



PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH/SIDA AU BURKINA FASO

UNE DÉMARCHE CONTRACTUELLE
ORIGINALE

ETUDE DE CAS



Organisation mondiale de la Santé

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH/SIDA AU BURKINA FASO

**UNE DÉMARCHE CONTRACTUELLE
ORIGINALE**

ETUDE DE CAS



Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso : une démarche contractuelle originale : étude de cas.

1.SIDA - prévention et contrôle 2.HIV, Infection - prévention et contrôle
3.HIV, Infection – transmission 4.Transmission verticale maladie - prévention et contrôle 5.Relation interinstitutionnelle 6.Coopération internationale 7.Evaluation programme 8.Burkina Faso I.Organisation mondiale de la Santé

ISBN 92 4 259129 7

(Classification NLM: WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion. Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 2476; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé en France

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier tout spécialement le Dr Pierre-Issaka Compaore, du bureau de l'OMS à Ouagadougou, ainsi que le Dr Virginio Pietra, coordinateur technique de la PTME au centre médical Saint Camille, pour leur aide efficace et leur soutien sans limites à l'initiative.

Merci également à Hubert Kambou, journaliste et consultant national pour cette mission.

Que soient aussi salués chaleureusement pour le temps qu'ils ont consacré à nous répondre :

(dans l'ordre des entretiens)

Dr Giorgio Montanarini, coopération italienne, assistance technique des programmes sanitaires

Dr Honadja, CMLS, prise en charge médicale du VIH/sida

Dr Antoine Sounda, CMLS, surveillance épidémiologique du VIH/sida

Dr Mohamed-Mahmoud Hacen, OMS, Ouagadougou, représentant

Dr Thomas Sanou, OMS-Afrique de l'Ouest, chargé de la prise en charge médicale du VIH

M. Rodrigue Barry, OMS, Ouagadougou, information et documentation

Dr Ghislaine Conombo, ministère de la santé, directrice de la santé et de la famille

Dr Laurent Ouedraogo, ministère de la santé, coordinateur PTME

M. Domenico Bruzzone, coopération italienne, Afrique de l'Ouest, directeur

Père Jacques Simpore, centre médical Saint Camille, généticien moléculaire

Dr Lambert Simpore, district sanitaire dit du secteur 30, médecin-chef

Mme Rasmata Kabre, Union des associations de la commune de Bodgogo, coordinatrice

M. Geoffroy Saouadro, association Laafi La Viim

Dr Ndeye Ngone Toure, UNICEF, administrateur de programme sida

Pr Francesco Castelli, Université de Brescia, Institut des maladies infectieuses et tropicales

M. Christophe Contanson, Fondation Olorun, fondateur

Mme Gnilane Ndiaye, ONUSIDA, expert associé

Ainsi que :

Le personnel du bureau de l'OMS à Ouagadougou

Les représentantes des associations de femmes du district

Et le personnel référent de la PTME à Saint Camille :

Mmes Thérèse Ouoba et Joséphine Ouedraogo, santé maternelle et infantile

Mme Louise Ouedraogo, maternité

Mme Agnese Thiombiano, service néonatal

Mme Justine Yara, laboratoire

Sylvie Malsan, ethnologue, consultante

photos : Herbert Kambou pour l'OMS (Ouagadougou)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
RÉSUMÉ	4
PRÉSENTATION	5
CONTEXTE	6
L'épidémie de VIH/sida au Burkina Faso	7
Les instruments nationaux de lutte	7
MISE EN PLACE DE L'EXPÉRIENCE	9
L'initiative OMS/Italie	9
L'approche contractuelle expérimentée	9
Le projet au centre médical Saint Camille et ses objectifs	12
RÉSULTATS	14
Les éléments de succès	15
Les difficultés rencontrées en cours de route	18
Les défis à relever pour l'avenir	21
CONCLUSION	24
ANNEXES	25
BIBLIOGRAPHIE	27
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	28

RÉSUMÉ

Le Burkina Faso est l'un des pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés par l'épidémie de VIH. Le taux de prévalence est de 6,5 % (Onusida, 2001). Sur 40 000 infections nouvelles par an, 10 000 touchent les nouveaux-nés. Avec l'aide de ses partenaires multilatéraux, le gouvernement a élaboré un plan national multisectoriel de lutte contre le VIH et les IST (2001-2005). Il comprend un programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) par chimio prophylaxie à la névirapine et allaitement artificiel ou limité à quelques mois. En 2001, une initiative de l'OMS, soutenue par l'Italie, permet d'appuyer la mise en œuvre du programme national de PTME. Elle porte sur trois districts sanitaires, avec un financement de 150 000 dollars sur deux ans (juillet 2001-août 2003). La PTME ouvre de réelles perspectives en termes de dépistage volontaire et d'accès des populations aux antirétroviraux. Elle est cependant complexe à mettre en place. Pour tenter de l'inscrire dans le long terme et conserver une souplesse de décision, les partenaires de l'initiative décident de se lier par contrat. Un protocole d'entente est signé fin 2001 entre l'OMS, le ministère de la santé et le centre médical Saint Camille (Ouagadougou), un site de surveillance épidémiologique choisi pour démarrer l'expérience en raison de ses qualités éthiques et professionnelles. Après six mois de préparation, le projet aboutit à l'instauration d'une réelle confiance entre les co-contractants et les autres partenaires (coopération italienne, UNICEF, ONUSIDA, associations). C'est aussi le soin accordé à la réflexion sur la PTME qui facilite son intégration dans le «paquet minimum d'activités d'un district de santé». La désignation d'une personne ressource ou «cheville ouvrière» du projet chez chaque partenaire facilite l'opération. De même, la nomination à Saint Camille d'un coordinateur technique crée une impulsion pour la PTME et motive le personnel.

Les premiers résultats, livrés en février 2003, ne permettent pas encore de s'approcher de l'objectif fixé: seules 22,2 % des femmes enceintes accueillies en consultation prénatale ont accepté le counseling pour dépistage volontaire, contre les 50 % attendus. L'absence de conviction du conjoint apparaît comme un frein à cette adhésion, c'est pourquoi l'un des défis sera d'introduire le counseling du couple. En revanche, une fois qu'elles ont adhéré, les femmes pratiquent le test de dépistage et respectent les étapes de la PTME. Grâce à la disponibilité de trithérapies à Saint Camille, des femmes enceintes dépistées positives dont le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³ bénéficient déjà d'un suivi; l'encadrement du personnel pour ce suivi est assuré par l'Université de Brescia (Italie), autre partenaire. La phase technique étant «rodée», le transfert de savoir-faire a commencé dans le district de Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays. Reste à renforcer la coordination et les relations entre les acteurs. Il sera ainsi utile de développer encore les échanges avec les associations de prise en charge communautaires. Il faudra aussi plus de coordination entre le centre médical et son district d'appartenance. Enfin, l'appui de la coopération nationale demeurera nécessaire pour consolider le programme de PTME au Burkina Faso et, avec l'aide du Fonds mondial, pour renforcer l'accès aux ARV des personnes infectées par le VIH.

PRÉSENTATION

La transmission verticale du VIH/sida entre la mère et l'enfant est à l'origine de la majorité des infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans. Bien qu'observée dans le monde entier, elle touche essentiellement l'Afrique subsaharienne, où vivent aujourd'hui 90 % des enfants infectés (800 000 enfants nouvellement infectés dans le monde en 2001. Chiffres ONUSIDA/ OMS). Sur ce continent, elle est fonction du taux de prévalence du VIH, du taux de fécondité et de l'accès limité aux antirétroviraux.

Au Burkina Faso, les facteurs de risques de la transmission du VIH de la mère à son enfant sont liés à la grossesse (état nutritionnel, infections sexuellement transmissibles, anémie), au travail ou à l'accouchement (procédures obstétricales traumatiques) et à un allaitement traditionnel au sein prolongé jusqu'à l'âge de deux ans. Avec 10 000 nouveaux cas par an de nouveaux-nés infectés (PNUD, 2001), ce pays est considéré comme l'un des plus touchés d'Afrique de l'Ouest. Compte tenu de ces chiffres alarmants, il est aussi devenu l'un des pionniers en matière de PTME adaptée au contexte africain. Il bénéficie du soutien des agences des Nations unies, qui se sont engagées, dans les pays à ressources limitées les plus affectés, à faire de la prévention de l'infection au VIH chez les nourrissons une réalité.

