

UNIVERSITE PARIS EST – VAL DE MARNE

ECOLE DOCTORALE ECONOMIE GESTION ET ESPACE

THESE DE DOCTORAT DE GEOGRAPHIE

OPTION : GEOGRAPHIE DE LA SANTE

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH ET TERRITORIALITES,
EXEMPLE DU BURKINA FASO**

Présentée et soutenue publiquement par
D. Edwige NIKIEMA

devant le jury composé de :

Pr Gérard SALEM	Rapporteur
Pr Michel LESOURD	Rapporteur
Pr Jeanne-Marie AMAT-ROZE	Directrice de thèse
Colonel-Major Joseph André TIENDREBEOGO	Directeur de stage

Décembre 2008

*Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH et territorialités,
exemple du Burkina Faso*

REMERCIEMENTS

Ce travail, fruit de plusieurs années d'efforts a pu aboutir grâce au concours de plusieurs personnes, tout au long de notre cheminement. Nos présents remerciements leur sont adressés.

Nous exprimons nos profonds remerciements à notre directrice de thèse, le Pr. Jeanne Marie AMAT-ROZE, pour l'aide compétente qu'elle nous a apportée, pour sa patience et son encouragement à finir ce travail. Son œil critique nous a été très précieux pour structurer le travail et pour l'améliorer. Comment vous exprimer ma gratitude autrement qu'en vous promettant d'agir comme vous avec des étudiants dans ma situation, si un jour l'occasion m'en était donnée.

Au Pr. Gérard SALEM et son équipe, avec qui nous avons fait nos premiers pas dans la géographie de la santé à Paris 10. Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse en participant au jury.

Au Pr. Michel LESOURD qui nous fait l'honneur de participer au jury de soutenance; nous l'en remercions.

Nos recherches ont eu pour cadre le Burkina Faso. Nous y avons bénéficié de soutiens multiformes. C'est donc le lieu de remercier le Secrétaire Permanent du CNLS/IST du Burkina Faso, ici présent comme membre du jury, qui nous a offert un cadre de travail en nous accueillant dans son institution. La lutte contre l'infection du VIH que vous menez à la tête de votre structure est un combat de longue haleine. Les résultats sont là, fruits palpables de votre implication et de votre persévérance quotidiennes. Puissiez-vous encore inscrire le nom du Burkina Faso aux côtés des autres pays résolument décidés à retourner le « ruban rouge » pour le grand V de la victoire.

Merci à Mr Da du département de Géographie de l'université de Ouagadougou pour sa disponibilité, son encadrement et ses critiques.

Sincères remerciements à Mme la Coordinatrice de l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation du SP/CNLS-IST et à toute la vaillante équipe qui anime l'unité : il y a eu des passages à vide mais comme dans toute famille, les humeurs ne sont pas toujours en phase. Merci de m'avoir supportée toutes ces années.

Mes remerciements également au Coordonnateur national du réseau africain jeunesse santé et développement (RAJS/BF) et à travers lui tout le Secrétariat national de coordination et les différentes coordinations provinciales et plus précisément à celles du Boulgou, du Kadiogo, du Poni et du Yatenga. Leur collaboration et leur fraternité ont permis de mener à terme les enquêtes de terrain. Bonne continuation dans vos activités.

Pour leurs encouragements et leur assistance aussi bien matérielle que morale qui m'ont permis de faire cette thèse dans de bonnes conditions, je remercie chaudement mes proches et à mes amis et à toute l'équipe de finalisation : Doc', Youssouf, Clarisse, Yves, Isi, Assimi.

Merci et tous mes encouragements à toutes ces structures associatives communautaires qui viennent en aide aux personnes vivant avec le VIH (Association African Solidarity, Association pour l'appui moral, matériel et intellectuel aux enfants, Association Vie Solidaire, Association agir tous ensemble, Association savoir faire face, Association SOS-Sida/Jeunesse mobilisée : merci pour la collaboration et l'appui à la réalisation de mes enquêtes de terrain.

Merci à tout le personnel du SP/CNLS-IST et à tous les partenaires et collaborateurs de la structure.

A toutes les PVVIH que j'ai rencontrées et côtoyées dans mes périples à travers le Burkina Faso. A leur endroit, je formule le vœu de la mise au point d'un traitement curatif du mal avec lequel elles vivent au quotidien.

Pour l'amour qu'ils me portent, leur présence dans ma vie et toute leur affection : merci à mes parents, soeurs, frères et un clin d'œil particulier au marin qui m'a tenu la main pour passer cette houle de la thèse.

