objectifs du programme et ce qui est réalisé. La seule surcharge de travail provient du conseil pré et post test et de la réalisation du test, du remplissage des formulaires relatifs au programme pour la référence des données et en cas de test positif des démarches nécessaires à l'orientation de la femme et à son suivi. La durée moyenne du conseil a été évaluée sur l'ensemble des sites à 10 à 15 minutes et celle nécessaire à la réalisation du test d'environ (à 10 minutes. Tout ceci représente donc environ 20 minutes de travail supplémentaire au cours de la première CPN. Compte tenu de l'activité des sites et des ressources humaines dont ils disposent cette activité devrait pouvoir être effectuée dans le cadre des consultations actuelles.

Un point important était d'envisager le retentissement du programme sur l'activité CPN du centre. Il est apparu que très vite les femmes des différentes zones couvertes par les centres ont été informées que le dépistage s'effectuait sur ces sites lors de la première CPN. Elles ne sont donc pas surprises par la proposition du test et sont globalement satisfaites d'aborder les questions relatives au VIH. Ceci se traduit par le taux d'acceptation du test qui est bon (74,6% d'acceptation moyenne par rapport à la population globale des femmes différentes venues en CPN). **Toutes les équipes ont confirmé que la pratique du dépistage du VIH n'avait pas eu d'impact négatif sur la fréquentation des centres ce que confirme l'examen des chiffres.**

L'organisation interne des CPN et la répartition des tâches sur habituellement deux personnes par séance sur les différents centres (l'infirmière et un médecin) font que cette activité n'altère pas la prise en charge des autres activités relatives à la SMI au niveau des centres. Les deux centres qui ont posé des problèmes par rapport à cette question sont un site où la répartition des tâches n'est pas respectée et un site dans lequel le test est fait par un technicien de laboratoire qui a d'autres tâches à effectuer en dehors du programme.

9.1.3. Le volet éthique et respect de la confidentialité

Le volet éthique du programme se pose à différents niveaux. Pour ce qui est du programme lui même son existence est fondée sur un principe qui répond à une question d'éthique : puisqu'on dispose aujourd'hui des outils capables d'abaisser le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 33 % (histoire naturelle) à moins de 2 % il faut pouvoir faire bénéficier les enfants concernés de cet outil. Ne pas le faire serait mettre la vie de ces enfants en danger ; les recommandations récentes de l'ONUSIDA vont complètement dans ce sens : une génération sans enfants nouvellement infectés par leur mère par le VIH. Pour ce qui est du respect de la personne VIH +, il ne semble pas y avoir de problème sur les centres de santé. Aucun propos discriminatoire n'a été enregistré au

cours des entretiens et tout est fait sur les centres pour que les femmes puissent être traitées comme les autres femmes en particulier sur le seul centre qui possède une maison d'accouchement (centre de santé de Tikouine, région S.M.D.). Le secret professionnel est respecté et le partage d'information répond aux nécessités du secret partagé. Enfin il faut souligner qu'aucun test n'a été proposé à l'insu de la femme enceinte. Si il n'y a pas eu de consentement éclairé écrit mais il y a eu pour chaque femme un consentement éclairé présumé.

La seule question éthique qui demeure est celle de tests non faits pour des raisons de rupture de tests ou, plus encore par refus de certains personnels pour surcharge de travail ou manque d'organisation du centre....

Pour ce qui est de la confidentialité, elle est globalement respectée. Les différents soignants ont été formés à ce sujet et sont très conscients du fait que la confiance du patient est la clef d'une bonne prise en charge et qu'elle passe par un respect rigoureux de la confidentialité. Les locaux des différents centres permettent la confidentialité (pièce isolée avec porte close) à l'exception d'un site (centre de santé Hay Hassani, région MTH) sur lequel le conseil et le prélèvement sont effectués dans un lieu séparé du reste de la SMI par un simple paravent. Sur un autre site la salle de conseil est un lieu de passage entre deux pièces (centre de santé Agdal, région MTH) mais l'infirmière dit être vigilante à ce qu'il n'y ait pas de circulation durant le conseil. Tout les registres de recueil des données sont codés et leur accès par un tiers ne permet pas d'identifier une personne. Il faut simplement déploré que la méthode de codage varie d'un centre à l'autre et que sur un site, elle ne permet même pas de retrouver un patient qu'on souhaiterait identifier. La procédure du conseil post test et du rendu du test respectent la confidentialité puisque dans la quasi totalité des centres sauf un (Centre de santé Ouled Teima, région S.M.D.) tout test est rendu par le médecin qu'il soit positif ou négatif.

9.1.4. L'acceptabilité du test VIH chez les femmes enceintes.

Le taux global de pratique du test est de 74,6% (voir tableau X) et celui de son acceptabilité au décours du conseil est de 85,2%. Ces résultats sont bons même si il faut chercher à les améliorer. L'objectif fixé par le Ministère de la Santé qui était de 55%⁵ est donc atteint et dépassé.

Comme il a été dit précédemment, les femmes savent de plus en plus que le test leur sera proposé sur ces centres lors de la première CPN. La cause des tests non faits est multifactorielle : une des premières raisons est la rupture de tests qui a été constatée sur les sites des régions M.T.H. et Grand Casablanca. Une autre relève sur certains centres d'un manque d'organisation du centre ou d'un désengagement de certains membres du personnel qui ont interféré avec la pratique du test. Une autre encore, de la connaissance antérieure de son statut sérologique et du non désir de se faire re-tester. Enfin, il a été noté des refus de test par les femmes au décours d'un conseil bien conduit pour des raisons personnelles. Certaines de ces causes peuvent être prises en charge pour être améliorées, la femme gardant de toute façon le choix de refuser sans que cela n'interfère avec la qualité des soins qui ne relèvent pas du VIH.

9.1.5. La qualité de prise en charge y compris le système de référence et de contre référence de la patiente diagnostiquée positive au VIH et de son nouveau-né

Il faut tout d'abord souligner que 2 des 8 femmes dépistées positives ont refusé la prise en charge au niveau du centre de référence et ne s'y sont pas rendues. Ce point sera à prendre en considération au niveau des recommandations. Un autre point susceptible d'interférer avec la prise en charge est la date à laquelle la sérologie est proposée et faite chez la mère. Il apparaît que seulement un tiers des femmes viennent avant 14 semaines alors que les nouvelles recommandations de l'OMS soulignent l'importance d'une mise sous TARV la plus précoce possible pour les femmes qui ont une indication de traitement et d'une mise sous prophylaxie dès 14 semaines pour les autres. Pour la prise en charge des femmes sur les centres de référence elles ne concerne que 2 régions : M.T.H. au niveau de l'hôpital régional Ibn Zohr de Marrakech et les autres au niveau de l'Hôpital Hassan II d'Agadir. Les femmes sont dirigées vers ces sites après que le test rapide positif ait été confirmé en Western Blot. C'est à partir du même prélèvement sanguin que celui du test rapide que le sang est envoyé vers les laboratoires situés à Marrakech et à Agadir. Le délai d'obtention du résultat est de 15 jours sur Marrakech et de 3 jours environ sur Agadir. Il convient de souligner l'engagement réel et efficace des 3 médecins infectiologues déjà inclus dans la prise en charge rencontrés (1 à Marrakech et 2 à Agadir). Il apparaît que si le suivi des femmes ne pose pas de problème au niveau de l'infectiologie, il existe de gros problèmes au niveau de la gynécologie et réels mais moindre au niveau de la pédiatrie. Le fait majeur étant que ces équipes ne communiquent pas entre elles et que les gynécologues n'apparaissent pas concernés par cette pathologie. Au niveau d'Agadir le pédiatre est seul à gérer cette prise en charge, il a peu de moyens pour agir, les PCR ne reviennent pas, les ARV pédiatriques manquent et il n'a aucun outil pour informatiser ses données. Il ne communique ni avec les infectiologues ni avec le personnel des centres de santé.

D'autres points faibles ont pû être identifiés :

- *le suivi biologique* : la majorité des charges virales qui sont adressées à l'INH ont des résultats soit qui ne sont pas rendus soit qui reviennent avec des délais parfois de plusieurs mois. Ceci est particulièrement important à deux moments charnières de la prise en charge : le troisième trimestre de la grossesse chez la mère où la CV permet de décider du mode d'accouchement (césarienne prophylactique ou voie basse) et la PCR de la sixième semaine chez l'enfant qui permet de connaître son statut infectieux et sa mise sous traitement ARV s'il est infecté.
- *le soutien psychologique et social des mères et des enfants* : sur les deux sites déjà engagés dans la prise en charge, il y a des médiateurs thérapeutiques (2 sur chaque site) issus de l'ALCS mais leur action est limitée à ce domaine et il apparaît que leur charge de travail actuelle hors programme est proche de la saturation. Chaque site a également un assistant social mais son action se limite le plus souvent à la reconnaissance des droits des indigents. Quand au suivi psychologique il est inexistant.
- *l'absence de communication* entre les différents intervenants de la prise en charge : elle existe tant au sein d'un même hôpital qu'entre les soignant de

l'hôpital et ceux des centres de santé. Cette dernière situation est d'autant plus préjudiciables que outre la démotivation qu'elle risque d'entraîner au sein des équipes, elle est nécessaire à la prise en charge des enfants qui reviennent vers les centres de santé pour la pratique de leurs vaccinations.