Ce document relate les efforts faits par le Burkina Faso pour lutter contre le VIH/sida et plus particulièrement contre l'un des facteurs importants de propagation de l'épidémie, la transmission mère-enfant. Il a été réalisé grâce à la collaboration étroite des acteurs qui ont permis d'introduire dans les faits, au sein de la république du Burkina, le programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida (PTME) établi pour la période 2001-2005. Son objet est d'aider à mieux connaître les différentes étapes de lancement de ce programme, qui se sont déroulées entre juillet 2001 et août 2003, ainsi que le rôle des différents partenaires directs et indirects, nationaux et internationaux. C'est en effet sur une initiative de l'OMS, soutenue par le gouvernement italien, que le gouvernement burkinabè a mis en œuvre son premier plan opérationnel de PTME. Le site choisi a été celui du centre médical Saint Camille, à Ouagadougou, considéré par le ministère de la santé comme un centre de référence en matière de santé publique et plus spécifiquement de santé maternelle et infantile.

CONTEXTE

Pays sahélien enclavé d'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso constitue aussi un carrefour routier important pour les six pays avec lesquels il possède une frontière (Mali, Bénin, Togo, Ghana, Côte d'Ivoire, Niger). Sa superficie est de 274 000 km² pour une population de presque 12 millions en 2001, dont plus de la moitié a moins de 15 ans.

L'économie du Burkina Faso repose principalement sur l'agriculture et l'élevage. Sa vulnérabilité aux mauvaises conditions climatiques ainsi qu'au prix des produits d'exportation (coton) maintient cet État, depuis de nombreuses années, dans le rang des pays les plus pauvres du monde.

Les chiffres du Burkina Faso

Indicateurs généraux	Estimation	
Superficie	274 200 km ²	
Population totale (2001)	11,856 millions	UNPOP
Population âgée de 15 à 49 ans (2001)	5,04 millions	UNPOP
Accroissement annuel de la population (1995-2000)	2,3 %	UNPOP
PNB par habitant (1999)	240 US\$	Banque Mondiale
Population en dessous du seuil de pauvreté (1998)	45,3 %	Banque Mondiale
Taux de croissance annuel moyen du PNB/habitant (1999)	3,2 %	Banque Mondiale
Dépenses budgétaires pour la santé (2000)	11 %	Banque Mondiale
Dépenses budgétaires pour l'éducation (2000)	13 %	Banque Mondiale
Espérance de vie à la naissance (2000)	45 ans	Banque Mondiale
Mortalité infantile (2000)	105 ‰	Banque Mondiale
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances (1998)	484	OMS
Taux d'alphabétisation parmi les adultes (1997)	21 %	UNESCO
Taux d'alphabétisation parmi les hommes (1997)	31 %	UNESCO
Taux d'alphabétisation parmi les femmes (1997)	12 %	UNESCO
Taux de scolarisation des garçons/école primaire (1995)	95,8 %	UNESCO
Taux de scolarisation des filles/école primaire (1995)	62,6 %	UNESCO

Source : ONUSIDA/OMS 2002

Indicateurs du VIH/sida (année 2001)	Estimation
Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida	440 000
Adultes (15-49 ans)	380 000
Femmes (15-49 ans)	220 000
Enfants (0-15 ans)	61 000
Taux de prévalence du VIH/sida parmi les adultes	6,5 %
Nombre total de décès dus au sida	44 000
Nombre d'orphelins de moins de 15 ans ayant perdu leur père ou mère ou les deux, en vie à la fin 2001	270 000

Source : ONUSIDA/OMS 2002

Séroprévalence chez les femmes enceintes	Estimation
Taux de prévalence du VIH/sida en 1999	4 à 8,3 %
Taux moyen de prévalence du VIH/sida en 2001	6,5 %

Source : DMP/SPCNLS-IST (Burkina Faso). Chiffres relevés dans les sites sentinelles de consultation prénatale

L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA AU BURKINA FASO

Caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées, la situation sanitaire du Burkina Faso demeure précaire. La mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances en 1998, la mortalité infantile de 105 ‰ en 1998-2000 (contre 94 ‰ en 1993).

En dépit des efforts réalisés par le gouvernement en matière de lutte contre le VIH/sida, le nombre de personnes séropositives ne cesse d'augmenter. Le nombre de cas de sida déclarés à l'OMS était de 10 en 1986, le nombre cumulé de cas s'élevant à 18 144 à la fin de l'année 2001. En réalité, on estime que plus de 440 000 personnes sont actuellement infectées par le VIH/sida au Burkina Faso, avec un taux de prévalence de 6,5 % parmi la population adulte (ONUSIDA/OMS, 2002).

Les femmes représentent 51,7 % de la population, parmi lesquelles 22,8 % sont en âge de procréer. La séroprévalence chez les femmes enceintes augmente avec la progression de l'épidémie. En 1989, elle était de 3,7 %. En 1999, elle variait, au niveau des sites sentinelles de consultation prénatale, de 4 à 8,3 %. Cette situation épidémiologique de l'infection chez les femmes enceintes expose l'enfant à la transmission verticale du VIH. Si l'incidence du VIH/sida est estimée autour de 44 000 infections nouvelles par an, environ 10 000 sont attribuées à la transmission du virus de la mère à l'enfant pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou au cours de l'allaitement.

IMPACT DU VIH/SIDA SUR L'ÉCONOMIE DU BURKINA FASO

En 2001, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a consacré son rapport annuel sur le Burkina Faso au thème «La lutte contre le VIH/SIDA». Ce rapport a étudié, entre autres, l'impact du VIH/SIDA sur les secteurs productifs, qui comporterait une diminution de la croissance du PNB de presque 1 % par an sur la période 2001 – 2005.

Les décès et l'incapacité au travail liés à cette maladie affectent, selon le rapport, tous les secteurs-clé de la pro-

duction burkinabé, de l'agriculture vivrière à celle de rente, de l'industrie aux transferts des migrants.

L'irruption du virus du sida dans les ménages du monde rural se traduit dans une diminution de la main d'œuvre et des superficies cultivées, ainsi que dans un changement du mode d'exploitation: abandon des champs plus éloignés, non respect du calendrier cultural, impossibilité d'appliquer des techniques modernes. Cela provoque une diminution de la production, avec des répercussions sur la sécurité alimentaire et une baisse des revenus des ménages ruraux, qui par ailleurs constituent la partie la plus pauvre de la population.

Concernant les entreprises, le rapport souligne l'impact du sida parmi les cadres de conception et de direction formés et expérimentés, dont le remplacement ne pourra s'envisager qu'après plusieurs années. Enfin, au sujet des migrants – en majorité constitués par de la main d'œuvre masculine qui laisse le Burkina Faso en direction des pays côtiers – ils sont à la fois un groupe à haut risque d'infection par le VIH et un soutien très important pour l'économie burkinabé, car leurs transferts se chiffrent à 75 millions US\$ par an. De plus, ces transferts bénéficient en premier lieu aux ménages pauvres du monde rural, pour lesquels ils constituent un source essentiel de revenu monétaire.

En outre, le rapport du PNUD fait aussi état de l'impact du VIH/SIDA sur les secteurs sociaux, et en particulier sur l'éducation nationale. Dans ce secteur, à partir de 2010, le coût total du renouvellement des enseignants malades ou décédés de sida s'élèvera, selon les études cités par le PNUD, à plus de 2,5 million US\$, soit une augmentation de 50% par rapport au montant à présent dépensé par le Ministère de l'Éducation pour la formation de son personnel. (PNUD, 2001)

LES INSTRUMENTS NATIONAUX DE LUTTE

Organisées depuis 1986, les réponses du Burkina Faso à l'épidémie de VIH/sida ont d'abord pris la forme d'un plan à court terme (1987-89) puis de deux plans à moyen terme (1990-95). En 1994, un projet de recherche est lancé à Bobo-Dioulasso (et parallèlement en Côte d'Ivoire) pour évaluer l'efficacité d'un schéma

* L'indication renvoie à la bibliographie en annexe.

court de chimioprophylaxie de la mère à la zidovudine (AZT) dans le cadre de la PTME, avec maintien de l'allaitement au sein. La réduction de la transmission du virus, vérifiée chez les enfants à l'âge de six mois, est de 38% [Doc. 15]*. À partir de 1996, le gouvernement manifeste une compréhension de plus en plus affinée de la gravité du problème. Il entreprend une réforme de son système de santé en la faisant reposer sur la décentralisation, l'intégration des activités et la collaboration multisectorielle. En 1998, un processus de planification stratégique est engagé. Il aboutit à l'élaboration d'un «cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida pour la période 2001-2005» et d'un plan national multisectoriel.

Un Conseil national de lutte contre le VIH/sida et les IST (CNLS-IST) est alors mis en place pour assurer la coordination nationale des actions et favoriser la concertation entre les acteurs et les partenaires. Directement rattaché à la présidence de la République, il se dote d'un Secrétariat permanent chargé de la coordination et du suivi techniques des activités (SP/CNLS-IST). Des

comités sectoriels, représentés par un «point focal» ou coordinateur, sont également créés au sein des ministères impliqués dans la lutte contre le sida, des entreprises et des ONG, ainsi qu'à chaque niveau de collectivité locale (province/ commune, département, village).