RESUME

En dépit d'une riposte planétaire développée depuis un quart de siècle, l'infection à VIH/sida continue de toucher de plus en plus de personnes, même si par ailleurs un déclin est relevé dans plusieurs pays. L'Afrique subsaharienne demeure son territoire privilégié avec plus des deux tiers des contaminations et des décès.

Le Burkina Faso présente une évolution favorable avec une diminution du taux d'infection estimé, dans la population des 15-49 ans, à 7,17 % en 1997 et à 1,6 % en 2007. Mais la maladie aurait emporté 12 000 personnes en 2005 et 9 200 en 2006, en relation avec les niveaux d'infection des années 1990 et les difficultés d'accès aux traitements. En effet, bien que la thérapie antirétrovirale existe et que son accessibilité s'améliore au fil du temps, on estime que les besoins sont loin d'être couverts : seulement 17 263 personnes sous ARV dans 76 structures de soins pour plus de 46 000 besoins de traitements estimés.

Vivre avec le VIH et accéder aux traitements est facteur de déstabilisation pour les individus. Cette déstabilisation a plusieurs expressions : elle peut être sociale, économique et/ou spatiale. L'analyse enseigne que, malgré les progrès et les champs d'action des structures publiques, privées, auxquelles s'ajoutent les structures communautaires agréées, les disparités spatiales sont encore grandes pour la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH.

Partant de là, et en fonction des accessibilités aux traitements, on observe chez les personnes vivant avec le VIH des itinéraires thérapeutiques différenciés, facteurs de nouvelles territorialités. Celles-ci révèlent non seulement des logiques personnelles mais encore les logiques spatiales et sociales des acteurs du soin, illustrant pour partie le fonctionnement du territoire national.

Des enquêtes réalisées auprès des personnes sous traitement permettent de mettre en évidence ces territorialités et les processus de territorialisation.

Mots clés : Infection à VIH/sida, offre de soins sida, territorialités, Burkina Faso.

ABSTRACT

Despite a global response developed over the past quarter century, HIV / AIDS continues to affect more and more people, even if further decline is observed in several countries. Sub-Saharan Africa remains his preferred territory with more than two thirds of infections and deaths.

The Burkina Faso has a favorable trend with a decrease in the rate of infection found in the population of 15-49 years, to 7.17% in 1997 and 1.6% in 2007. But the disease would have prevailed 12 000 in 2005 to 9 200 in 2006, in connection with infection levels of the 1990s and the difficulties of access to treatment. Indeed, although antiretroviral therapy exists and that its accessibility improves over time, it is estimated that the needs are far from being covered only 17 263 people on ARVs in 76 care facilities for more than 46 000 needs treatment estimated.

Living with HIV and access to treatment is destabilizing factor for individuals. This destabilization has several expressions: it can be social, economic and / or space. The analysis shows that, despite progress, public organizations, private, plus the structures approved does not cover needs and that the disparities are even larger space. From there, depending on accessibility to treatment, there is among people living with HIV differentiated therapeutic routes, new factors territoriality. They reveal not only logical but also personal space logic and social care players, illustrating in part the functioning of the national territory.

Surveys conducted among people under treatment can highlight these territoriality and regionalization processes.

Keywords: Infection with HIV / AIDS, AIDS care provision, territoriality, Burkina Faso.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	21
PREMIERE PARTIE : L'INFECTION A VIH AU BURKINA FASO.....	32
CHAPITRE 1 : LE BURKINA FASO, UN ETAT AU CŒUR DE L'AFRIQUE DE L'OUEST....	33
CHAPITRE 2 : UNE VUE D'ENSEMBLE DE L'INFECTION A VIH	50
CHAPITRE 3 : LA REPOSE AU VIH, UNE POLITIQUE D'ENVERGURE POUR UNE PRIORITE NATIONALE.....	79
Conclusion partielle	106
DEUXIEME PARTIE: L'OFFRE NATIONALE DE SOINS LIES A L'INFECTION A VIH.....	107
CHAPITRE 4 : LE SYSTEME DE SANTE ET L'OFFRE NATIONALE DE SOINS.....	108
CHAPITRE 5 : L'OFFRE NATIONALE DE SOINS LIES A L'INFECTION DU VIH	127
CHAPITRE 6 : L'INFECTION A VIH ET LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE, QUELS APPORTS SUR L'OFFRE NATIONALE DE SOINS	162
Conclusion partielle	177
TROISIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU SIDA : TERRITORIALISATION ET TERRITORIALITES	178
CHAPITRE 7 : LES SITES D'ENQUETES ET DONNEES DE TERRAIN.....	179
CHAPITRE 8 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU VIH ET TERRITORIALITES...	217
Section 1 : Prise en charge thérapeutique et déstabilisation	247
Section 2 : Perspectives de recherche : de nombreuses possibilités et bien de pistes à explorer.....	250
BIBLIOGRAPHIE.....	252
ANNEXE A: questionnaire personnes vivant avec le vih/sida (pvvih/sida).....	258
ANNEXE B : SP/CNLS-IST : ATTRIBUTIONS ET RELATIONS	263