- *Le nombre élevé des perdus de vue* : pour se limiter aux données du programme, sur 8 femmes dépistées positives 2 ne se sont jamais rendues à l'hôpital de référence et deux ont disparu secondairement au cours de la prise en charge.
- *L'absence d'ARV pédiatriques et en particulier des formes en sirop*. Les pédiatres sont obligés de travailler en scindant les formes adultes ce qui pose des problèmes de dosage et retentit sur l'observance.

9.1.6. La gestion des déchets pose des problèmes au niveau de l'ensemble des centres de santé.

Elle pose problème au niveau de l'ensemble des centres de santé. Les régions Grand Casablanca et SMD sous traitent avec des sociétés qui rapatrient ces déchets vers les hôpitaux de référence mais cette solution ne semble pas apporter satisfaction aux intéressés sur les centres de santé

9.1.7. Le système de suivi (collecte des données, supervision régionale et nationale, réunions de coordination)

Un problème se pose au niveau de la compréhension des indicateurs demandés par le niveau central qui varie d'un centre de santé à l'autre. Ainsi il y a eu sur le terrain une grande difficulté à dénombrer les femmes différentes venues en CPN. Certains comptabilisant comme CPN1 les seules CPN venues durant le premier trimestre, les autres comptabilisant l'ensemble des CPN de la période sans être capable de distinguer le nombre de femmes différentes venues effectuer ces consultations. Cette difficulté explique la différence pour le nombre de femmes vues en CPN selon les chiffres fournis par le programme au niveau de la DELM et ceux observés lors de l'évaluation où il a fallu avoir recours à un outil étranger au programme « la bouclette » pour obtenir cette donnée. Il est apparu à partir de l'étude de cet outil que sur certains centres le chiffre donné comme nombre de femmes différentes était celui des CPN totales une même femme étant comptabilisée plusieurs fois.

Les registres de tenue des informations sur les centres varient complètement d'un centre à l'autre. La question du codage sur le registre d'enregistrement des tests a déjà été soulevée (voir paragraphe 9.1.3.).

La transmission des informations des centres de santé vers le niveau central (observatoire puis DELM) apparaît correcte les anomalies constatées relevant du délai et non de l'absence de transmission.

Certains centres de santé se sont plaints du non retour des informations concernant l'évolution du programme au niveau des autres centres de santé et de la PTME sur l'ensemble du programme.

En ce qui concerne le suivi du programme par le comité de pilotage, les réunions se sont tenues selon le calendrier établi.

9.2. Evaluation de l'efficacité et de l'efficience du programme pilote PTME : quel est le niveau de réalisation des objectifs visés pour le programme pilote PTME? Les coûts d'investissement et de fonctionnement par rapport aux résultats obtenus ?

L'efficacité de la PTME peut être évaluée à partir des **indicateurs demandés** par le programme qui ont montré les résultats suivants :

Indicateur 1. Pourcentage de personnes formées impliquées dans le programme PTME : 84,4 % (38 soignants formés sur 45)

Indicateur 2. Pourcentage de femmes enceintes testées dans le cadre de PTME : 74,6 % (5.348 femmes testées sur 7.162 femmes vues en CPN sur 8 sites)

Indicateur 3. Pourcentage de femmes enceintes conseillées au cours de la prise en charge de leur grossesse, qui ont bénéficié d'un test VIH et ont reçu le résultat du test rapide, parmi celles qui ont consulté dans les sites d'intervention PTME : 85% (5360 femmes testées sur 6296 conseillées)

Indicateur 4. Pourcentage des de femmes enceintes qui ont reçu un test rapide positif confirmé par WB : 0,16 % (9 femmes positives confirmées sur 5348 tests effectués)

Indicateur 5. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission mère - enfant selon le protocole de traitement national : 55,5 % (5 femmes sur 9 positives)

Indicateur 6. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont été césarisées pour réduire le risque de transmission mère - enfant : 0 %

Indicateur 7. Pourcentage de nouveaux nés et nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont bénéficié d'une PCR : 44,4 % (4 enfants sur 9 enfants nés de mère VIH +) (NB : 1 seule PCR a été rendue)

Indicateur 8. Pourcentage nourrissons, nés de mères infectées par le VIH, qui ont bénéficié d'une prophylaxie ARV selon les recommandations nationales : 55,5 % (5 enfants sur 9)

Indicateur 9. Pourcentage nourrissons, nés de mères infectées par le VIH, qui ont bénéficié d'une prophylaxie par cotrimoxazol : ND

Indicateur 10. Pourcentage de nourrissons, nés de mères infectées par le VIH, qui ont bénéficié d'un allaitement artificiel exclusif : ND

Indicateur 11. Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH : 0 % (MAIS : seulement 2 enfants documentés sur 9 : 4 perdus de vue, 2 non infectés, 3 en cours)

Indicateurs de suivi du programme national

Indicateur 29 : Pourcentage de femmes enceintes conseillées au cours de la prise en charge de leur grossesse, qui ont bénéficié d'un test VIH et ont reçu le résultat, parmi celles qui ont consulté dans les sites d'intervention PTME : 72,8 % (5360 femmes conseillées testées avec rendu du test sur 7359 femmes vues en consultation).

En ce qui concerne l'évaluation des coûts, il faut considérer que le programme s'insère complètement dans l'existant et n'a nécessité ni locaux ni ressources humaines complémentaires. Les coûts supplémentaires sont venus des tests et du petit matériel nécessaire à la pratique des tests (en tout 5365 tests et 9 confirmations en WB). Les ARV ont été donnés à la mère chez 5 femmes et à l'enfant chez 5 enfants.

9.3. Situation des principaux obstacles et des opportunités à la mise en œuvre du programme

Obstacles :

La stigmatisation au sein de la population générale.

La précarité de la population

L'étendue de certaines régions et la cartographie des sites en nombre limité.

Le contexte épidémique d'épidémie concentrée avec une faible prévalence nationale.

La centralisation actuelle de la biologie (virologie) et son dysfonctionnement

La faible implication du secteur communautaire dans la PTME

L'absence du secteur privé.

Le choix des sites plus fondé sur le profil des équipes que sur le l'indice de fréquentation en CPN.

Les ruptures en intrants (tests et ARV)

Opportunités :

La gratuité du test et de la prise en charge en CPN

Le taux élevé de fréquentation des CPN : en 2009, 455267 accouchements sur 600000 ont été pratiqués dans le secteur public.

La mobilisation des soignants

L'attribution du FM Round 10.

La volonté politique

La bonne réponse des femmes dans le programme pilote

L'existence d'associations de lutte contre le VIH/SIDA qui peuvent aider à la prévention primaire et à la PTME.

9.4. Evaluer la pertinence dans le contexte épidémiologique du pays de l'utilisation de la consultation prénatale comme opportunité de dépistage : telle que conçue, est-ce que l'approche pTME constitue une réponse adaptée pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?

La pertinence de la mise en place de la PTME se situe avant tout sur un plan éthique comme cela a été écrit au paragraphe 9.1.3. La PTME est un outil efficace, le pays dispose des moyens nécessaires à sa mise en œuvre et son organisation peut se faire à moindre prix en s'insérant dans le dispositif existant de prise en charge des mères et des enfants. Ce serait aller contre les orientations de l'UNICEF, l'OMS et de l'ONUSIDA en matière de protection des femmes et des enfants que de laisser la PTME au choix individuel des soignants. La réponse favorable de la population au programme pilote renforce ce sentiment en faveur de sa nécessité : les mères connaissent de plus en plus le VIH et ses risques, elles sont rassurées qu'il soit pris en charge. Il est certain d'ailleurs que la mise en place du programme de PTME va contribuer à la sensibilisation de la population générale au VIH et participer ainsi à la prévention primaire des filles qui reste la meilleure prévention pour l'enfant et à la lutte contre la stigmatisation. Un autre avantage de la mise en place de ce programme pourra résider dans un glissement progressif vers les groupes à risques en mobilisant les acteurs qui s'adressent déjà à ces groupes. En effet, le pays peut être considéré comme un pays à épidémie concentrée. La prévalence dépasse largement 5% dans certains groupes à risque au niveau de certaines régions comme celle de 13,3 % chez les travailleurs du sexe dans la région S.M.D.

De plus, l'organisation de la PTME au sein des centres de santé peut influencer positivement l'organisation de la prise en charge globale au niveau de ces centres en augmentant la formation des soignants et en imposant davantage de rigueur dans l'organisation des soins. Elle va également renforcer l'ouverture des centres de santé vers les hôpitaux publics par les liens qui vont se créer avec les centres de référence et les pôles d'excellence.

La réponse actuelle apparaît donc adaptée au contexte épidémique puisqu'elle s'insère dans l'existant et que sa mise en œuvre se fait à l'aide d'un budget modéré. Il conviendra de travailler pour qu'elle puisse atteindre les groupes à risque complétant ainsi la réalisation de ses objectifs : atteindre tous les types de population dont les plus à risque qui représentent 80 % des nouvelles infections. Cette orientation vers les groupes à risques est une des recommandations importantes du plan stratégique national de lutte contre le sida.