Le plan national multisectoriel comprend quatre grandes orientations. La première est le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST. C'est dans ce cadre que, compte tenu de la gravité des données liées à la transmission prénatale, a été élaboré un programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH pour la période 2001-2005. Le programme a démarré en 2002 avec une première phase visant trois districts sanitaires: le district dit du secteur 30 (banlieue est de Ouagadougou et communes limitrophes), le district du secteur 22 (à Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays) et le district de Ouahigouya. Dès l'origine, une initiative conjointe de l'Organisation mondiale de la santé, en partenariat avec le gouvernement italien, a visé à appuyer la réalisation de ce programme.

Le Burkina Faso



Le programme de PTME démarre en 2002 dans la banlieue est de Ouagadougou, à Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays et dans le district de Ouahigouya.

MISE EN PLACE DE L'EXPÉRIENCE

Calendrier du lancement opérationnel de la PTME au centre médical Saint Camille (Ouagadougou)

Étapes	Estimation
Rédaction du projet	juillet – octobre 2001
Phase de négociation pour le protocole d'entente	octobre – décembre 2001
Signature du protocole d'entente entre le ministère de la santé, l'OMS et le centre médical Saint Camille	décembre 2001
Habilitation des services du centre médical Saint Camille (aménagement des locaux, équipement, formation/recyclage du personnel)	février – avril 2002
Lancement officiel du projet (démarrage des activités de PTME)	mai – juin 2002
Fin de la phase de lancement	août 2003
1 ^{er} rapport technique du centre médical Saint Camille	août 2002
2 ^e rapport technique du centre médical Saint Camille	février 2003

L'INITIATIVE OMS/ITALIE

En février 2001, le gouvernement italien et l'OMS se lancent en effet dans un partenariat innovant en vue de renforcer la réponse des systèmes de santé à l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne. Dix pays du sous-continent participent à cette initiative, avec une dotation initiale de 500 000 dollars chacun [Doc. 14].

Officiellement intitulé «Initiative OMS/Italie pour la lutte contre le sida en Afrique», ce partenariat privilégie une approche par districts, en raison des capacités qu'ils ont à étendre leurs services, ainsi qu'une coopération étroite entre les gouvernements, les instances non gouvernementales nationales et internationales, les agences des Nations unies et les organismes de lutte contre le VIH/sida. Il prévoit également l'engagement de la société civile, nationale et internationale, aux côtés des partenaires identifiés pour les projets mis en place. La coordination de l'initiative est assurée par le département VIH/sida de l'OMS, en collaboration avec le Bureau régional pour l'Afrique (AFRO). Chaque pays participant a mis en place un groupe de travail incluant le représentant national de l'OMS et un représentant de la coopération italienne.

Le Burkina Faso est ainsi l'un des dix pays retenus par l'initiative OMS/ Italie. Le projet burkinabè a pour but d'appuyer le programme national multisectoriel de lutte

contre le VIH/sida et les IST. Il vise notamment à accélérer la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. (Les deux autres volets du projet sont le renforcement de la sécurité transfusionnelle et la prévention des risques accidentels de contamination.)

Avec un budget de 150 000 dollars, le volet PTME représente 30% de l'initiative OMS/Italie au Burkina Faso, dont une majorité de dépenses en approvisionnements et fournitures. En raison de son professionnalisme et du rôle qu'il exerce déjà au sein du système de santé familiale et infantile, c'est le centre médical Saint Camille (Ouagadougou) qui a été choisi pour la mise en place du «plan opérationnel» de PTME.

L'APPROCHE CONTRACTUELLE EXPÉRIMENTÉE

Commencé en juillet 2001, le projet de réalisation de la PTME au centre médical Saint Camille a démarré effectivement en janvier 2002 sous le sceau d'une démarche inédite: un partenariat sous forme de protocole d'entente entre les trois partenaires principaux, le ministère de la santé, l'OMS et la Délégation des Pères Camilliens au Burkina Faso.

Le protocole d'entente et ses enjeux

Le protocole d'entente est conclu pour une «durée indéterminée» et signé le 24 décembre 2001 :

« - Le Ministère de la Santé, à travers la Direction de la Santé et de la Famille (DSF) et la Direction Régionale de la Santé à Ouagadougou, apportera son appui technique, assurera des visites trimestrielles de suivi et fournira en cas de besoin des ressources humaines adéquates pour la mise en œuvre du projet.

- L'OMS procédera au transfert régulier des fonds au bénéfice du Centre Saint Camille sur la base d'une requête semestrielle approuvée par le Ministère de la Santé (DSF). Elle apportera un appui technique en collaboration avec le Ministère de la Santé et participera aux visites trimestrielles de suivi.

- Le Centre Médical Saint Camille soumettra des rapports techniques et financiers semestriels au Ministère de la Santé avec copie au Secrétariat Permanent du Conseil National de la Lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST) et l'OMS au plus tard 30 jours après la fin de chaque semestre. Ce rapport sera soumis au Comité technique.»

L'approche contractuelle choisie pour la mise en œuvre de ce projet est totalement nouvelle et répond à des préoccupations réelles des institutions engagées :

- ▀ Le ministère de la santé reconnaît l'insuffisance de ses ressources internes et son besoin d'établir des partenariats avec le secteur privé, la société civile et différents groupes qui participent à la lutte contre le sida dans le pays. Son entente avec le centre médical Saint Camille est la première du genre [Doc. 3].
- ▀ L'OMS est déterminé à jouer, dans la lutte contre le VIH/sida, le rôle de catalyseur des partenariats entre les niveaux international, national et des districts* [Doc. 14].

L'autre enjeu important est l'extension du programme national de PTME aux autres sites.



Dr Laurent Ouedraogo, «point focal» PTME et
Dr Ghislaine Conombo, Directrice de la santé et de la famille

Les acteurs principaux

Le ministère de la santé

La Direction de la santé et de la famille, qui recouvre les services de santé maternelle et infantile (SMI), joue un rôle central dans le suivi du projet. Elle est secondée sur le plan technique par un coordinateur du programme national de PTME. À l'échelon interministériel, le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida et les IST a été réaménagé en 2003 en vue d'une plus grande efficacité de ses services. Il est implanté au ministère de la santé, lequel se voit attribuer un rôle moteur pour les autres ministères participant à la lutte contre le sida, au travers notamment de son propre comité sectoriel [Voir ci-dessus: Instruments nationaux de lutte].

L'OMS

Le projet est régulièrement suivi sur le plan technique et financier aux trois niveaux de l'organisation: central (Genève), régional (AFRO) et national (bureau du représentant à Ouagadougou). Des visites et des missions d'accompagnement ont contribué au renforcement de l'appui technique déjà garanti au projet par l'équipe OMS au Burkina Faso. Sur le plan administratif, le transfert de fonds au bénéfice du centre médical Saint Camille est assuré par le bureau de représentation de l'OMS à Ouagadougou.

*Le découpage administratif du territoire en districts sanitaires a précédé, au Burkina Faso, le découpage en collectivités locales. Les districts sont aussi les entités opérationnelles les plus décentralisées du système de santé.

Le centre médical Saint Camille à Ouagadougou

Le centre médical, structure privée catholique, appartient à la Délégation des Pères Camilliens* au Burkina Faso, qui dirige ses structures de santé sur la base d'une convention-cadre avec l'État. Saint Camille est situé dans les quartiers est de la capitale Ouagadougou, au district 14, l'un des secteurs du district sanitaire dit du secteur 30, mi-urbain, mi-rural. Il couvre une population de 18 068 habitants et attire des personnes en provenance d'autres aires sanitaires. Sont concernés par le projet le service de santé maternelle et infantile, la maternité, le service de néonatalogie et le laboratoire d'analyses médicales.

La coopération italienne

Le ministère des affaires étrangères italien est le bailleur de fonds du projet. S'il n'est pas signataire du protocole d'entente, il n'est en pas moins un acteur éminemment présent au travers de son bureau de coopération au Burkina Faso.

Les autres partenaires

Un certain nombre de partenaires complémentaires viennent renforcer le programme national de PTME et l'initiative OMS/Italie.

Du côté des institutions onusiennes tout d'abord. Le PNUD a surtout permis de conforter le Burkina Faso dans son souhait de renforcer la lutte contre le sida. L'ONUSIDA et l'UNICEF ont quant à eux participé directement à l'élaboration du cadre stratégique. L'UNICEF demeure un partenaire actif et apporte un soutien multi-forme tant au programme national de PTME qu'au centre Saint Camille. Il a notamment contribué, à partir du premier travail de recherche effectué dans ce domaine (Bobo-Dioulasso), à la production d'analyses des données scientifiques sur la transmission mère-enfant au niveau national. Il fournit également des tests rapides du VIH et de la névirapine au gouvernement, avec pour indication de les redistribuer en priorité au centre Saint Camille. L'organisme apporte enfin les financements complémentaires nécessaires à la mise en place des activités de PTME à Saint Camille comme au sein des formations sanitaires du district du secteur 30.