LISTES DES CARTES

Carte 1. Présentation du Burkina Faso	31
Carte 2 : Organisation administrative du Burkina Faso	36
Carte 3: Densité de population en 2006.....	39
Carte 4 : Les disparités de prévalence de l'épidémie du VIH dans le monde	52
Carte 5 : Prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans) en Afrique, 2007.....	54
Carte 6 : Répartition des sites pour la surveillance sentinelle	60
Carte 7 : Séroprévalence par région selon l'EDS-III	65
Carte 8 : Répartition des cas de sida par région sanitaire en 2007.....	72
Carte 9 : Carte sanitaire du Burkina Faso (<i>découpage en 55 districts sanitaires</i>).....	116
Carte 10 : Evolution de la prise en charge ARV de 2005 à 2007	130
Carte 11 : Situation de la prise en charge des enfants et des adultes en 2007	133
Carte 12 : Disponibilité des services de laboratoires VIH/SIDA au Burkina Faso en 2007	135
Cartes 13 : Evolution par province des structures de prise en charge par les ARV de 2003 à 2007	140
Carte 14 : Couverture territoriale des agences de la CAMEG.....	147
Carte 15 : Situation des districts offrant des services de PTME en 2007.....	152
Carte 16 : Localisation des centres de dépistage en 2007	155

Carte 17 : Localisation des centres de conseil dépistage volontaire autonome	170
Carte 18 : Evolution des structures de PECC de 2004 à 2007.....	173
Carte 19 : Aire d'action des structures de prise en charge thérapeutique en 2007	175
Carte 20 : Localisation des sites d'enquêtes	179
Carte 21 : Mobilités générales de l'échantillon enquêté.....	191
Carte 22 : Province du Boulgou, le découpage administratif	194
Carte 23 . Découpage administratif de la province du Kadiogo	200
Carte 24 Province du Poni en découpage administratif.....	209
Carte 25 . Province du Yatenga : découpage administratif	212
Carte 26 : L'attractivité des PCR du Kadiogo	223
Carte 27 . Flux du déplacement par année de Séguénéga à Ouahigouya	239
Carte 28 . Mobilités vers Ouagadougou (depuis 1994) et vers Gaoua (2005).....	240
Carte 29 . Mobilités liées à la prise en charge globale	241
Carte 30 . Recompositions territoriales de Pabré et de Boussé vers Ouagadougou.....	243

LISTES DES ENCADRÉS

Encadré 1. Les principales sources de données sur le VIH/SIDA en Afrique.....	77
Encadré 2: Les Centres de traitement ambulatoires : l'espoir en perspective	165
Encadré 3 : MSF et accès aux TARV au Burkina Faso	219
Encadré 4: PCR et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant	222
Encadré 5 : Témoignage sur l'accessibilité géographique des TARV	227

TABLES DES FIGURES

Figure 1. Situation de réalisation des études comportementales de 2001 à 2007	73
Figure 2. Organisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso	92
Figure 3 : Organisation du secteur public	118

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution comparée des taux de croissance du PIB réel du Burkina Faso et de quelques pays de l'UEMOA de 2003 à 2007	42
Graphique 2 : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes	53
Graphique 3 : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes, en Afrique subsaharienne, 1990-2007.....	55
Graphique 4 : Prévalence du VIH (%) chez les femmes enceintes en consultations prénatales, 1997-2007	57
Graphique 5 : Evolution du taux de prévalence chez les femmes enceintes à partir des enquêtes dans les sites sentinelles de 1997 à 2006.....	61
Graphique 6. Evolution de la prévalence moyenne du VIH des sites sentinelles urbains de 1997 à 2006.....	61
Graphique 7 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans dans les sites sentinelles en milieu rural de 1997 à 2006 au Burkina Faso	62
Graphique 8 : Situation de la notification des cas de sida de 1986 à 2006.....	70
Graphique 9 : Situation de la notification des cas d'IST au Burkina Faso de 2001 à 2006	75
Graphique 10 : Evolution des patients (enfants, adultes) sous ARV de 2003 à 2007	129
Graphique 11 : Situation de la prise charge par les ARV pédiatriques par province ...	131