Par ailleurs la situation actuelle de la prise en charge des femmes enceintes justifie l'intensification du programme puisqu'on estimait en 2009 que le pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on avait administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère - enfant du VIH s'établissait à 22% (contre 12% en 2007, et 16% en 2008) (UNGASS 2010). Ce qui signifiait que seul 1 enfant sur 4 né de mère séropositive pour le VIH était protégé.

10.Recommandations à partir de l'analyse de ces données

10.1. Décentralisation

- **Effectuer le passage à l'échelle de la phase pilote** : L'expérience pilote a montré le bien fondé de sa mise en place sur un nombre limité de Centres de Santé. On peut globalement affirmer qu'elle a été bien acceptée de la part du personnel soignant et de la population des femmes enceintes et que son fonctionnement n'a pas présenté d'anomalies majeures en dehors de la virologie. Il convient donc maintenant d'étendre cette phase pilote vers un programme plus développé en effectuant un passage à l'échelle. Cette décentralisation devra être :
 - géographique
 - vers les groupes à risques : TS, HSH (de fait bisexuels), UDI, professions à risque.
 - Vers les autres secteurs : secteur privé et secteur des ONG
- **Bien orienter le choix des sites en fonction de critères de sélection précis** : un programme de décentralisation est en cours au niveau du ministère de la Santé, il convient que le choix des sites à inclure réponde à un certain nombre de critères objectifs :
 - La séroprévalence du VIH de la région et dans la région la séroprévalence locale
 - La distribution géographique homogène pour ne pas laisser de zone sans couverture.
 - La densité de la population pour que les sites soient voisins des zones où vivent le plus grand nombre de femmes enceintes.
 - Le profil de la population qui environne le site : urbain ou rural

- Les ressources humaines présentes sur ces sites pour qu'elles soient en mesure d'effectuer le travail.
 - L'environnement loco régional en ONG pour que puisse être assurée la continuité des soins et de la prise en charge.
 - L'accessibilité de ces sites.
- **Intégrer ces centres dans un « paquet fonctionnel de PTME »** au niveau de l'aire géographique. Pour faire en sorte que toute l'activité depuis le dépistage jusqu'à la prise en charge de la mère et de l'enfant puisse être réalisée.

10.2. Elargir le cadre de la PTME :

- **Développer le programme de PTME** la question de son bien fondé a été soulevée au paragraphe 9.4. Il est apparu que la PTME répond à une donnée éthique, qu'elle est pertinente dans ce contexte, acceptée de la population et des soignants et que sa mise en œuvre intégrée dans le système SMI peut se faire à un coût réduit. Il est donc essentiel d'augmenter le nombre des structures où le dépistage des femmes enceintes pourra être effectué. Le programme national est d'ailleurs rentré dans cette stratégie puisqu'il prévoit de mettre en place le dépistage dans 40 nouveaux établissements de soins de santé de base en 2011 (ce qui portera à 110 le nombre de ces centres).
- **Rendre accessible la PTME aux populations les plus vulnérables et vers les autres groupes à risque :** cette population représente 80% des nouvelles inclusions et il est indispensable que l'accès à la PTME lui soit possible. C'est un travail qu'il faut faire en concertation avec les ONG qui ont déjà une expérience dans ce domaine. Il conviendrait pour augmenter la venue des femmes vers les CPN et faciliter l'accès des plus démunies d'étendre la gratuité des soins en particulier au niveau du **bilan prénatal** qui, actuellement ne comporte le plus souvent que les examens de base (gratuits lorsqu'ils sont faits dans les hôpitaux) sans les sérologies en raison du coût qui reste à la charge des patients. Il faudrait en particulier que les sérologies de la **syphilis et de l'hépatite B** soient gratuites en raison de leur importance pour la conduite à tenir de la prise en charge et leur fréquence dans certains groupes à risque.

10.3. Améliorer le dépistage :

- **Sensibiliser la population générale à la PTME :** C'est la phase essentielle pour :
- assurer la prévention primaire des femmes qui est de fait la première phase de la PTME
 - faire connaître l'existence de la PTME
 - toucher les hommes pour les mobiliser également vers la PTME
 - diminuer la stigmatisation : discuter du VIH à propos de la PTME permet de mieux appréhender sa réalité.

Cette sensibilisation doit mettre en jeu tous les acteurs de la lutte contre de sida qu'ils soient du secteur public, du secteur privé ou de la société civile. Tous les leaders d'opinion, en particulier religieux doivent y participer et il faut profiter au maximum de l'expérience acquise des ONG spécialisées dans l'approche des groupes à risque pour sensibiliser cette population spécifique à la PTME. Cette sensibilisation peut se faire de façon continue selon les événements d'une ville ou d'une région (marchés, festivals...) ou d'une façon discontinue à l'occasion des journées thématiques (1^{er} décembre, journée de la femme...).

- **Faciliter l'accès vers les centres de santé :** il convient que cette facilitation soit

- Géographique : une cartographie précise des sites de PTME doit être établie pour vérifier le bien fondé de la couverture et l'absence de zones non couvertes. Etant établi que la mise en place de cette couverture doit être progressive et mise en œuvre selon un chronogramme précis. Chaque étape du développement devant être évaluée.
 - Economique : la prise en charge de la grossesse est aujourd'hui gratuite au Maroc mais des problèmes peuvent se poser pour certaines femmes par rapport aux frais de déplacement vers les structures de santé. Le soutien social doit prendre en considération cette dimension.
 - Technique : quels sont les moyens d'accès vers certains centres de santé en zone rurale ?
- **Eviter les ruptures en intrants** : sur l'ensemble des centres de santé de la région M.T.H. et du Grand Casablanca il y a eu des ruptures en réactifs ou des réactifs périmés. Cette situation n'est pas acceptable et il faut tout faire pour qu'elle soit évitée. Les acteurs de l'ensemble du circuit des intrants doivent être bien formés et équipés, les ruptures étant de causes multifactorielles. Ce problème doit être travaillé au niveau central où il est apparu que le responsable des approvisionnements avait une réelle surcharge de travail et peu de moyens techniques pour la gestion et la répartition des stocks et au niveau périphérique où les stocks tampons ne sont pas toujours respectés et les commandes sont émises trop tardivement. Par ailleurs le système d'achat impose un délai souvent très long (4 à 6 mois) entre la commande et la livraison, délai souvent incompressible dont il faut tenir compte dans le fonctionnement du système. Il faudrait que sur chaque centre de santé il y ait un responsable identifié et bien formé pour la gestion des intrants, qu'il dispose de registres bien établis à cet effet et standardisés à l'échelon national et que le processus de suivi évaluation des centres contrôle régulièrement cette procédure. Autant que possible ce circuit devrait être progressivement informatisé.
- **Améliorer l'accueil** : la qualité de l'accueil est une composante essentielle de la réussite d'un programme. Actuellement elle est satisfaisante mais il faudra être particulièrement attentif à ce que la surcharge de travail et la réaction de certains soignants face au VIH n'altèrent pas cette qualité d'accueil. C'est de l'équipement des centres en ressources humaines suffisantes, de la bonne formation du personnel soignant et de la bonne répartition des tâches au sein de l'équipe soignante que dépendent la qualité de l'accueil et le bon fonctionnement des activités.
- **Améliorer et adapter le contenu du conseil** : il est actuellement satisfaisant mais reste très variable d'un soignant à un autre. Il est évident que pour le conseil en vue du dépistage dans le cadre de la PTME, tout doit être axé sur la problématique de l'enfant. Il conviendrait que chaque conseiller ait une « **check liste** » des points à aborder lors de son conseil qui lui permettrait de guider son entretien. Cette liste laisserait bien sûr au conseiller la liberté de la conduite de son conseil et d'ajouter certains éléments en fonction de chaque cas particulier mais elle servirait à éviter les omissions comme ce fut le cas lors de nombreux entretiens fictifs durant la phase d'évaluation. Ce point est d'autant plus important que dans le cadre de la CPN la durée du conseil est souvent limitée (15 minutes) du fait de la charge de travail.