Jumelée avec l'Université de Ouagadougou pour la recherche sur les maladies infectieuses et tropicales, l'Université de Brescia (Italie, proche Milan) apporte son

aide technique et financière au centre médical Saint Camille. Cette aide est renforcée par l'Hôpital de Brescia dans le cadre de l'initiative ESTHER**, qui favorise les partenariats hospitaliers entre le Nord et le Sud.

D'autres collaborations existent d'un point de vue moins formel :

- ▶ avec les structures de santé susceptibles d'accueillir des femmes enceintes infectées par le VIH/sida : notamment le centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou en cas de complication de l'accouchement;
- ▶ avec des associations de prise en charge communautaires situées dans le district du secteur 30 : par exemple l'association Laafi La Viim, une association sérieuse qui a une petite activité de PTME et fournit aux femmes une aide sociale et juridique; ou le Centre d'accueil et de solidarité de Ouagadougou «Notre-Dame de Fatima» (CASO), géré par Saint Camille, qui dispose actuellement de quelques trithérapies et d'une trentaine de lits pour accueillir des personnes séropositives.



*Dans le district dit du secteur 30
l'Association Laafi La Viim ou «la santé, c'est la vie»*

* *Ordre des Camilliens : ordre fondé à Rome en 1582 par saint Camille de Lellis, devenu en Italie patron des infirmiers et infirmières.*

** *Initiative internationale lancée par la France pour améliorer l'accès aux antirétroviraux en Afrique : y ont adhéré les gouvernements d'Italie, d'Espagne et du Luxembourg.*

LE PROJET AU CENTRE MÉDICAL SAINT CAMILLE ET SES OBJECTIFS

Comme les deux autres volets de l'initiative OMS/Italie, le projet de PTME a pour objectif de contribuer à diminuer l'incidence de l'infection au VIH. Plus spécifiquement, il a pour but d'y réduire de moitié les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la durée du projet.

Le choix du centre médical Saint Camille s'est fait à plusieurs titres :

- Il dispose des services nécessaires à la mise en place de la PTME : un service conventionné de santé maternelle et infantile, une maternité très fréquentée (8 000 accouchements par an), un laboratoire qui pratiquait déjà le dépistage du VIH et un service

de pathologie néonatale expérimenté dans le suivi de l'allaitement (600 enfants en 2000).

- Il est l'un des sites «sentinelles» nationaux de surveillance épidémiologique chez les femmes enceintes.
- Il remplit les conditions éthiques pour une telle action en termes de confidentialité du dépistage et du suivi médical de la mère infectée et de l'enfant.

Compte tenu de la situation de départ, des objectifs précis ont été fixés pour chaque service afin d'assurer à Saint Camille la disponibilité et la qualité des prestations de la PTME :

Les objectifs fixés à Saint Camille dans le cadre du projet

Service	Situation de départ	Besoins identifiés	Objectifs à atteindre
SMI	4 000 femmes en CPN 2 500 nourrissons en post-natal	- Absence de local pour le CDV - Manque de produits alimentaires et de consommables	- Renforcer les capacités - Renforcer les capacités des services de SMI pour la PTME (notamment aménagements de locaux et équipements, fourniture de médicaments contre les IO)
Maternité	2 salles d'accouchements pour 98 lits d'hospitalisation 8 000 accouchements par an	Personnels non formés à la prévention des infections en soins obstétricaux et néonataux essentiels (IST et VIH/sida)	- Formation de 8 sages-femmes, 7 infirmières diplômées d'État, 24 accoucheuses auxiliaires
Néonatalogie	600 enfants (pour l'année 2000)	Pas de disposition pour l'alimentation des enfants nés de mères séropositives	Fourniture de médicaments (névirapine) et de lait maternisé
Laboratoire	Test Elisa et PCR pour dépistage et diagnostic VIH	Besoin de consommables et de réactifs en matière de PTME	Fourniture de réactifs (tests rapides) et consommables Formation de 12 agents de laboratoire

CPN : consultation prénatale

CDV : conseil pour le dépistage volontaire

IO : infections opportunistes

PCR : Polymerase Chain Reaction : technique qui détecte les traces de l'ADN du virus et permet de savoir très tôt si l'enfant a été infecté



Saint Camille : entrée de la maternité



Dispensaire pédiatrique

Les moyens matériels et en ressources humaines nécessaires ont été fournis au centre Saint Camille dans le cadre du projet. Le plan opérationnel qui a été rédigé correspond à une phase d'exécution de dix-huit mois à compter de janvier 2002 [Doc. 7]. Il précise la méthodologie employée :

- ▀ la «causerie» de groupe en consultation prénatale intègre désormais des conseils sur l'infection à VIH et les risques de transmission du virus de la mère à l'enfant;
- ▀ les femmes infectées dépistées sont suivies durant l'évolution de leur grossesse et des dispositions médicales sont prises à l'accouchement pour la mère et pour l'enfant (administration de névirapine);

- ▀ le nouveau-né est alimenté conformément au protocole national, et un deuxième dépistage est prévu à l'âge de 15 à 18 mois pour confirmer son statut sérologique;
- ▀ il est prévu un système d'information interne pour l'analyse, l'archivage et la confidentialité des données.

Des hypothèses sont également émises quant à la viabilité socioculturelle, administrative, technique et gestionnaire du projet. Certaines de ces hypothèses constituent aujourd'hui des défis à relever pour l'avenir [voir Annexe].

RÉSULTATS

Le rapport technique du centre médical Saint Camille, établi en février 2003 [Doc. 10], donne les résultats pour les trois premiers trimestres d'activité.

Contrairement aux interrogations initiales, il montre que la PTME n'a constitué ni un facteur d'attraction ni un facteur d'abandon de la consultation prénatale à Saint Camille. De plus, les femmes qui ont consulté pendant cette période sont, comme à l'accoutumée, des femmes qui résident en majorité dans le district dit du secteur 30.

Le centre médical a cependant enregistré une adhésion limitée au counseling pour le dépistage volontaire du VIH. Entre mai 2002 et janvier 2003, sur 2 464 femmes reçues en consultation prénatale à la SMI de Saint Camille, 22,2% d'entre elles, soit 546 femmes (une femme sur cinq), ont accepté le counseling pré-test.

En revanche, la quasi-totalité des femmes ayant adhéré au counseling s'est montrée déterminée à pratiquer le test et à connaître le résultat. Cette efficacité peut être attribuée à l'utilisation de tests rapides, qui permettent de réaliser le pré- et le post-test dans une même matinée : les résultats sont donnés aux femmes dans l'heure qui suit leur test sérologique. Parmi les femmes dépistées positives, la majorité a observé les différentes étapes de la PTME (pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, du post-partum et de l'allaitement).

Enfin, une très faible minorité de partenaires des femmes ayant adhéré au counseling a accepté le dépistage, soit en raison de leur propre réticence, soit parce qu'ils n'ont pas été informés par les femmes de cette possibilité. Le rapport de Saint Camille précise que les données actuellement disponibles ne permettent pas de mener une analyse sur cette question.

Counseling pour le dépistage volontaire (résultats pour la période de mai 2002 à janvier 2003)

	mai-juillet 2002	août-oct. 2002	nov. 2002- janv. 2003	Total
Nouvelles consultations prénatales (CPN)	910	781	773	2 464
Counseling de groupe	910	781	773	2 464
Counseling pré-test (individuel)	208	203	136	547
<i>Counseling pré-test CPN en %</i>	22,9 %	26,0 %	17,6 %	22,2 %
Adhésion au test	208	202	136	546
Counseling post-test (retour pour résultat)	206	202	135	543
Femmes VIH+	29	25	22	76
dont référées par d'autres structures ou auto-référées	12	8	6	26
Total partenaires testés	11	16	9	36
dont VIH+	0	4	1	5
Partenaires de femmes VIH+ testés	1	4	4	9
dont VIH+	0	3	1	4
Partenaires de femmes VIH- testés	10	12	5	27
dont VIH+	0	1	0	1
Couples sérodiscordants	1	2	3	6

Source : Centre médical Saint Camille

LES ÉLÉMENTS DE SUCCÈS

Le partenariat

La mise en place d'un partenariat solide entre les co-contractants, reposant sur une confiance mutuelle et le respect des attendus, est l'une des grandes réussites du projet. Pour cela, une longue phase de négociation a été nécessaire, qui a retardé de plusieurs mois la mise en œuvre de l'initiative OMS/Italie à Saint Camille. Aucun des partenaires ne semble pourtant le regretter.