Graphique 13 : évolution des centres de dépistage communautaire de 2004 à 2007.....	169
Graphique 14. Répartition des membres de ASAFF par âge et par sexe.....	196
Graphique 15. Evolution annuelle des structures de PEC ARV, 2003 à 2007	218

LISTES DES PHOTOS

Photo 1 : Le SP/CNLS-IST.....	105
Photo 2 : Un véhicule de dépistage mobile.....	154
Photo 3 : L’hôpital du jour de Ouagadougou.....	164
Photo 4. Séance de projection de film dans un village.....	195
Photo 5. Séance de consultation	203
Photo 6. Des activités quotidiennes de AVS.....	210

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Situation des indicateurs de développement humain du Burkina Faso et des pays voisins en 2005.....	43
Tableau 2 : Incidence des cas d'IST selon le sexe en 2006.....	46
Tableau 3 : Le point sur l'épidémie du VIH en fin 2007	56
Tableau 4 : Evolution de certains indicateurs de 1997 à 2007	57
Tableau 5 . Situation de la prévalence du VIH dans les sites sentinelles urbains de 1997 à 2006	62
Tableau 6 : Situation de la co-infection en 2006 au Burkina Faso	66
Tableau 7 : Situation des indicateurs de la prévention de la transmission mère-enfant.....	67
Tableau 8 : Evolution des activités de dépistage par année	67
Tableau 9 : Evolution des données de séropositivité de la syphilis dans les sites sentinelles de 2002 à 2006 au Burkina Faso	75
Tableau 10 . Budget prévisionnel du CSLS 2006-2010 par secteur d'intervention	86
Tableau 11 . Feuille de route en matière de prévention	95
Tableau 12 . Feuille de route en matière de traitement	97
Tableau 13 : Feuille de route en matière de prise en charge	99
Tableau 14 : Feuille de route en matière d'appui	101
Tableau 15 : Evolution des infrastructures et des ressources humaines en santé de 2004 à 2007.....	119
Tableau 16 : Répartition des établissements privés de soins par région	120
Tableau 17 : Evolution de la structure de la dépense nationale de santé par source de financement de 2003 à 2005 (en millions de F.CFA)	124
Tableau 18 : Evolution des dépenses des prestataires de 2003 à 2005 en %	124
Tableau 19 : Structures et services impliqués dans l'achat de service.....	125

Tableau 20 : Situation des laboratoires équipés en compteurs pour la numération des CD4 en 2007	136
Tableau 21 : Paquet minimum d'activités (PMA) des structures pour la prise en charge médicale...	138
Tableau 22: Evolution des structures soins publiques impliquées dans la prise en charge par les ARV de 2003 à 2007.....	143
Tableau 23 : Evolution des structures de soins privées impliquées dans la prise en charge par les ARV de 2003 à 2007.....	144
Tableau 24. Evolution du coût mensuel de vente des traitements les plus prescrits en valeur absolue	148
Tableau 25 : Etat de progrès de la transmission mère-enfant (TME)	153
Tableau 26 : Evolution des indicateurs en matière de dépistage volontaire.....	153
Tableau 27 : Evolution des cas d'IST traités de 2004 à 2006	156
Tableau 28 : Evolution de la dépense par source de financement de 2005 à 2006.....	157
Tableau 29 : Situation des dépenses en fonction des interventions pour les années 2005 et 2006.....	159
Tableau 30 : Situation des dépenses par prestataires de biens et services pour les années 2005 et 2006 en valeur relative	160
Tableau 31 : Situation des agents de santé formés par type de formation de 2004 à 2007	166
Tableau 32 : Evolution des acquisitions d'ARV par la CAMEG de 1999 à 2007.....	167
Tableau 33 : Répartition des bénéficiaires de la PECC en fonction du sexe et de l'âge en 2007.....	174
Tableau 34 : Evolution des structures associatives impliquées dans la prise en charge de la thérapie antirétrovirale de 2003 à 2007	176
Tableau 35. Caractéristiques spatiales et démographiques de l'échantillon	183
Tableau 36 : Synthèse des données socioéconomiques recueillies lors de l'enquête terrain	186
Tableau 37 : Synthèse des données de l'infection et du traitement recueillies lors de l'enquête terrain	188
Tableau 38 : Synthèse des données de mobilité recueillies lors de l'enquête	190