- **Elargir le dépistage au conjoint et à la fratrie de l'enfant :** Un dépistage du conjoint devrait être systématiquement proposé aux femmes enceintes et il devrait être gratuit dans le cadre de la PTME. Pour les femmes positives, il est indispensable que le statut sérologique des autres enfants soit connu et que la pratique du test soit gratuite pour eux aussi dans le cadre de la PTME.
- **répéter le dépistage dans certaines situations :** c'est le cas des femmes séronégatives pour le VIH dépistées en début de grossesse chez qui existent des facteurs de risque. Il conviendrait que ces facteurs de risque soient systématiquement recherchés lors du conseil pré test pour guider la re-proposition du test. Il apparaît en effet qu'une séroconversion en cours de grossesse contamine presque toujours l'enfant et que cette situation doit être recherchée et prise en charge si elle est dépistée. Actuellement l'évaluation du facteur de risque se fait essentiellement en extrapolant à partir de la situation de mère célibataire ou de la profession du conjoint ce qui n'est pas suffisant. Le test renouvelé doit, comme le premier, être gratuit pour la femme.
- **Dépister plus précocement :** toute la PTME est axée vers deux objectifs qui sont d'éviter la contamination de l'enfant et de faire un dépistage précoce pour un traitement précoce chez les enfants infectés. Les nouvelles recommandations de l'OMS relatives à la PTME demandent que toutes les femmes enceintes VIH + reçoivent des ARV (comme prophylaxie ou comme traitement) et ce, le plus tôt possible en cas de traitement et dès 14 semaines en cas de prophylaxie. C'est à ce prix qu'il sera possible **d'éviter les formes graves de l'enfant** qui résultent d'une contamination précoce in utero et de diminuer globalement la transmission mère enfant. Or, il apparaît que les femmes viennent souvent tardivement (passé le premier trimestre) vers la CPN entraînant un diagnostic tardif. Tout doit être fait dans l'IEC de la population générale pour remédier à cette situation. Dans toutes les séances éducatives des femmes il faut aborder ce problème. Ici encore c'est l'affaire de l'ensemble des intervenants de la lutte contre le sida et d'une façon plus générale de la SMI.
- **Elargir les cibles visées par le dépistage en vue de la PTME :** cela a déjà été envisagé et se fera avec la participation active des ONG au programme de PTME. Il faut viser à ce que les populations appartenant à des groupes à risque soient informées de la PTME et puissent y avoir accès.
- **intensifier la stratégie du dépistage initié par le prestataire** en la portant vers les cibles des populations à risque, les personnes avec des symptomatologies pouvant évoquer le VIH, la co-infection tuberculose.
- **Proposer le dépistage du VIH dans le bilan prénuptial.**
- **Instaurer le dépistage en salle de travail au niveau de certaines structures :** cette donnée devrait concerner les centres qui ont une maison d'accouchement et les maternités des centres de référence ou des pôles d'excellence. Dans la situation actuelle du programme, 1 seul centre de santé répondait à cette situation (Centre de santé de Tikouine à Agadir) et l'activité PTME du centre y était localisée. Les femmes qui viennent pour accoucher vers les centres sans CPN préalables appartiennent souvent à des catégories de femmes qui sont fragilisées par des difficultés socio économiques et qui sont susceptibles d'appartenir à des groupes à risque. Il serait nécessaire qu'un dépistage puisse être proposé à ces femmes au niveau de la salle de travail. L'efficacité de la prophylaxie à ce niveau a

été démontrée et elle fait partie des recommandations de l’OMS. Cette pratique, dans les pays où elle est établie est en général bien acceptée et la réticence vient plus des soignants que des femmes. Elle suppose en effet toute une organisation : personnel formé, matériel de dépistage disponible, pratique de la prophylaxie sur un test rapide positif, droit de prescrire la prophylaxie pour la sage femme, ARV disponibles en salle de travail. *Cette pratique si elle ne peut pas être étendue à l’ensemble des maternités devrait être effective sur les maisons d’accouchement des centres de santé inclus dans la PTME et dans les maternités attenantes aux centres d’excellence et de référence.*

10.4. Améliorer l’accès et le fonctionnement des centres de référence:

- **Rendre plus précoce la venue de la femme enceinte vers les centres de référence en initiant le test de confirmation à partir de ces centres :** c’est une question essentielle puisque tout doit être fait pour que la prise en charge de la femme VIH positive soit le plus précoce possible et, en particulier, avant 14 semaines. Il convient à cet effet, que la femme enceinte soit adressée sur la notion d’un test rapide positif ou douteux de façon à ce que le WB de confirmation soit demandé à partir du centre de référence et non à partir du centre de santé. Ce point doit permettre de raccourcir le délai de rendu du WB qui est très anxiogène pour la femme. Il permet au clinicien de faire, en attendant le résultat du WB, une première évaluation clinique de la femme qui peut permettre dans certains cas (femmes CDC classe B et C) d’entreprendre d’emblée la procédure vers la mise sous TARV (bilan pré-thérapeutique et éducation thérapeutique).
- **Améliorer la transmission entre les centres de santé et les pôles de référence :** il est apparu que 2 femmes VIH positives sur les 8 femmes identifiées ne sont pas venues vers le centre de référence. Il faut travailler à ce que le système de liaison soit le plus efficace possible. Certaines mesures peuvent contribuer à cette amélioration :
 - Unifier les fiches de liaison entre les centres de santé et les centres de référence
 - Personnaliser le contact au niveau du centre de référence
 - Organiser l’accueil de la patiente (rendez vous pris et circuit bien présenté et compris)
 - Faciliter l’accompagnement vers le site avec si possible l’appui d’une ONG.
- **Renforcer les ressources humaines des centres de référence**
 - **Assurer des ressources humaines en nombre suffisant au niveau des centres de référence et répondant à l’ensemble des besoins :**
 - 3 pôles doivent être pourvus : infectiologues, gynécologues et pédiatres. Il apparaît que la motivation face au VIH est variable selon les catégories de spécialistes. Les gynécologues en particulier posent des problèmes au niveau de certains centres (région S.M.D.).
 - le nombre de médecins et d’infirmière doit correspondre à la charge de travail
 - certaines disciplines sont peu ou pas représentées : psychologues
 - **Etablir une communication au sein d’un même centre entre les différents intervenants de la PTME :** cette communication peut se faire de plusieurs façons complémentaires :

- Par une transmission écrite précise et codifiée à chaque fois qu'une femme est adressée d'un secteur à un autre.
 - Par la tenue de staffs brefs mais réguliers (fréquence à déterminer) réunissant ces différents intervenants pour discuter des dossiers en cours
 - Par l'informatisation des services avec un logiciel unique et la mise en réseau permettant à tous d'avoir accès à la même base de données.
- **Assurer autant que possible une prise en charge conjointe de la mère et de l'enfant** : organiser un système de consultation permettant de faire dans une même unité de temps et de lieu la prise en charge conjointe de la mère et de l'enfant avec le plateau technique adéquat et les possibilités de prise en charge globale adaptées.
 - **Délocaliser la biologie pour les PCR et les charges virales** : cette mesure existe déjà au niveau des CD4 et du WB mais il conviendrait qu'elle soit appliquée pour la PCR et la charge virale. L'évaluation de la phase pilote en ce domaine est très mauvaise, les examens qui ont été faits sont exceptionnellement parvenus en temps voulu vers les cliniciens et le plus souvent ne sont même jamais parvenus. Or, cet examen est essentiel dans l'arbre décisionnel de la prise en charge des patients. **Il faudrait au plus vite délocaliser la CV vers les régions MTH et SMD.** La qualité de la prise en charge en dépend. Parallèlement à cette mesure, il faudra rapidement **former les équipes à la pratique du DBS** pour rendre plus facile la circulation des prélèvements entre les sites. L'INH doit garder son rôle de garant de la qualité de la biologie et organiser le contrôle de qualité sur l'ensemble des pôles biologiques mais la pratique des examens doit être décentralisée. Il convient dans ce domaine de revoir la **fiche d'accompagnement** des demandes de PCR et de charge virale pour qu'elle puisse fournir toutes les informations relatives à l'interprétation (date de mise sous ARV, ARV en cours, objectif de l'examen). Il convient aussi qu'une **procédure de priorité** soit mise en œuvre pour les charges virales des femmes enceintes et les PCR diagnostiques des enfants.
 - **Informatiser les centres de référence** : cela a déjà été envisagé mais il convient d'en préciser les modalités :
 - Fourniture du matériel informatique par le programme
 - Mise en pratique d'un logiciel unique
 - Formation des soignants à cette technique
 - Mise en réseau si possible des services complémentaires dans une même structure
 - Responsabiliser quelqu'un au contrôle de l'entrée des données
 - Assurer la maintenance du parc informatique
 - **Envisager de délocaliser la PEC clinique des patients de manière à faciliter le continuum des soins** : certaines femmes enceintes lorsqu'elles vont être prises en charge au niveau des centres de référence vont se trouver très loin de leur lieu d'habitation ; il serait indispensable que des relais puissent se faire avec des contacts locaux (en particulier les médecins des centres de santé d'origine) pour que la prise en charge puisse se faire en complémentarité. **Il apparaît indispensable d'arriver à créer un réseau de médecins formés qui travaillent en complémentarité.** On peut imaginer que ces médecins assurent une partie du

suivi sur le plan clinique durant la grossesse en synergie avec l'infectiologue pour minimiser les déplacements. L'amélioration du partage d'information entre les centres de santé et les centres de référence est donc une priorité. Elle intervient aussi au niveau de la prise en charge de l'enfant qui de toute façon reviendra vers le centre de santé pour son suivi post natal et, en particulier pour ses vaccinations.