En discussion au ministère de la santé...

Les principaux intéressés mettent cette réussite sur le compte, en premier lieu, de la qualité des échanges entre eux, largement facilités, il est vrai, par l'investissement important des personnes de référence désignées dans chaque institution : au ministère de la santé, à l'OMS, à la Coopération italienne et à Saint Camille, qui ont été *les chevilles ouvrières* du projet.

Un certain nombre d'éléments favorables ont joué un rôle important :

- ▀ L'implication du bailleur de fonds dans le projet, avec une participation directe des institutions italiennes.
- ▀ Le temps accordé à la préparation des documents de base, notamment pour identifier les actions à intégrer dans le projet en fonction des priorités du pays, des critères de l'OMS et des secteurs d'intervention du bailleur. Le temps accordé, également, à l'avancée progressive des négociations du protocole entre les futurs signataires. Ceci afin

de prendre la mesure de la complexité de l'opération et de tenter de trouver un équilibre entre l'urgence et le besoin d'assurer la qualité et la solidité du projet. Il a fallu quelques mois pour dépasser la méfiance mutuelle existant, à l'origine, entre le ministère de la santé, en tant qu'instance gouvernementale, et le centre médical Saint Camille, en tant qu'ONG à caractère confessionnel. Les discussions se sont déroulées néanmoins de façon très simple (envoi de brouillons, échanges, modifications du texte pas à pas), et elles ont abouti à une entente sur la finalité du projet et sur ses modalités de gestion.

Chaque partie reste ainsi dans son rôle. Le ministère demeure le gestionnaire des fonds alloués par l'OMS au projet, avec comme garantie le respect des directives nationales en matière de PTME [Doc. 4]. Les fonds sont délégués au centre Saint Camille, qui en dispose au début de chaque semestre (sous réserve de conformité de sa requête) sans risque d'ingérence de l'État. L'exécution du projet en est alors considérablement aidée.

- ▀ Les qualités reconnues de Saint Camille en termes de professionnalisme, d'intégration des activités de SMI, d'éthique et de rigueur de gestion. C'est sans doute cette confiance initiale des partenaires et le fait que le centre médical a participé dès le départ à l'élaboration du programme national de PTME qui a permis, entre autres, que ses responsables rédigent la première version du document.

L'intégration de la PTME dans le paquet minimum d'activités d'un district de santé

Le plan opérationnel de PTME rédigé pour sa mise en application à Saint Camille détaille six objectifs avec, pour chacun, les opérations à réaliser et la période d'exécution, des indicateurs et sources de vérification, les responsables concernés. Il a été conçu par un comité technique avec des représentants du ministère de la santé, de l'Université de Ouagadougou, du centre médical Saint Camille et de l'OMS. Respectant strictement les directives nationales [voir Annexes], il constitue, aujourd'hui, un modèle d'organisation de la PTME au niveau d'un district.

Ainsi que l'a confirmé le coordinateur de la PTME au ministère de la santé, l'intégration du «paquet d'activités» de ce programme au centre médical Saint Camille et plus particulièrement dans ses services habituels de SMI n'a posé aucune difficulté. Parallèlement, au sein du ministère lui-même, le programme de PTME n'a fait l'objet d'aucune affectation spécifique : il a été parfaitement intégré dans la routine des services administratifs.

Au moment des négociations, le ministère a demandé que Saint Camille bénéficie d'un temps minimum et de moyens pour habilitier les services concernés en termes d'aménagement et d'équipement. Entre février et avril 2002, on a ainsi aménagé deux salles pour le counseling et un laboratoire pour les prélèvements de sang. Après l'introduction de la PTME, la causerie de groupe (cinquante à soixante femmes par jour) a été étendue à trois journées supplémentaires, au cours desquelles le thème du VIH/sida et des risques de transmission mère-enfant est abordé spécialement. C'est à l'issue de cette causerie que les consultantes se décident à être reçues individuellement en counseling pour le dépistage volontaire.

Avant le démarrage des activités, le personnel a suivi une formation spécifique au VIH/sida et à la transmission materno-foetale et néonatale. Une équipe formée d'un médecin, de trois sages-femmes d'État*, d'une assistante de santé et d'une technicienne de laboratoire a été responsabilisée pour la mise en œuvre de la PTME, effective à partir du mois de mai 2002. Le centre médical Saint Camille a fait venir spécialement un médecin de

santé publique italien pour créer et diriger l'ensemble de la prestation et superviser cette équipe. Celui-ci est aujourd'hui le coordinateur technique de la PTME à Saint Camille.

Quant aux fonds, ils ont été affectés pour une petite part à l'investissement initial (aménagement des locaux, équipement général, formation du personnel), et pour une autre part à la motivation du personnel (sous forme de gratifications) ainsi qu'à l'achat de réactifs de laboratoire, de lait maternisé et de médicaments pour prévenir et traiter les infections opportunistes. La névirapine est fournie par l'UNICEF, par le laboratoire Boehringer-Abott et par l'ONG internationale Axios via le ministère de la santé. Les antirétroviraux pour les femmes nécessitant une trithérapie sont un don de la Société Tanaliz (entreprise burkinabè), également via le ministère de la santé.

La formation du personnel

L'ensemble du personnel de Saint Camille, personnel d'État et personnel camillien, soit un peu plus de 100 personnes, a reçu une formation générale sur la PTME. Le médecin-chef a choisi les futurs responsables de la PTME parmi les soignantes les plus anciennes. Après avoir reçu une formation théorique spécifique, les sages-femmes désignées ont suivi un stage pratique d'une semaine au Centre de traitement ambulatoire de Ouagadougou (Croix-Rouge française). Malgré cela, les débuts de la prestation ont été vécus comme difficiles par les sages-femmes chargées du counseling. L'enjeu pour elles était double : éviter que les femmes du district se détournent de la consultation prénatale à Saint Camille, apprendre à annoncer à des femmes leur séropositivité. La sage-femme responsable de la PTME à la maternité évoque, quant à elle, une véritable prise de conscience en matière de prévention des infections et de prise en charge de la femme enceinte. Avec l'aide de médecins de la maternité de l'hôpital national Yalagado Ouedraogo, l'ensemble du personnel de la maternité, depuis les sages-femmes jusqu'aux «filles de salle», a réappris les gestes d'hygiène et anti-infectieux les plus élémentaires. Un «recyclage» permanent considéré comme utile pour mettre à jour les connaissances du personnel et continuer de le motiver !

* Saint Camille dispose de personnels d'État dans le cadre de son conventionnement SMI.



*Les sages-femmes
Thérèse Ouoba et
Joséphine Ouedraogo
à Saint Camille (santé
maternelle et infantile)*

La formation du personnel au moment de l'introduction de la PTME à Saint Camille a donc eu des répercussions très positives sur le plan de la pratique médicale. Mais elle en a aussi renforcé les aspects éthiques. Que ce soit au niveau de la maternité, où les femmes dépistées séropositives arrivent dans l'anonymat, ou du service néonatal, où leurs enfants sont soignés parmi les autres nouveaux-nés nécessitant des soins particuliers (prématurés, enfants malades), l'engagement de discrétion n'a pas été un vain mot. Le fait d'avoir limité en nombre le personnel impliqué dans la PTME est une garantie de plus de la confidentialité.

Il est à noter enfin que l'arrivée spéciale du médecin-coordonnateur à Saint Camille pour y prendre en main la PTME a certainement joué en faveur de l'adhésion du personnel à la prestation.

La diffusion de la PTME au-delà du centre médical Saint Camille

De tels atouts, en matière de concertation, de confiance entre les acteurs et de réussite administrative et médicale, font de Saint Camille un centre de référence technique national pour la PTME et du médecin-coordonnateur un « passeur » régulièrement sollicité par les professionnels de santé des autres sites nationaux du programme. Celui-ci s'est ainsi rendu dans le district du secteur 22 de Bobo-Dioulasso pour partager, à la demande du médecin-chef,

l'expérience de mise en œuvre de la PTME à Saint Camille. Une réflexion est en cours, avec le soutien également de l'UNICEF, pour adapter le programme national de PTME aux structures sanitaires de ce district et à leurs conditions de travail. Pour diverses raisons [voir ci-dessous], le projet de Saint Camille a moins d'impact au sein du vaste district du secteur 30.



Equipe PTME

Le centre médical Saint Camille accueille aussi régulièrement des professionnels de santé qui viennent se former à la PTME. En juillet 2003, il recevait par exemple des stagiaires du Laboratoire national de santé publique et de l'ONG de confession protestante Union Chrétienne Médicale et Paramédicale.