Tableau 39. Localité de résidence de l'échantillon de la province du Boulgou	197
Tableau 40. Distribution des enquêtés de la province du Boulgou selon le moyen de déplacement..	199
Tableau 41 : Répartition des enquêtés de la province du Kadiogo par sexe	205
Tableau 42 : Répartition des enquêtés de la province du Kadiogo par ethnie.....	205
Tableau 43 : Localités de résidence de l'échantillon d'enquête de la province du Kadiogo.....	206
Tableau 44 : Fréquence des coûts des soins des enquêtés de la province du Kadiogo	207
Tableau 45 : Année de mise sous thérapie antirétrovirale des enquêtés de la province du Kadiogo..	207
Tableau 46. Distribution des enquêtés de la province du Kadiogo selon le moyen de déplacement..	207
Tableau 47 : Localités de résidence de l'échantillon d'enquête de la province du Yatenga	215
Tableau 48 : Distribution des enquêtés de la province du Yatenga selon le moyen de déplacement .	216
Tableau 49: Suivi biologique d'une personne vivant avec le VIH traitée ou non par TARV.....	221
Tableau 50 : Fréquence des mobilités occasionnelles selon le motif.....	226
Tableau 51 : Fréquence des mobilités temporaires selon le motif.....	227
Tableau 52 : Extraits des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	230
Tableau 53 : Répartition de l'échantillon selon l'année de prise en charge thérapeutique	231
Tableau 54 : Situation des contributions financières des personnes enquêtées pour leur prise en charge thérapeutique	232
Tableau 55 : Répartition des motifs explicatifs des mobilités des enquêtés	236
Tableau 56 : Fréquentation des structures de prise en charge thérapeutique	237
Tableau 57 : Critères de choix des structures	237

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AAS	Association african solidarity
AATE	Association agir tous ensemble
AES/Burkina	Action pour l'enfance et la santé, Burkina
AIDSETI	Aids empowerment and treatment international
AIS	Agent itinérant de santé
ALAVI	Association laafi la viim
AMMIE	Association pour l'appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant
AN	Assemblée nationale
AOF	Afrique occidentale française
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviraux
ASAFF	Association solidarité action faire face
ATU-JB	Association trait d'union des jeunes burkinabé
AVS	Association vie solidaire
AWARE/HIV	Action for west african region HIV/Aids
BAD	Banque africaine de développement
BSS	Behavioural surveillance survey
BURCASO	Burkina council on Aids services organization
CALSI	Coordination des associations de lutte contre le sida et les infections
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CAS/VIH	Coordination des associations de soutien aux personnes infectées par le VIH
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCDV	Centre de conseil dépistage volontaire
CCLS	Comités communaux de lutte contre le VIH/sida et les IST
CD4	Cluster of differentiation 4/Cellule lymphocyte type 4
CDVC	Conseil dépistage volontaire et confidentiel
CELS	Comités d'entreprises de lutte contre le VIH/sida et les IST
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centres hospitaliers régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHU-YO	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
CHU-SS	Centre hospitalier universitaire Sourou Sanon
CIC/Doc	Centre d'information et de documentation sur le VIH/sida
CILS	Comité d'institution de lutte contre le VIH/sida et les IST
CISMA	Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique
CIT	Convergence intertropicale
CM	Centres médicaux
CMA	Centres médicaux avec antenne chirurgicale
CMLS/Santé	Comité ministériel de lutte contre le VIH/sida et les IST du Ministère de la santé