- **Envisager d'augmenter le nombre des centres de référence en fonction de l'extension du programme de la PTME.** La prise en charge des femmes enceintes aboutit toujours au suivi d'une population de femmes séropositives pour le VIH et à la mise sous traitement ARV d'un certain nombre de femmes et d'enfants. La cartographie des centres de référence doit donc être étudiée conjointement à celle des centres de santé qui assurent une prise en charge de la PTME. Il convient dans la conception du programme de toujours tenir compte du « paquet PTME » et de faire en sorte qu'à partir du centre de santé PTME, on puisse connaître avec précision les circuits de prise en charge des femmes, des examens biologique et d'approvisionnement en intrants.
- **Renforcer le lien avec le secteur communautaire :** c'est avec la biologie un point très faible du programme actuel. Or, le partenariat avec le secteur communautaire apparaît indispensable pour
 - Assurer sur les centres une prise en charge globale : les centres disposent actuellement de médiateurs communautaires, d'assistants sociaux mais pas de psychologue pour le suivi (sauf le centre mère enfant de Marrakech et le CHU de Casablanca). Si la prise en charge est correcte au niveau de l'éducation thérapeutique (essentiellement adulte), elle ne se résume le plus souvent, pour la prise en charge sociale, qu'à l'indigence et à peu de chose pour le soutien psychologique. Il apparaît essentiel que des médiateurs communautaires formés contribuent activement à l'accompagnement psychologique et social des patients. Cette fonction doit être dissociée de celle des médiateurs thérapeutiques qui font déjà face avec difficulté à leur charge de travail. Ce soutien psychologique et social devant se faire avec des médiateurs recrutés sur l'ensemble des ONG de lutte contre le sida.
 - Inclure dans la PTME les groupes à risque : les ONG peuvent effectuer un travail de proximité et ont une expérience vis à vis de ces groupes qui leur permet de pouvoir les atteindre en matière de PTME. Il est très important qu'elles introduisent la **thématique spécifique de la PTME** dans toutes leurs réunions d'information avec ces groupes pour y sensibiliser les cibles y compris celle des HSH du fait de leur bisexualité habituelle au Maroc.
 - Assurer l'accompagnement des femmes dépistées positives au niveau des centres de santé entre ces centres et les centres de référence où elles seront prises en charge.
 - Assurer l'accompagnement des femmes enceintes et des enfants pris en charge sur les centres de référence dans leurs différentes démarches de soins entre les services et hors de l'hôpital : en effet ce travail d'accompagnement doit faciliter le continuum des soins.
 - Eviter les perdus de vue et les récupérer si nécessaire : le service d'infectiologie d'Agadir enregistre 115 perdus de vue sur une file active de 1777 patients. Deux femmes du programme ne se sont pas rendues vers les

centres de référence et 2 autres femmes déjà prises en charge ont disparu. Ceci souligne l'importance de la mise en place d'un dispositif d'identification des perdus de vue et de relance possible tant au niveau des centres de santé que des centres de référence. Cette relance devant se faire dans le respect de la confidentialité. Le secteur communautaire devrait pouvoir jouer un rôle important dans ces démarches.

- Initier et participer aux actions de formation et de sensibilisation vis à vis des soignants responsables de la PTME (médecins et para médicaux) et des formateurs qui interviennent au niveau des groupes à risque.

10.5. Assurer la révision du programme de PTME dans le domaine des recommandations relatives à la prise en charge médicale de la mère et de l'enfant :

Le programme initial se doit d'être adapté aux nouvelles recommandations formulées en 2009 et 2010 par l'OMS relatives à la PTME. Il est apparu qu'en l'état actuel les fiches techniques 3 et 5 qui régissent la PTME et la prise en charge des enfants gardent des points dont l'interprétation peut conduire à confusion et entraîner des divergences dans la prise en charge des mères et des enfants ; Il est essentiel que ces documents soient consensuels par rapport au contenu entre tous les spécialistes de la discipline et que ce contenu soit connu de tous. Les recommandations suivantes peuvent être faites en ce sens :

- Faire un atelier sur la finalisation du programme PTME (document PTME, document prise en charge des enfants)
- Etablir un vrai document de normes et procédures pour la prise en charge de la PTME et la prise en charge des enfants.
- Assurer la diffusion de ces documents à l'ensemble des soignants concernés par la PTME
- Faire des formations avec les nouvelles recommandations.

10.6. Revoir le circuit de gestion des intrants (ARV et tests) de manière à éviter les ruptures :

- **Renforcer les ressources humaines au niveau central et au niveau des centres de référence.**
- **Assurer une meilleure gestion des stocks au niveau des centres de santé et de référence :** il convient de bien former la ou les personnes responsables de la gestion des stocks (médicaments et tests) et de leur donner les outils nécessaires à cette gestion et si possible d'informatiser la gestion des stocks avec un logiciel unique.
- **Unifier les registres et les procédures :** il faut que les équipes de suivi évaluation puissent avoir à disposition des outils de contrôle standardisés capables de fournir toutes les informations sur l'état des stocks et leur gestion.

10.7. Améliorer la prise en charge des AES par une législation en matière d'indemnisation :

Il apparaît qu'il n'existe pas de législation précise sur l'indemnisation des soignants qui seraient victimes d'un AES. Si l'affichage des mesures de prévention et la conduite à tenir en cas d'AES sont à peu près connus et appliqués sur les structures de soins, il y a une forte préoccupation du personnel soignant sur les possibilités en matière d'indemnisation. Ce point est essentiel sur le plan social mais il peut aussi conduire faute d'intérêt à une sous déclaration des AES à un moment où tout est mis en œuvre

pour augmenter le nombre de personnes vivant avec le VIH prises en charge au niveau des structures.

10.8. Organiser un circuit efficace de Gestion des déchets intégré à celui des centres non PTME au niveau des centres de santé.

Actuellement cette question se pose sur l'ensemble des centres de santé du programme. Au niveau des régions SMD et Grand Casablanca certains accords ont été faits avec des sociétés qui rapatrient ces déchets vers les hôpitaux des centres de référence mais cette procédure ne semble pas donner complète satisfaction et peut même poser des problèmes au niveau des hôpitaux qui reçoivent ces déchets pour les éliminer.

10.9. Suivi évaluation et indicateurs, recueil des informations

- **Uniformiser les registres de recueil des informations** : il est apparu que chaque centre de santé avait un registre dont la conception était différente. Il est très important pour le passage à l'échelle que ces registres soient semblables sur la totalité des sites. Il convient d'intégrer des registres avec ceux déjà existants pour d'autres activités.
- **Former les équipes à l'utilisation de ces outils** : la compréhension des rubriques variait également d'un centre à un autre (voir paragraphe 9.1.7.) et il est essentiel que chaque site recueille exactement le même type d'information avec la même compréhension de cette information
- **Pour les équipes de suivi évaluation contrôler les données transmises avec les chiffres obtenus à partir des registres.**
- **Revoir les indicateurs pour s'assurer de la pertinence de chacun** ; une proposition est faite pour l'indicateur de couverture des ARV chez la femme enceinte VIH+ (annexe F) qui pose des problèmes par rapport aux objectifs initialement fixés dans la requête du FM.
- **Bien contrôler que les objectifs à atteindre sont en accord avec les données démographiques et la prévalence nationale.**
- **Bien représenter les régions dans les instances de pilotage.**
- **Assurer un système de contre référence performant vers les sites.**

10.10. Rechercher un partenariat avec le secteur privé

Une partie importante de la population se fait prendre en charge par le secteur privé ; il faut essayer de tout faire pour que ce secteur soit aussi concerné par la PTME ; accorder les ARV du programme en contre partie d'un certain contrôle de ce secteur pourrait être une porte d'entrée.

10.11. Chronogramme

- **Un chronogramme précis doit être établi pour planifier l'ouverture de nouveaux centres de santé dans le cadre du passage à l'échelle** : ce chronogramme doit tenir compte de la situation actuelle et des prévisions déjà établies pour l'ouverture de nouveaux centres de santé.
- **Planifier avec précision un certain nombre de modifications urgentes** :
 - Implantation des charges virales sur les nouveaux sites
 - Unification des outils de recueil des données sur les centres de santé
 - Recrutement de médiateurs pour la prise en charge psychologique et sociale ainsi que pour l'accompagnement des mères
 - Informatisation des centres de référence (choix du logiciel)

- Formation continue du personnel des centres de santé (recyclage à intervalle régulier)
 - Amélioration du circuit des intrants
- Un chronogramme prenant en compte ces priorités est proposé au paragraphe 11.

10.12. Résumé des recommandations

Résumé des recommandations

- 1. effectuer le passage à l'échelle de la PTME**
 - a. fixer des critères précis et objectifs pour le recrutement des nouveaux sites
- 2. rendre accessible le programme de PTME aux populations les plus démunies et aux groupes à risque**
- 3. améliorer le dépistage en :**
 - a. sensibilisant la population générale à la PTME
 - b. facilitant l'accès aux structures de santé
 - c. évitant les ruptures en intrants
 - d. améliorant l'accueil dans les centres de santé
 - e. améliorant le contenu du conseil
 - f. élargissant le dépistage vers le conjoint et la fratrie
 - g. intensifiant la pratique du dépistage initié par le prestataire
 - h. répétant le dépistage chez les femmes négatives vues tôt et présentant des facteurs de risque
 - i. dépistant plus précocement
 - j. instaurant sur certains centres de santé et de référence le dépistage en salle de travail
- 4. améliorer l'accès et le fonctionnement des centres de référence**
 - a. rendre plus précoce le dépistage de la femme
 - b. améliorer la transmission entre les centres de santé et les centres de référence
 - c. renforcer les ressources humaines des centres de référence
 - d. délocaliser la biologie pour la charge virale et la PCR
 - e. informatiser les centres de référence
 - f. délocaliser la PEC clinique des patients pour mieux assurer le continuum des soins
 - g. envisager d'augmenter le nombre de centres de référence en fonction de la progression du programme de PTME.
 - h. Renforcer le lien avec le secteur communautaire
- 5. Réviser le protocole du programme en matière de prise en charge médicale (PTME et prise en charge de l'enfant)**
- 6. Revoir le circuit des ARV pour éviter les ruptures (formations, gestion des stocks, processus de commande, registres de contrôle, informatisation...)**
- 7. Dans le cadre des accidents du travail prévoir les conditions d'indemnisation des AES**
- 8. Organiser un circuit efficace de gestion des déchets sur les centres de santé**
- 9. Améliorer le dispositif de suivi évaluation du programme de PTME**