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES EN COURS DE ROUTE

La lenteur du démarrage

Comme nous l'avons vu, un délai de six mois a été nécessaire pour concevoir le projet à Saint Camille et consolider le partenariat des trois signataires du protocole d'entente. Mais d'autres discussions ont aussi eu lieu, entre les différents partenaires directs et indirects, sur la nature même de l'intervention en matière de PTME. S'agissait-il de se contenter d'administrer la névirapine à la femme au moment de l'accouchement et au nouveau-né? La prévention de la transmission mère-enfant n'en-

globoit-elle pas les interventions primaires (avant et durant les premiers mois de la grossesse) ainsi que la sensibilisation au VIH et la prise en charge des infections au-delà même de l'accouchement? Sur ces points, des divergences existaient entre des professionnels de santé, qui ont pu évoluer au fil des mois en faveur de la seconde position. Le délai de mise en œuvre du projet a donc en réalité été mis à profit pour consolider une entente qui n'est pas seulement formelle.

Mais il faut noter aussi le retard pris dans l'extension du projet au niveau du district du secteur 30. L'initiative OMS/Italie prévoyait: «Le CMA [centre médical avec antenne chirurgicale] du secteur 30 bénéficiera, la première année, du projet du complément de plateau technique nécessaire à l'exécution de la PTME. La deuxième année, il sera appuyé par le projet pour la réalisation des activités de la PTME avec l'éclairage de l'expérience faite au centre Saint Camille.» [Doc. 5] De fait, l'UNICEF a contribué financièrement au renforcement du plateau technique du CMA (bloc opératoire, maternité) et à l'équipement en matériel et consommables des six centres de santé et de promotion sociale du district du secteur 30. A été accompli un travail important de formation des personnels et de sensibilisation des populations et de leurs représentants administratifs, politiques et coutumiers dans les aires rurales. En dépit de cela, le programme national de PTME n'a pas véritablement démarré dans le district (en dehors de Saint Camille). Notre enquête ne nous a pas permis d'approfondir cette question. Mais il semble qu'on puisse identifier, d'après nos interlocuteurs, trois éléments de blocage ou de ralentissement :

- ▀ la faiblesse persistante des structures sanitaires du district, au niveau de la pratique des accouchements par exemple (peu nombreux comparés au nombre pratiqué à Saint Camille),
- ▀ un manque de rigueur dans la conception des activités de PTME : la sensibilisation a été pensée indépendamment de la prévention et n'est donc pas suivie d'effet, faute de moyens financiers réguliers dit-on au district, faute d'avoir planifié rigoureusement les activités, dit-on à l'UNICEF (ici le principal bailleur de fonds).
- ▀ des difficultés de collaboration entre l'échelon du district et Saint Camille : le médecin-chef du district sanitaire parle du sentiment de concurrence ressenti au district, sentiment qui tendrait à s'estomper au profit d'une vision plus complémentaire des rôles de chacun. Il ajoute

qu'un partenariat informel devrait s'établir prochainement entre le district et Saint Camille en commençant par un échange de personnels. (Un conflit de conception de la prévention du VIH/sida demeure toutefois entre le district, qui cherche à promouvoir le préservatif, et Saint Camille, qui défend la fidélité et l'abstinence).

Les freins au dépistage volontaire

Nous savons que, après neuf mois d'activité, l'objectif de 50 % de femmes acceptant un dépistage sérologique était loin d'être atteint. Ceci constitue évidemment l'un des problèmes importants à résoudre pour une efficacité de la PTME et de la lutte contre le VIH/sida au Burkina Faso.

Les résultats fournis par Saint Camille apportent plusieurs éléments ou pistes d'explication. Le taux d'adhésion des femmes au counseling pour le dépistage volontaire est notamment plus faible parmi les femmes jeunes, en particulier les adolescentes (13,7 % chez les 13-19 ans contre 24,6 % chez les 25-29 ans). Au centre médical, on suppose que la moindre adhésion de ces dernières est due à un niveau différent d'information sur le sida et une plus faible autonomie de décision que chez leurs aînées. Les sages-femmes responsables du counseling font aussi part des réticences des femmes à connaître leur statut sérologique :

- ▀ parce qu'elles craignent d'être rejetées par leurs partenaires, ces craintes étant très souvent fondées (d'où également un taux d'adhésion au CDV des partenaires très faible : 6,6 %). Les acteurs directement impliqués dans la PTME plaident de ce fait pour un dépistage du couple;
- ▀ parce qu'elles redoutent également que l'annonce de leur séropositivité «précipitent leur mort». Dans ce sens, l'arrivée à Saint Camille de traitements ARV permettant une prise en charge des femmes infectées par le VIH peut modifier, à terme, l'attitude de beaucoup d'entre elles.

La question du suivi des femmes séropositives au moyen des antirétroviraux

Le centre médical Saint Camille a bénéficié d'un don d'une centaine de trithérapies de la société Tanaliz, une entreprise burkinabè, via le ministère de la santé : en juillet 2003, une vingtaine de femmes étaient déjà sous traitement.

Cependant, la mise en place de ce suivi ne s'est pas faite sans difficulté. Initialement, les femmes enceintes ayant un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ devaient être adressées au centre de traitement ambulatoire de la Croix-Rouge française pour y être traitées. Mais le CTA n'ayant pu respecter cet accord en raison d'une surcharge de travail, Saint Camille a dû adapter la prise en charge antirétrovirale à ses propres services. Plusieurs semaines auront été ainsi employées à organiser l'encadrement des personnels de Saint Camille. La solution trouvée est celle d'un partenariat avec l'Université de Brescia, conclu à la fin du premier semestre 2003, grâce auquel une partie du personnel camillien et du personnel d'État sera formée et accompagnée au suivi des trithérapies.

Le temps ainsi consacré à la mise en route des trithérapies n'a pas permis le développement de collaborations plus étroites avec les associations de prise en charge communautaires. Même si, d'ores et déjà, les relations établies avec le CASO et avec l'association Laafi La Viim autorisent à leur adresser des femmes, pour une trithérapie dans le premier cas, pour une prise en charge psychologique, sociale ou juridique dans le second cas.

Quoi qu'il en soit, le démarrage des trithérapies à Saint Camille est un point positif qui ouvre la porte aux engagements futurs de la Banque Mondiale (à travers son programme MAP/multi-country HIV/AIDS program) et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ceux-ci devraient, dans les prochains mois, prendre le relais des trithérapies et permettre ainsi d'augmenter sensiblement le nombre des bénéficiaires.

Un plan de communication tardif et une information encore insuffisante

Les instigateurs de l'initiative OMS/Italie ont prévu de faire partager leur expérience. De fait, au cours du second semestre 2002, le centre Saint Camille a reçu la visite d'institutions souhaitant mieux connaître ses activités de PTME: Médecins Sans Frontières, Medicos del Mundo, Save the Children, l'association burkinabè pour le Bien-Être Familial (ABBEF), la Banque Mondiale, le centre de recherche en santé de Nouna. Certaines de ces visites se sont faites à la faveur d'une manifestation artistique organisée, en marge du projet, par la Fondation Olorun (Ouagadougou). Elles pourraient conduire à de nouveaux financements pour le programme. L'initiative a fait aussi l'objet d'exposés, au Burkina Faso, dans des ateliers internationaux. À Kaya en septembre 2002 (réseau ouest-africain Save the Children de lutte contre le VIH/sida), à Kamboince en décembre de la même année (élaboration des indicateurs et des outils de gestion du programme de PTME), à Loumbila (élaboration d'un plan intégré de communication PTME) et à Bobo-Dioulasso (journées du site ANRS) en janvier 2003. Elle a été présentée lors de vidéo-conférences organisées par le réseau mondial Distance Learning. Enfin, une étudiante de l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé (UFR/SDS) de l'Université de Ouagadougou en a fait le sujet de sa thèse de médecine.

En revanche, le plan de communication prévu par les partenaires pour sensibiliser la population dans la zone de l'initiative survient tardivement, quasiment au terme de cette première phase. Les freins à l'exécution de ce plan ont été de deux ordres :

- À Saint Camille, une trop grande publicité faite à l'initiative eût posé des problèmes. Le centre médical craignait de voir diminuer la fréquentation de la consultation prénatale en raison d'une discrimination de la population accueillie : en tant qu'institution religieuse, Saint Camille privilégiera toujours la discrétion. Mais l'inverse aurait pu aussi se produire. D'un autre côté, il existait des incertitudes médicales (résistance à la névirapine) ou sociologiques (degré d'acceptation du dépistage sérologique et de l'allaitement artificiel) qui impliquaient d'attendre les premiers résultats avant de communiquer.
- Le plan de communication n'a pu être élaboré que bien après le plan opérationnel. Tout d'abord pour une raison de discrétion, comme nous venons de le voir. Ensuite parce que, conçu dans le cadre

du programme national de PTME, il a exigé plusieurs mois de préparation : une partie du temps a été consacrée en effet à former un certain nombre de médecins, membres d'associations, communicateurs, etc. capables de le mettre au point.