CNCLS	Comité national catholique de lutte contre le sida
CNLAT	Centre national de lutte anti tuberculeux
CNLS-SIDA	Comité national de lutte contre le sida au Burkina Faso
CORAB	Coalition des réseaux et associations de lutte contre le VIH/sida du Burkina et la promotion de la santé
CPLS	Comités provinciaux de lutte contre le VIH/sida et les IST
CRF	Croix-Rouge Française
CRLAT	Centre régional de lutte anti tuberculeux
CRLS	Comité régional de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CSCLS	Comités des secteurs de commune de lutte contre le sida et les IST
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSLS	Cadre stratégique de lutte contre le sida
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CTA	Centre de traitement ambulatoire
CTB	Coopération technique belge
CTPS	Comité technique de programmation et de suivi
CVLS	Comités villageois de lutte contre le VIH/sida et les IST
DCRP	Département chargé de la communication et des relations publiques
DED-FSMOS	Département chargé de l'étude des dossiers soumis au fonds de solidarité envers les malades et orphelins du sida
DEP/Santé	Direction des études et de la planification du ministère de la santé
DET	Département chargé des entités territoriales
DGAT	Direction générale de l'administration du territoire
DHS	Demographic and health survey
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DLPJ	Direction des libertés et de la protection juridique
DME	Département chargé des institutions, des ministères autres que le ministère de la santé, et des entreprises
DOTS	Direct observation treatment strategic
DRS	Directions régionales de la santé
DS	Districts sanitaires
DSS	Département chargé du secteur santé
EA/QUIBB	Enquête annuelle/ Questionnaire sur les indicateurs de base de bien-être
EBCVM	Enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages
ECD	Equipe cadre de district
EDS	Enquête démographique et de santé
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau
F.CFA	Franc de la Communauté financière africaine
FIDA	Fonds international de développement agricole
FIT	Front intertropical
GT/ONUSIDA	Groupe thématique ONUSIDA
GTE	Groupe thématique ONUSIDA élargi
GTZ	Deutsche Gesellschaft für technische zusammenarbeit/ Coopération technique allemande
HDJ	Hôpital du jour
IB	Initiative de Bamako

IDE	Infirmier d'Etat
IEC	Information, éducation et communication
INSN	Institut national de la statistique et de la démographie
IRSN	Institut de recherche sur les substances naturelles
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
JMS	Journée mondiale de lutte contre le sida
LNR	Laboratoire national de référence
MAP	Multi country aids program
MASSN	Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
MEDEV	Ministère de l'économie et du développement
MEG	Médicaments essentiels génériques
MS	Ministère de la santé
MSF	Médecins sans frontière
MST	Maladie sexuellement transmissible
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
NFS	Numération formule sanguine
OBC	Organisations à base communautaire
OEV	Orphelin et enfant vulnérable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/sida
OPALS	Organisation panafricaine de lutte contre le sida
OST	Office de santé des travailleurs
PALS	Projet d'appui à la lutte contre le VIH/sida
PAMAC	Programme d'appui au monde associatif et communautaire
PA-PMLS	Projet d'appui au programme national multisectoriel de lutte contre le sida
PCIM/VIH	Prise en charge intégrée de la maladie et du vih
PCR	Polymerase chain reaction
PEC	Prise en charge communautaire
PECC	Prise en charge communautaire
PED	Pays en développement
PIB	Produit intérieur brut
PM	Premier ministre
PMA	Paquet minimum d'activités
PND	Programme national de développement sanitaire
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNM	Plan national multisectoriel
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PPLS	Projet population et lutte contre le sida
PPTE	Pays pauvre très endetté
PROMACO	Projet de marketing social des condoms
PRSS	Projet de renforcement des services de santé
PSN	Politique sanitaire nationale
PSP	Poste de santé primaire

PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH/PvVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAJS	Réseau africain jeunesse santé et développement
RALIS	Réseau régional des associations de lutte contre le sida et les IST
REGIPIV-BF	Réseau pour une plus grande implication des personnes infectées par le VIH
REV+	Association responsabilité, espoir vie, solidarité
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SONAPHARM	Société nationale des produits pharmaceutiques
SP/CNLS-IST	Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les IST
SPSS	Statistical package for the social sciences
SSP	Soins de santé primaire
TAP	Programme de traitement accéléré
TAR/ TARV	Traitement sous ARV ou Traitement antirétroviral
TB/VIH	Tuberculose/VIH
TPM+	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
TS	Travailleuse du sexe
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africain
UGF	Unité de gestion financière
UIDH	Union interafricaine des droits de l'homme
UNAIDS	United nations program on HIV/aids
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNIFEM	United nations development fund for women
URCB/Sida	Union des religieux et coutumiers du Burkina contre le sida
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIRUS	Analyse nationale de la situation du VIH et des IST en milieu Rural et Urbain et dans les Secteurs de la santé et de l'éducation



Introduction générale

Le sida, maladie résultant de l'infection à VIH : un problème planétaire car tout être humain est synonyme de cible potentielle.

Un traitement pour lutter contre le sida : une réalité depuis la première monothérapie en 1987 ; mais quelles accessibilités pour les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne.