10. Rechercher un partenariat avec le secteur privé**11. Etablir un chronogramme précis des interventions pour évaluer et suivre la mise en œuvre du programme****11. Proposition de chronogramme pour la mise en place de l'extension de la PTME : plan d'action**

Un certain nombre de réalisations doivent être accomplies dans un délai assez bref pour que le programme PTME puisse se développer d'une façon efficace :

- A. L'atelier d'élaboration d'un document de normes et procédures pour la PTME et la PEC pédiatrique (PEC globale : Médicale, psychologique, sociale et nutritionnelle)
- B. La première phase de l'extension des nouveaux centres de santé et celle vers les maternités des centres de référence et des pôles d'excellence
- C. La décentralisation de la virologie (charge virale et PCR) vers Marrakech et Agadir
- D. La mise en place du DBS : formation du personnel des sites et des laboratoires
- E. L'élaboration d'un plan stratégique national pédiatrique : groupe de travail puis atelier d'écriture et de validation.
- F. Amélioration du circuit des intrants par un atelier de formation de formateurs pour les gestionnaires des sites périphériques
- G. Mobilisation du secteur communautaire vers la PTME : mise en place d'un atelier de l'ensemble des associations pour définir un plan d'action vers la PTME.
- H. Elaboration d'outils standardisés pour le recueil des informations nécessaires au suivi évaluation, formation à l'utilisation de ces outils et dissémination vers l'ensemble des structures sélectionnées pour la PTME.
- I : informatisation des centres de prise en charge (pôle de référence et pôles d'excellence).

	2011										2012	
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02
A		A1		A2								
B	B1			B2			B3					
C							C1		C2			C3
D									D1			
E	E1	E2	E3									
F		F1								F2		
G			G1					G2				
H				H1			H2	H3		H4		
I			I1					I2				I3

A : A1 : atelier des Normes et procédures ; A2 : les documents sont disséminés à l'ensemble des sites.

B : B1 : les CS et les maternités sont désignés ; B2 : le personnel soignant est formé ; B3 : les CS et Maternités sont approvisionnées en intrants.

C : C1 : le personnel des laboratoires est formé ; C2 : les laboratoires sont équipés ; C3 les laboratoires sont fonctionnels.

D : D1 : l'ensemble du personnel soignant des sites et des laboratoires est formé au DBS.

E : E1 : désignation d'un groupe de travail et d'un consultant national ; E2 : travaux du groupe ; E3 : écriture du document et atelier de validation.

F : F1 : atelier de formateurs à la gestion des intrants ; F2 : l'ensemble des responsables de la gestion des intrants sur les sites est formé.

G : G1 : forum communautaire sur la PTME ; G2 : le dispositif élaboré à l'issue du forum est en place.

H : H1 : atelier sur l'élaboration des outils de suivi évaluation ; H2 : formation du personnel soignant à ces outils ; H3 : les outils sont disséminés sur les sites ; H4 : les outils sont fonctionnels.

I : I1 : choix d'un logiciel national et sélection des sites à informatiser ; I2 formation des gestionnaires et soignants à ce logiciel ; I3 : l'informatique est fonctionnelle sur les sites choisis

12. Atelier d'évaluation du programme pilote et de réflexion sur la stratégie nationale de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

Cet atelier s'est tenu le 26 janvier 2011 à Rabat. Il avait pour objectif principal de partager avec les partenaires les résultats de l'évaluation finale du programme pilote et de réfléchir sur les grands axes de la stratégie nationale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant . La fiche technique de cet atelier est présentée en annexe D.

Cet atelier a permis de présenter les résultats de l'étude socio anthropologique sur l'acceptabilité du test VIH par les femmes enceintes faite par le Dr M.E. Gruenais et ceux de la présente évaluation. Un débat s'est ouvert avec l'ensemble des participants sur les problèmes soulevés par les deux présentations dans le but de dessiner les axes principaux de l'extension du programme de PTME. Il est apparu que tous étaient d'accord sur la nécessité de pratiquer l'extension du programme en insistant sur celle de l'intégrer complètement aux structures et institutions existantes. En particulier, il apparaît essentiel que les 3 directions chargées de la mère et de l'enfant et des structures où se fait la prise en charge harmonisent leurs activités et collaborent étroitement dans la PTME. Tous ont insisté également sur le fait que les régions devaient prendre une part plus active aux diverses réunions d'élaboration des directives et ont souligné leur manque d'information sur de nombreux documents qui régissent la PTME. Il convient d'espérer que cet atelier aura entraîné une vraie mobilisation de l'ensemble des partenaires, des soignants et des associatifs autour de la PTME et qu'ils se mobiliseront autour des activités proposées dans le chronogramme du paragraphe 12.

13. Conclusions

La réussite du programme pilote de PTME permet de renforcer le bien fondé de la mise en place de ce programme au Maroc. L'analyse précise des points forts et des points faibles de ce programme a permis d'élaborer un certain nombre de recommandations qui vont guider les étapes prochaines de l'extension de ce programme et la réalisation d'un plan stratégique pédiatrique incluant la PTME. Il est indispensable que l'ensemble des initiatives prises dans le futur s'intègre dans le système de santé existant relatif à la mère et l'enfant. La PTME est

par définition une démarche transversale, multidisciplinaire qui nécessite une volonté centrale forte, un engagement de tous les soignants, un dialogue ouvert entre eux ainsi que le soutien à tous les niveaux du secteur communautaire. C'est à ce prix que pourra se réaliser l'objectif de l'ONUSIDA « **zéro nouvelle infection** » chez les enfants à travers leurs mères.

ANNEXE A : Termes de référence

Termes de référence de l'évaluation finale du Programme de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant impliquant les services de santé de base dans les régions du Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Sous-Massa-Draâ

CONTEXTE

Dans le contexte de la pandémie de VIH, le Maroc reste un pays où la prévalence du VIH est très faible. Le nombre estimé de personnes infectées par le VIH est de 25000 (en 2009) dont 4000 femmes.

La prévalence du VIH est estimée comme inférieure à 0,1% chez les femmes enceintes (données de surveillance sentinelle) en 2009, avec une stabilité depuis le début des années 2000. Il y a évidemment des disparités à la fois géographiques et sociales, certains groupes dans la population étant à des prévalences plus élevées essentiellement pour des raisons d'exposition plus importantes (professionnelles du sexe par exemple) ou dans certaines zones géographiques.

Avant 2008, l'expérience marocaine de la PTME était limitée à la prise en charge de l'infection pédiatrique par le VIH essentiellement au niveau des centres de référence et d'excellence et de quelques associations, à travers des cas individuels de femmes ou d'enfants infectés par le VIH.

Le plan stratégique national de lutte contre le sida 2007- 2011 a prévu de renforcer le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (pTME) puisqu'il permettrait d'intervenir en amont et de prévenir la très grande majorité de ces cas d'infection pédiatrique.. Une approche d'intervention impliquant les services de santé maternelle et infantile a démarré à titre pilote au niveau de trois régions : Grand Casablanca (GC) Marrakech Tensift Al Haouz (MTH) et Sous Massa Draâ (SMD), afin d'évaluer la pertinence de l'intégration du conseil et test VIH dans la consultation prénatale, avant son extension aux autres régions prioritaires.

L'évaluation de ce programme, qui est l'objet de cette consultation, permettra de définir les principaux axes de la stratégie nationale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

OBJECTIFS

Objectifs général :

L'objectif général de cette évaluation du programme de pTME mis en œuvre à titre pilote au niveau des régions du Grand Casa, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Souss-Massa-Daraa est de montrer dans quelle mesure cette approche constitue une réponse adaptée à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le cadre du PNLs et dans quelles conditions elle serait répliquable à l'échelle nationale.

Objectifs spécifiques

- Evaluer la pertinence de la pTME dans le contexte épidémiologique du pays : telle que conçue, est-ce que l'approche pTME constitue une réponse adaptée pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en utilisant la consultation

prénatale comme opportunité de dépistage ? les objectifs visés sont-ils en harmonie avec les priorités du pays en matière de lutte contre le sida ?