Par ailleurs, certains acteurs institutionnels comme le Comité ministériel de lutte contre le sida du ministère de la santé* ou la coopération italienne signalent une connaissance insuffisante de l'initiative au niveau national et surtout un manque de documents de diffusion.

LES DÉFIS À RELEVER POUR L'AVENIR

Sur le plan de la PTME

La PTME constitue incontestablement, à Saint Camille, une occasion privilégiée pour les femmes burkinabè de connaître leur séropositivité. D'après les résultats du rapport technique de février 2003, la majorité des femmes ayant adhéré au CDV en était en effet à son premier dépistage. Aujourd'hui, l'enjeu est d'obtenir un meilleur taux d'acceptation du test sérologique. Parmi les adhérentes au CDV, plus de 65 % ont accédé aux prestations de PTME dès leur première consultation prénatale, sans besoin d'un temps supplémentaire de réflexion, de conseil de leur entourage ou d'accord de leur partenaire, mais c'est plutôt le fait de femmes mieux informées qui avaient déjà l'intention de se faire dépister. Reste donc à convaincre les autres femmes et surtout à développer le counseling du couple. Nous savons en effet qu'une des raisons majeures de la réticence des femmes est la résistance de leur partenaire à toute prise de responsabilité en matière de VIH/sida, qu'il s'agisse de prévention ou de leur propre infection.

Sur un autre plan, et c'était le souhait des principaux acteurs de l'initiative OMS/Italie, l'introduction de la PTME à Saint Camille a apporté une disponibilité nouvelle en trithérapies. Une conséquence est que cette disponibilité, à condition de se perpétuer et de rester accessible aux plus pauvres, devrait favoriser une meilleure adhésion des femmes au counseling pour le dépistage volontaire. Cela pose cependant la question de l'existence de structures-relais dans le domaine médical. Le centre médical Saint Camille n'est pas conçu, comme

un CTA, pour assurer à long terme la prise en charge antirétrovirale des femmes infectées par le VIH/sida, ni même des enfants. Le centre devrait pouvoir être en mesure, à l'avenir, de collaborer avec le centre hospitalier Yalgado Ouedraogo ou même, pour les enfants, avec l'hôpital pédiatrique de Ouagadougou. Il serait en effet important de pouvoir assurer la prise en charge à la fois des parents et des enfants, avec une attention particulière accordée, sur le plan éthique, aux couples sérodiscordants et aux enfants séronégatifs nés de mère infectée.

C'est là que le plan de communication élaboré au niveau national, auquel l'UNICEF a fortement contribué, devrait trouver toute sa justification. Il comprend en effet une composante visant à influencer sur le comportement de la population (en particulier les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, les jeunes filles et au moins 20 % des partenaires-conjoints). Il inclut aussi un volet de communication sociale pour faire connaître l'initiative, en commençant par le district du secteur 30 et le district 22. Un plaidoyer doit être lancé en direction des autorités municipales et coutumières et des chefs d'établissements scolaires de la zone.

Sur les relations entre acteurs

Un partenariat solide a pu être forgé dans le cadre de l'initiative OMS/ Italie entre les signataires du protocole d'entente mais aussi avec les autres institutions. Reste à apporter de petites améliorations formelles pour mieux faire circuler l'information : plus de coordination entre les partenaires, plus de régularité dans les réunions du comité technique de l'initiative.

Toutefois, l'enjeu principal, pour que l'expérience de Saint Camille joue entièrement son rôle de moteur du programme national de PTME, réside dans une coordination plus étroite des acteurs institutionnels et dans le renforcement des liens et de l'appui à la société civile. Le coordinateur de la PTME au ministère de la santé suggère de créer un comité de pilotage réunissant les acteurs de terrain, c'est-à-dire les agents sanitaires et les responsables associatifs.

Du reste, la société civile est tout à fait prête à s'engager. Les responsables du groupement féminin APGF manifestent vivement leur souhait d'être partie prenante des activités de PTME dans le district et font part de leur pos-

* CMLS : chargé depuis sa création en octobre 2001 de coordonner les actions de lutte contre le sida au sein du ministère de la santé, y compris la prise en charge sous ARV.

sibilité de démultiplier l'information, en toute discrétion, auprès des femmes de leur communauté. Le médecin-coordonateur de Saint Camille confirme qu'il y aurait besoin d'un appui de la communauté pour distribuer les médicaments, rendre visite et parfois loger les malades, accompagner les femmes enceintes infectées par le VIH/sida lorsqu'elles sont hospitalisées ou accueillies au CASO, aider les plus pauvres. De son côté, A. La. Vi, qui a l'ambition de créer dans chaque chef-lieu de département un centre d'information sur la santé et la reproduction à l'adresse des jeunes, exprime le besoin de mesurer les résultats de ses propres interventions en matière de PTME en les comparant à des données plus larges. Une préoccupation qui devrait être bientôt satisfaite par la concertation entre les organismes de lutte contre le sida et les acteurs associatifs pour améliorer les statistiques nationales.

Il pourrait donc être intéressant que les acteurs de l'initiative OMS/Italie s'inspirent d'expériences similaires en Côte d'Ivoire, où une réunion est organisée tous les mois avec les acteurs de terrain pour faire le point.

Sur l'extension de l'expérience aux autres sites nationaux

L'initiative OMS/Italie se traduit sur le terrain par une tension permanente entre «l'expérience-pilote» menée au centre médical Saint Camille et la volonté de l'intégrer dans le programme national de PTME. L'introduction des activités de PTME à Saint Camille, dans le contexte spécifique du partenariat OMS/ministère de la santé/centre médical, pose en effet de réelles questions de reproductibilité dans les autres sites pour ce qui est :

- ▶ de la qualité professionnelle et gestionnaire de la structure médicale,
- ▶ de l'engagement financier de l'OMS,
- ▶ de la formation médicale et surtout éthique du personnel d'État,
- ▶ et enfin des ressources humaines disponibles localement pour faire avancer le projet.

Certains acteurs, à l'OMS et au ministère de la santé, estiment cependant que la lutte contre le VIH et en particulier l'introduction progressive de la PTME dans les autres structures sanitaires devrait renforcer l'ensemble du sys-

tème de santé. Pour réunir les conditions de travail de la PTME, il faut effectivement agir sur l'environnement professionnel de chaque site, c'est-à-dire adapter leurs infrastructures et capacités. Ce point de vue est d'ailleurs celui du bureau régional de l'OMS, qui note par expérience que, dans les centres médicaux où la PTME est pratiquée, l'attitude du personnel change progressivement. Pour aider à cette évolution des structures sanitaires du pays, le gouvernement préconise de planifier d'ores et déjà l'introduction de la PTME sur une année dans 20% des meilleurs sites, avec un suivi plus étroit de chaque site par les équipes sanitaires régionales.

Sur la pérennité de l'action

La viabilité à long terme de l'initiative OMS/Italie et de la faisabilité du programme national de PTME est une question qui préoccupe sérieusement les acteurs. Une deuxième phase était prévue qui devait permettre de créer une activité indispensable de recherche et de répondre à toutes les questions posées pendant la période de lancement de la PTME à Saint Camille, notamment sur le counseling du couple et la prise en charge des femmes et des enfants à la sortie de la maternité. Le financement de cette deuxième phase par le gouvernement italien a été déjà sollicité par l'OMS et il est actuellement en discussion.

Il est probable, par ailleurs, que les prochaines phases du programme de PTME au Burkina Faso seront financées par le Fonds mondial. Ce qui ne va pas sans inquiéter certains acteurs. D'une part, l'objectif du Fonds mondial n'est pas de se substituer aux bailleurs de fonds principaux des projets mais de leur apporter des financements complémentaires. D'autre part, l'accès au Fonds mondial n'a pas la souplesse requise pour la PTME, dont la mise en œuvre complexe exige de pouvoir modifier, en cours de route, les activités ou même certaines directives.

D'où un sentiment d'insécurité, au centre médical Saint Camille et chez bon nombre des partenaires de l'initiative, vis-à-vis des appuis financiers de la coopération internationale. Ceux-ci sont pourtant indispensables, pour la solidité de l'expérience à Saint Camille et surtout du programme de PTME, en attendant leur financement par des budgets nationaux.