Le sida, syndrome de l'immunodéficience acquise, dont l'agent causal est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), a déjà provoqué en près de deux décennies et demie environ 25 millions de décès dans le monde dont 2 millions pour la seule année 2007 [ONUSIDA, 2008 b] Les ravages et les conséquences meurtrières de l'infection à VIH sont telles, qu'elles ont au plan mondial, supplanté celles liées au paludisme. Sur toutes les couches sociales, démographiques et économiques, le VIH règne sans discontinuer : femmes, hommes, enfants, adultes, riches, pauvres subissent les affres de cette pandémie. En moins de trente ans, le sida s'est hissé au quatrième rang des causes de morbidité et de mortalité dans le monde, derrière les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et les infections des voies respiratoires. La planète doit faire face à une maladie dont l'ampleur n'a d'égale que les moyens mis en œuvre pour la riposte. En effet, jamais une maladie n'a connu autant de mobilisation, tant sur le plan des ressources humaines que matérielles et financières.

Rappel historique

Le 5 juin 1981, Michael Gottlieb, immunologiste à l'École de médecine de l'UCLA, décrivait, dans un bref article du *Morbidity and Mortality Weekly des Centers for Disease Control d'Atlanta*, cinq cas d'une pneumonie rare [Amat-Roze'2002]. Puis en 1983, une équipe de l'Institut Pasteur dirigée par le Professeur Luc Montagnier isolait et identifiait l'agent étiologique, un virus jusqu'alors inconnu de la famille des rétrovirus.

Au départ, considéré comme une curiosité médicale ne touchant que certaines minorités (essentiellement des personnes transfusées et de jeunes individus dans la population homosexuelle de New York, Los Angeles et San Francisco), l'infection à VIH créa une grande vague de stupeur à la fin de 1989. En effet, à cette date tous les continents avaient déclaré des cas de sida. Mais déjà, en 1984 naissait une forte suspicion relative à la présence du VIH sur le continent africain [Amat-Roze'2002] Si aucun cas de sida n'a été signalé pour cette année en Afrique, des études ont montré l'existence de certains cas en Afrique jusqu'en 1985. C'est le cas pour la Côte d'Ivoire et la Guinée [Rémy'1993].

La répartition des personnes vivant avec le VIH par grandes régions témoigne de l'ampleur de la pandémie en Afrique et surtout en Afrique subsaharienne qui reste la zone la plus touchée. Dans son rapport 2008 sur l'épidémie mondiale de sida, l'ONUSIDA estime qu'en fin 2007, l'Afrique subsaharienne, région ne comptant que 10% de la population mondiale, reste la région la plus fortement touchée par le VIH, avec 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde et 75% des décès dus au sida.

Ainsi, l'infection à VIH a été très vite considérée non plus comme un simple problème de santé, mais un réel problème de développement. Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique et aggravé la pauvreté des ménages [ONUSIDA'2008 b].

Le sida est un obstacle au développement car, en plus des impacts de la maladie qui constituent à eux seuls un problème, les pays en développement (PED) ont d'autres raisons de se sentir concernés par cette infection. En effet, il s'avère que la pauvreté générale et la répartition inégale des revenus, caractéristiques du sous-développement, favorisent la propagation du VIH [Banque Mondiale'1998]. La pandémie est devenue le "principal facteur de destruction" de tout progrès économique en Afrique subsaharienne. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le VIH a infligé « le plus important revers du développement humain » de l'histoire moderne [PNUD'2005] ; et "les politiques publiques ne sont pas à la hauteur des défis posés" c'est-à-dire, assurer à tous ceux qui sont infectés la possibilité de se faire soigner.

SECTION 1 : LA PROBLEMATIQUE

Bientôt trente années de révélation dans le monde et en dépit des succès enregistrés dans certaines contrées en terme de riposte, l'épidémie du VIH continue de sévir, notamment en Afrique subsaharienne. Dans cette partie du monde, l'apparente stabilité du taux d'infection à VIH – à des niveaux élevés, en général – est surtout masquée par le nombre élevé de cas de sida, traduisant en réalité les fortes prévalences du VIH des années passées. La problématique de l'accès aux traitements y est particulièrement centrale. Plus de 67% des décès dus au sida y surviennent, tragique illustration des besoins non assurés en matière de traitement

antirétroviral (ONUSIDA/OMS'2007). Les taux d'infection persistent et ils sont contrebalancés par une mortalité due au sida, atteignant aujourd'hui des niveaux tout aussi élevés du fait de la difficulté d'accès aux traitements.