- Evaluer l'efficacité de la pTME : quel est le niveau de réalisation des objectifs visés ? (Acceptation par les femmes enceintes de la pTME dans le contexte de la consultation prénatale, capacité du personnel à fournir le dépistage, le conseil en VIH dans le respect de l'éthique, la prise en charge de la mère et du nouveau-né conformément au protocole pTME dans sa phase pilote).
- Evaluer l'efficacité de la pTME : les coûts (MS, Unicef, Fonds Mondial) d'investissement et de fonctionnement justifient-ils les résultats obtenus ?
- Evaluer la viabilité : dans quelles conditions (aspects organisationnel, technique, de gestion, public cible, structure de santé et programmes qui intègrent la pTME) l'approche pTME adoptée à la phase pilote serait-elle intégrée aux activités du programme de lutte contre le sida ?
- Evaluer l'impact : la pTME a-t-elle contribué à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ? a-t-elle contribué à la réduction de la mortalité des nouveaux nés ? la pTME a-t-elle eu des retombées positives (ou négatives) sur la consultation prénatale (en terme de fréquentation, de qualité de suivi) ?
- Evaluer la mise en œuvre de ce programme
 - L'implication des professionnels de santé
 - La charge de travail et le retentissement sur le déroulement des autres activités du centre de santé
 - Le volet éthique et respect de la confidentialité
 - La qualité de prise en charge y compris le système de référence et de contre-référence de la patiente diagnostiquée positive au VIH et de son nouveau-né
 - L'accompagnement psychosocial
 - Le système de suivi (système de collecte, supervision régionale et nationale, réunion de coordination)
- Relever les obstacles et les opportunités
- Elaborer les recommandations pour l'élaboration d'une stratégie nationale de pTME

METHODOLOGIE

- Elaboration par le consultant d'un protocole détaillé de l'évaluation du projet pilote pTME en présentant :
 - ✓ Un résumé des expériences similaires, notamment les leçons apprises de ces expériences,
 - ✓ Un cadre d'évaluation qui indique les résultats attendus (avec leurs indicateurs respectifs), la démarche à suivre pour obtenir chaque résultat (données à collecter, les sources d'info et outils de collecte, où et auprès de qui, quand), les délais nécessaires, les partenaires (à rencontrer), la plan d'analyse qui sera utilisé;
 - Validation de ce cadre de travail avec les partenaires concernés (MS, Unicef) ;
 - Réaliser les tests nécessaires pour la finalisation des outils de collecte des données et du plan d'analyse;
 - Elaborer et soumettre un premier rapport, contenant les résultats des différentes investigations et les recommandations qui en découlent ;
 - Rédiger un rapport final de l'évaluation en intégrant le feed-back de la présentation du premier draft.

SUIVI DU TRAVAIL DU CONSULTANT

Le comité de pilotage du projet pTME (constitué des responsables du programme national de lutte contre le sida, des responsables du programme de surveillance de la grossesse, des techniciens de l'Institut National d'Hygiène, des partenaires de l'ONUSIDA et du Fonds Mondial, des Universitaires qui ont assuré la formation et le suivi sur le terrain des activités de dépistage et de traitement des cas identifiés, du chargé du programme santé à l'Unicef) assurera :

- La validation des TDR de l'évaluation,
- La sélection des offres soumises,
- La validation du protocole de l'évaluation,
- La validation du rapport et notamment la mise en œuvre des recommandations.

ETHIQUE

Cette évaluation doit s'entourer de la confidentialité des identités et des informations recueillies le long du processus d'évaluation dont l'équipe chargée de l'évaluation est tenue de respecter. Seul le comité de pilotage en est le propriétaire et, dont il appartient de les communiquer et de les diffuser.

QUALIFICATIONS

- Compétences confirmées en matière d'évaluation des programmes de santé ;
- Excellente connaissance des systèmes de santé et plus particulièrement des services de santé reproductive et santé maternelle et infantile dans les pays en développement;
- Bonne connaissance de la problématique du VIH/sida ;
- Expérience en matière de pTME
- Bonne connaissance du français.

DUREE DE LA CONSULTATION

- La consultation est prévue pour 26 jours comme suit :
- Protocole et outils de l'étude : 8 j
- Exécution de l'étude au niveau des sites sélectionnés : 6 jours (2 jours par site x 3 sites)
- Analyse des données et élaboration du rapport provisoire 08 jours
- Animation de l'atelier de validation : 2 j
- Finalisation du rapport : 2 j

LIVRABLES

- Protocole de l'étude;
- Rapport préliminaire de l'évaluation avec les différentes investigations et recommandations
- Rapport final de l'évaluation rédigé en français et remis en version électronique et hard copy (10 exemplaires) format A4 comportant un résumé en anglais.

DOSSIER DE L'OFFRE

- Note de présentation méthodologique sur le protocole général d'évaluation de la pTME au Maroc ;

- Références et expérience du consultant (travaux antérieurs en rapport avec le thème de l'évaluation) ;
- CV
- Plan de travail
- Offre financière détaillée (honoraires, indemnités journalière, transport...)

FINANCEMENT

Le financement de cette consultation sera assuré par le bureau de l'UNICEF au Maroc (programme santé). Les modalités de paiement seront négociées au moment de l'établissement du contrat et dans le cadre des procédures en vigueur à l'UNICEF.

ANNEXE B : Liste des personnes rencontrées

Dr Aziza Bennani, Chef de Service des MST/SIDA Ministère de la Santé
Dr Kamal Alami, Administrateur du programme ONUSIDA
Dr Ahmed Laabid, Spécialiste en Santé UNICEF-Maroc
Pr Hakima Himmich, Chef de service en infectiologie CHU Casablanca, ALCS direction nationale Casablanca
Pr Bousekraoui, Chef Service Pédiatrie, Hôpital Mère enfant Marrakech
Pr Soumia Benchekroun, chef service Pédiatrie, CHU Rabat
Dr Soumia Triki Cadre Division IST/SIDA, coordinatrice unité de gestion du FM. Ministère de la Santé
Dr Amina Idrissi chargée de l'épidémiologie à la direction régionale du ministère de la Santé Grand Casablanca.
Dr Fatiha Guezzar, chargée de l'épidémiologie à la direction régionale de la santé, région SMD
Dr Aziza Lyaghfour Chef du service de protection de la Santé infantile Ministère de la Santé
Dr Fatima Tsouli Cadre du service de Protection de la santé de la mère Ministère de la Santé
Mme Laïla Acharaï Chef de service de Protection de la Santé de la mère Ministère de la Santé
Dr Katra-Ennada Darkaoui Chef de Division des Soins Ambulatoires ministère de la Santé
Mme Houda Eloudiyi responsable virologie Institut Supérieur d'Hygiène
Dr Elmir Elhanfti responsable de l'immunologie Institut Supérieur d'Hygiène
Dr Mimouni responsable gestion des intrants Institut Supérieur d'Hygiène
Dr Halim Abdelaziz gynécologue, Maternité Souissi, CHU Rabat
Dr Mohammed Khachcha observatoire de Marrakech
Mr Djamel Rakaa service des infrastructures des actions ambulatoires Marrakech.
Dr Fouad Jettou ,directeur régional du ministère de la Santé à la région du grand Casablanca.
Dr Fouad Bouchareb directeur Régional de la Santé à la Région Souss Massa Draä
Dr Mohamed Tibari ALCS Agadir
Mme Nouami Ghizlaine ASCS Agadir
Mr Oumaya Lahcen ASCS Agadir
Dr Aloys Kamuragiye représentant de l'UNICEF
Mme Boutaina Selma El Omari coordonatrice unité de gestion du FM.

ANNEXE C : programme des visites

Calendrier des visites du consultant

Période de la consultation : Du 07 au 29 janvier 2011

Consultant : Pr Christian Courpotin

Programme

Date	Heure	Description	Accompagnant
RABAT <u>Lundi 10</u>	09 h00- 10 h00 10h00-11h00 11h30-12h30 14h30-15h30 16h00-17h00	- Entrevue avec Mr Le Directeur de la DELM - Réunion de briefing -Direction Population - Dr Alami Kamal ONUSIDA -Service MST/sida	Dr Soumia Triki
<u>Mardi 11</u>	Jour Férié		
RABAT <u>Mercredi 12</u>	9h30-10h30 11h00-12h30 14h30-15h30	-Institut National d'Hygiène -Maternité Souissi (Projet Esther) -DHSA	Dr Soumia Triki
Marrakech <u>Jeudi13</u>	9h30-10h30 11h00-13h00 14h30-16h00	-Directeur régional de la santé et Observatoire Régional de la Santé - Centre référent de prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH -Deux Centres de santé offrant les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Dr Mohammed Khachcha Mr Jamal Rakae
<u>Vendredi 14</u>	10h-12h30 14h30-15h30	-3 ^{ème} centre - ALCS- Marrakech	
Casablanca <u>Mercredi 19</u>	09h 30-10 h30 11h00-13h00 15h00-17h00	Directeur Régional et Observatoire Régional de la Santé Centre de santé Villon et Ibn Sina ALCS- Casablanca	Dr Amina Idrissi Dr Nadia Nassah
Agadir <u>Jeudi 20</u>	9h30-10h30 11h00-12h30 14h00-16h00	Directeur régional et Observatoire Régional de la Santé Centre référent de prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH Etablissement de Soins de Santé de Base: 2 sites (Agadir)	Dr Fatiha Guezzar
<u>Vendredi 21</u>	9h30-12h30	Site d'Oulad Taima et Association de Lutte contre	

	14h30-15h30 16h30-17h30	les Infections Sexuellement Transmissibles et Sida (ALIS) Association Sud Contre le Sida (ASCS) ALCS- Agadir	
RABAT <u>Lundi 24</u> <u>Mardi 25</u> <u>Mercredi 26</u> <u>Jeudi 27</u>	9h30-12h30	- Réunion en comité restreint pour la préparation de l'atelier participation à l'atelier ESTHER - Animation de l'atelier de dissémination des résultats de l'étude et d'élaboration de la stratégie pTME -Réunion de débriefing à la DELM (rapport final)	PNLS, UNICEF, UGFM et ONUSIDA

ANNEXE D : fiche technique de l'atelier d'évaluation du programme

Atelier d'évaluation du programme pilote et de réflexion sur la stratégie nationale de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

Fiche Technique

I. Cadre Général :

Plus de 160 enfants vivant avec le VIH ont été identifiés au Maroc depuis le diagnostic du 1^{er} cas pédiatrique en 1988. Ce nombre est probablement sous estimé et ne reflète pas la totalité des cas d'infections pédiatriques. En effet, si l'on extrapole les données de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, 504 nouveaux nés seraient exposés au risque de transmission mère-enfant (TME) chaque année soit une estimation de 216 enfants infectés. Par ailleurs, les nourrissons ont souvent été identifiés infectés par le VIH avant leurs mères du fait qu'ils étaient symptomatiques pour l'infection par le VIH. Ceci a justifié la mise en place d'un programme pilote de proposition du test VIH à des femmes enceintes dans des zones à prévalence un peu plus élevée que la prévalence moyenne : Grand Casablanca, de Marrakech Tensift Al Haouz et de Sous Massa Draâ.