CONCLUSION

Quoi qu'il en soit de ses imperfections et inachèvements provisoires, l'expérience menée au centre médical Saint Camille inauguré au Burkina Faso un vaste programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il a pu en effet être mis au point, à Saint Camille, et donc au niveau du district dit du secteur 30 de Ouagadougou, mi-urbain, mi-rural, un modèle d'intégration de la PTME dans le «paquet minimum» d'activités des services de Santé maternelle et infantile. Les transferts de savoir-faire depuis le centre médical, qui joue désormais le rôle de centre de référence technique national de la PTME, ont commencé en direction des autres districts. En outre, les conditions nécessaires à l'extension du programme sont désormais connues : qu'il s'agisse de la qualité des services de Santé maternelle et infantile pour démarrer un programme intégré de PTME ou encore de la présence d'un coordinateur technique pour mobiliser le personnel de santé. Quant aux conditions relationnelles et de gestion, elles sont liées avant tout aux ressources humaines disponibles dans chaque district, à chaque fois différentes. Cependant, il faut souligner l'impact des efforts respectifs des partenaires pour mener à bien cette expérience commune. Grâce au lien contractuel, garantie de l'engagement de chacun, et au temps accordé à préparer et concevoir le cadre conceptuel de la PTME et ses conditions d'application, il existe aujourd'hui une confiance entre les partenaires qui ouvre bien des perspectives. Du côté de l'administration, qui est en train d'étoffer ses équipes pour coordonner la lutte multisectorielle contre le VIH/sida. Du côté également de la société civile qui, si elle est un peu mieux formée et aidée financièrement, est prête à s'engager davantage et à participer de manière rationnelle à la lutte contre le VIH/sida.

À la faveur de l'amélioration de la réponse à l'épidémie, c'est l'ensemble du système de santé burkinabè qui a une chance de se renforcer. Par sa souplesse de fonctionnement et sa capacité à intervenir sur des aspects très particuliers d'un programme de santé, l'initiative OMS/Italie, avec un budget modeste de 150 000 dollars, a joué le rôle de catalyseur des engagements à venir. Aujourd'hui, la coopération internationale a en effet toutes les assurances, en termes de formation spécifique, de cadre conceptuel d'intervention et d'expérience de terrain, pour prendre le relais. Tout d'abord dans le domaine de la PTME, le Fonds mondial devant intervenir pour commencer dans onze centres médicaux du Burkina Faso. Ensuite dans celui de l'accès aux traitements antirétroviraux, avec l'aide de la Banque mondiale (MAP), du Fonds mondial et de l'initiative Esther. La PTME constitue en effet une porte d'entrée vers l'accès des femmes, des enfants, et des partenaires des femmes aux antirétroviraux. Gageons que ce relais international pourra être pris rapidement.

ANNEXES

MEMBRES DU COMITÉ TECHNIQUE DE L'INITIATIVE OMS/ITALIE

- ▶ Direction générale de la santé publique (DGSP)
- ▶ Direction de la santé et de la famille (DSF)
- ▶ Direction de la médecine préventive (DMP)
- ▶ Direction des études et de la planification (DEP)
- ▶ Secrétariat permanent du Conseil de la lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST)
- ▶ Un représentant du comité sectoriel santé
- ▶ Un représentant du laboratoire de l'Hôpital national Yalgado Ouedraogo
- ▶ Organisation mondiale de la santé (OMS)
- ▶ Coopération italienne
- ▶ ONUSIDA
- ▶ UNICEF
- ▶ GTZ/Santé
- ▶ Centre Muraz
- ▶ Centre médical Saint Camille
- ▶ Centre de traitement ambulatoire (CTA)

DIRECTIVES NATIONALES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH AU BURKINA FASO*

- ▶ Counseling pour le dépistage sérologique volontaire et confidentiel du VIH chez une femme enceinte
- ▶ Dépistage sérologique du VIH
- ▶ Soins obstétricaux chez une femme enceinte infectée par le VIH
- ▶ Conduite à tenir devant une demande d'interruption de grossesse par une femme enceinte infectée par le VIH
- ▶ Soins néonataux d'un nouveau-né né de mère infectée par le VIH
- ▶ Alimentation de la mère infectée par le VIH et de son enfant
- ▶ Planification familiale chez une femme enceinte infectée par le VIH
- ▶ Soins médicaux (notamment prise en charge des infections opportunistes)
- ▶ Soins infirmiers
- ▶ Référence (vers une autre structure)

* Informations issues du Doc. 4 (voir bibliographie)

HYPOTHÈSES ÉMISES POUR LA VIABILITÉ DE L'INITIATIVE OMS/ITALIE*

	Conclusion provisoire**
Au niveau national :	
Élaboration d'un plan national de PTME	réalisé
Mise en œuvre de toutes les activités du plan national de PTME	un défi (extension du projet)
Disponibilité de fonds de coopération internationale	un défi (pérennité du projet)
Pérennité de la qualité des personnes et des ressources de la DSF	un défi (extension du projet)
Adhésion de la population locale à la PTME	un défi (communication PTME)
Au centre médical Saint Camille :	
Intégration des activités de PTME dans les activités des services impliqués	réalisé
Fréquentation des femmes enceintes à la CPN	réalisé
Adhésion des femmes enceintes aux activités de PTME	un défi (communication PTME)
Mise en œuvre de toutes les activités du programme national de PTME	réalisé
Disponibilité à long terme de fonds d'appui pour la PTME	un défi (pérennité du projet)
Pérennité de la qualité des personnes et ressources du centre médical Saint Camille	réalisé
Maintien d'un coût des services attractif pour les femmes enceintes	un défi (pérennité du projet)

* Informations issues du Doc. 7 (voir bibliographie)

** D'après les entretiens menés au cours de notre mission.

BIBLIOGRAPHIE

- ▶ *Burkina Faso, The World Bank Group Countries*, septembre 2002, in <http://www.worldbank.org/afr/bf2.htm>
- ▶ *Burkina Faso, Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS avec Sexually Transmitted Infections*, ONUSIDA/OMS, update, 2002
- ▶ *Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida 2001-2005*, Conseil national de lutte contre le sida et les IST, Conférence de table ronde, Ouagadougou, 2001
- ▶ *Directives nationales de mise en œuvre des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Burkina Faso*, Ministère de la santé, Direction de la santé et de la Famille
- ▶ *Initiative OMS/Italie pour la lutte contre le VIH/sida en Afrique*, Représentation de l'OMS au Burkina Faso, document interne, 2001
- ▶ *Lancement officiel des activités PTME dans le cadre de l'initiative OMS/Italie pour la lutte contre le sida en Afrique*, Bureau du représentant de l'OMS pour le Burkina Faso, AFRO-Memorandum, 17 juin 2002
- ▶ *Plan opérationnel de la PTME au centre médical Saint Camille, Initiative OMS/Italie d'appui à la lutte contre le sida au Burkina Faso*, 2001
- ▶ *La prévention de l'infection au VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, Données disponibles et activités de l'OMS*, OMS, Genève, département VIH/SIDA, août 2002
- ▶ *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : choix et utilisation de la névirapine, Notes techniques*, OMS, Genève, département VIH/SIDA, 2001
- ▶ *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida (PTME)*, Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou, Rapport technique n° 2, février 2003
- ▶ *Programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH*, Ministère de la santé, rapport d'activité, Direction de la santé et de la Famille, septembre 2002
- ▶ *Protocole d'entente entre le Ministère de la Santé, l'OMS et la Délégation de Saint Camille au Burkina Faso*, Ministère de la Santé, janvier 2002
- ▶ *Report of a joint AFRO/HQ mission to Burkina Faso*, 1^{er} au 4 avril 2003
- ▶ *WHO/Italian initiative on HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, WHO, Genève, HIV/AIDS department, August 2002
- ▶ *Dabis F., Msellati P., Meda N, et alii, 6-months efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso : a double blind placebo-controlled multicentre trial in The Lancet*, 1999, n° 353, pp. 781-785.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

A. La. Vi	Association Laafi La Viim (La santé c'est la vie)
AFRO	Bureau Régional pour l'Afrique de l'OMS
APGF	Association pour la promotion des groupements féminins
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida (France)
ARV	Antirétroviraux (médicaments)
CASO	Centre d'accueil et de solidarité de Ouagadougou «Notre Dame de Fatima»
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le sida (ministère de la santé)
CNLS-IST	Comité national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
CPN	Consultation prénatale
CTA	Centre de traitement ambulatoire
CVD	Counseling pour le dépistage volontaire
DMP	Direction de la médecine préventive
DSF	Direction de la santé et de la famille
DRS	Direction régionale de la santé
IO	Infections opportunistes
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau contre le sida
OMS / WHO	Organisation mondiale de la Santé / World Health Organization
ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies pour le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement humain
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du Comité national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNPOP	Division population des Nations unies
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Pour plus d'informations, contacter :
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Département du VIH/SIDA
20, avenue Appia – CH-1211 Genève 27 – SUISSE
E-mail: hiv-aids@who.int – <http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 259129 7