Ce programme implanté, en 2008, dans les Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB) et impliquant les cellules de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (SMI/PF) a été jugé pertinent puisqu'il permettrait de : i) renforcer les liens entre les prestations de Santé Sexuelle et Reproductive et VIH/sida (SSR/VIH), ii) intervenir en amont et prévenir la très grande majorité des cas d'infection pédiatrique.

Aussi, un consultant international «Monsieur Christian Courpotin», a-t-il été recruté du 10 au 28 janvier 2011, avec l'appui de l'UNICEF, pour assister le Programme National de Lutte contre les IST/sida dans l'évaluation de ce programme pilote en vue de son extension.

A cet effet, un atelier de dissémination des résultats de ladite évaluation et de réflexion sur la stratégie nationale de pTME a été programmé.

II. Date et lieu

- Mercredi 26 janvier 2011,
- Division de l'Information et de la Communication, de l'Institut National de la Recherche Agronomique, sise Rue Belarbi Alaoui, en face de la Mosquée Lalla Soukaïna, Hay Riad, Rabat

III. Objectif général

Partager avec les partenaires les résultats de l'évaluation finale du programme pilote et réfléchir sur les grands axes de la stratégie nationale de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (pTME).

IV. Objectifs spécifiques :

Former un pool de formateurs provinciaux en matière de:

- Disséminer les résultats de l'étude socio-anthropologique sur l'acceptabilité du test VIH par les femmes enceintes, menée dans le cadre de ce programme,
- Restituer les résultats de l'évaluation finale du programme,
- Identifier les grands axes de la stratégie nationale de pTME,
- Définir les modalités d'extension du programme et de mise en œuvre de la stratégie de pTME.

V. Participants

Au nombre de 75, représentés par les partenaires du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), en provenance de:

- ministère de la Santé (DP, DHSA, INH),
- Autres Départements Gouvernementaux,
- ONG impliquées dans le dépistage du VIH,
- Agences des Nations Unies (UNICEF, ONUSIDA OMS et UNFPA),
- Coopération Française (ESTHER),
- Unité de Gestion du programme d'appui du Fonds mondial.

VI. Encadrants

- Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (PNLS),
- Consultants internationaux,
- UNICEF
- ONUSIDA
- UGFM

VII. Financement : UNICEF

ANNEXE E : Documents passés en revue

1. Royaume du Maroc, Système des Nations Unies: Plan d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au sida 2007-2011
2. Royaume du Maroc : mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA . Rapport national 2010
3. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, DELM, plan stratégique national de lutte contre le sida. 2007 – 2011.
4. Prévention de la transmission mère enfant du VIH au Maroc, rapport de consultation UNICEF 14 – 28 janvier 2006, Elizabeth A. Preble
5. Arrêté du 18 juillet 2005 du ministre de la santé relatif au suivi de la grossesse chez les femmes enceintes au maroc
6. Arrêté du 18 juillet 2005 du ministre de la santé relatif au suivi des enfants de la naissance à 5 ans au Maroc
7. Ministère de la Santé : Programme pTME impliquant les services de santé de base dans les régions du Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Sous-Massa-Draa : *Protocole d'intervention* octobre 2008.
8. Haut commissariat au plan: Projections de la population des provinces, préfectures et régions par milieu de résidence : 2004 à 2015 Centre d'études et de recherches démographiques mai 2007
9. Kingdom of Morocco Ministry of Health HIV modes of transmission Analysis in Morocco August 2010
10. Ministère de la Santé Programme National d'accompagnement psychologique et Social des personnes vivant avec le VIH.
11. Kingdom of Morocco Ministry of Health Department of Epidemiology and Disease Control National STI/AIDS Programme : HIV MODES OF TRANSMISSION ANALYSIS IN MOROCCO August 2010

ANNEXE F : Fiche concernant la révision de l'indicateur de couverture des ARV donnés à la femme enceinte VIH + dans la PTME

Objectif programmé :

Indicateur : Nombre et pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant selon le protocole national

Comparaison prévision et réalité

	Phase 1				Phase 2					
	07	08		09	09	10		11		12
	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06	07-12	01-06
Objectif FM	60	85	155	235	435 (28%)	435	668 (40%)		1028 (51%)	
Objectif proposé (le Nb indiqué n'est pas cumulé)	50	35	35	45	45	58	58	75	75	98
		70		90 (+28,5%)		116 (+28,8 %)		150 (+29,3%)		98 (1an : 196 (+30,6%)
réalisation	42	40		92		105				
Progression réalisée		- 4,7 %		+ 130 %		+ 14%				
Ecart progression attendue		- 42,8 %		+ 2%		- 9,5 %				
Femmes VIH+ attendues	450	450		450		450		450		500
Indice de couverture réalisation						23,3%				(39% ?)

Données de base :

Nombre d'accouchements par an secteur public : 450000

Prévalence VIH femmes enceintes : 0,10 % en 2011, 0,11 % en 2012

Nombre de femmes enceintes VIH + attendues : 450 par an en 2010, 500 par an en 2011 et 2012

Analyse de la situation présente

Le retard de l'indice de couverture des femmes enceintes par les ARV apparaît secondaire à quatre facteurs essentiels :

- La sur estimation des données de base étant donné l'absence de PTME structurée lors de l'estimation initiale en 2006 où le chiffre observé était de 30 femmes enceintes mises sous ARV
- Le retard à la mise en œuvre du programme pilote de PTME qui n'a commencé de fait que fin 2008 (le recrutement se faisant jusqu'alors sur des sites disparates (ESTHER /maternités CHU, secteur privé)
- La stabilité de la séroprévalence du VIH observée chez les femmes enceintes
- La stabilité des naissances

Ces deux derniers facteurs ne devraient pas se modifier d'une façon significative sur la période d'observation prévue jusqu'en 2012.

Réalisations observées sur la période 2007 / 2010 :

- 2006 : 30 femmes enceintes mises sous ARV (valeur de base)
- 2007 : 42 femmes enceintes mises sous ARV (progression de 12 femmes soit + 40%)
- 2008 : 40 femmes sous ARV (stagnation)
 - **mise en route du programme pilote PTME**
- 2009 : 92 femmes sous ARV (progression de 52 femmes soit + 130%)
- 2010 : 105 femmes enceintes VIH+ sous ARV (progression de 13 femmes soit + 14%)

Ces chiffres montrent bien **l'impact du programme de PTME** sur la couverture ARV des femmes enceintes mais ce programme fin 2010 n'a eu que 2 ans de fonctionnement sur un nombre limité de sites (8 centres de santé sur 3 régions). La réussite de ce programme appelle à son extension qui est prévue pour 2011 mais qui ne devrait commencer à porter ses fruits qu'en 2012 date à laquelle la couverture prévue au niveau du plan stratégique national (30%) devrait être atteinte et dépassée. Cette phase pilote aura été déterminante pour tester la faisabilité et l'acceptabilité du programme de PTME intégré aux structures de SMI. Son extension est maintenant une urgence

Réalisations à attendre sur la période 2011 - 2012 :

- **en 2011 la mise en place de la phase 1 de l'extension du programme PTME encadrée par de nouvelles recommandations ; cette extension doit concerner 40 nouveaux établissements de soins de santé de base et les maternités des centres de référence et d'excellence.**
- Devrait succéder à cette mise en place :
 - une progression de 34 femmes enceintes VIH+ sous ARV de 2010 à 2011 soit 150 femmes fin 2011 (progression de + 29,3 %)
 - une progression de 46 femmes enceintes VIH + sous ARV de 2011 à 2012 soit 196 femmes fin 2012 (progression de + 30,6 %) ; à mi temps, en juin 2012, le nombre de femmes enceintes mises sous ARV devrait donc atteindre 98.

En conclusion : il apparaît important que les objectifs ciblés par l'indice de couverture en ARV des femmes enceintes soient révisés car sa base actuelle ne peut être réalisée même avec un travail intensif et de qualité des équipes.