Jamais les recherches et les progrès ne sont allés aussi vite dans le cas d'une épidémie mondiale. En effet il y a moins de dix ans, il n'existait qu'une seule famille d'antirétroviraux, incapable d'inhiber suffisamment la réplication du VIH. Aujourd'hui, grâce à l'association de plusieurs médicaments, le sida est devenu une maladie infectieuse chronique. En attendant la mise au point d'un vaccin dont des essais cliniques ont cours fréquemment depuis 2000, il existe des soins, améliorant l'état de santé et augmentant l'espérance de vie. Malgré ces progrès, l'accès aux traitements et la couverture demeurent encore inégalement répartis et faibles.

La disponibilité des thérapies antirétrovirales a largement changé la vision de l'infection à VIH, mais elle est progressive dans les pays en développement, surtout en Afrique subsaharienne. Dans cette partie du monde, la disponibilité se pose en termes d'offre de soins mais aussi d'accessibilité économique, géographique, sociale, etc.

Au Burkina Faso, pays en développement aux ressources économiques limitées, la lutte contre le VIH est traitée comme une priorité nationale¹ [Banque Mondiale'1998]. Malgré une relative stabilité puis une baisse de l'infection comme en témoignent les chiffres officiels de séroprévalence (7,17% en 1997 à 1,6% en 2007), le nombre de décès dus au sida demeure élevé. L'accès aux soins liés à l'infection à VIH a beaucoup évolué depuis l'arrivée des premières thérapies, soutenues par différentes initiatives depuis 2003. De quelques centaines de personnes sous thérapie antirétrovirale en 2003 et dix structures de prise en charge, le Burkina Faso comptait en fin 2007, plus de 17 263 personnes sous ARV avec 78 structures dispensant des soins et traitements du sida. Toutefois, il convient de rappeler que pour la même année, les besoins de traitement étaient estimés à 48 000¹.

En dépit de l'augmentation des structures offrant les soins ARV et la couverture de l'ensemble des treize régions sanitaires du Burkina Faso, il reste que les besoins sont loin

¹ Projections effectuées à partir du logiciel SPECTRUM pour l'année 2007

d'être couverts. De plus, la disparité de l'offre sur le territoire national conduit les personnes en quête de traitement à se déplacer parfois sur de longues distances.

Vivre avec le VIH et accéder aux traitements est facteur de déstabilisation pour les individus, dans la mesure où la disponibilité et la distribution spatiale des services de soins liés à l'infection à VIH diffèrent d'une zone à l'autre, nonobstant l'accessibilité financière.

SECTION 2 : LES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

1. La recherche d'une prise en charge thérapeutique est un facteur déterminant de déstabilisation spatiale
2. Cette déstabilisation est modulée par une somme de facteurs où interfèrent :
 - le lieu de vie ;
 - l'offre nationale de soins liés à l'infection à VIH ;
 - les conditions socio-économiques.
3. La mobilité induite par cette quête de traitement recompose le territoire de vie des personnes vivant avec le VIH et vient s'ajouter à la déstabilisation sociale liée à l'infection par le VIH (stigmatisation, discrimination, etc.)

SECTION 3 : LES OBJECTIFS PRATIQUES DU TRAVAIL

Les pathologies ont toutes une géographie : leur inscription spatiale. C'est donc à travers une approche/démarche géographique que nous avons déterminé les objectifs de notre étude, lui conférant un intérêt nouveau dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso.

L'approche géographique de la santé étudie la répartition et la fréquence d'un problème de santé des populations dans un espace donné. Elle permet de rendre compte des différents besoins de ces populations et d'y adapter la réponse publique appropriée. L'offre de soins en termes de thérapie antirétrovirale aux personnes vivant avec le VIH n'est pas à dissocier des besoins des populations en matière de santé.

La géographie de la santé, en utilisant des composantes spatiales et de santé, sert à expliquer des faits et des disparités de santé sur un territoire donné. Elle est donc très importante pour comprendre les spécificités liées à une maladie. Elle peut en donner les clés et à terme permettre de mieux lutter contre les pathologies.

L'objectif général de ce travail est de décrire les territorialités induites par la recherche de thérapie antirétrovirale à travers les disparités spatiales de l'offre de soins sida au Burkina Faso.

A travers une démarche géographique se rapportant à l'infection à VIH, il s'agira de manière plus spécifique :

- de décrire les disparités spatiales de l'infection à VIH, c'est-à-dire en quoi l'épidémie du VIH est-il un objet géographique au Burkina Faso ;
- de décrire les territorialités induites par les mobilités liées à la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH,
- d'analyser la territorialisation de l'offre de soins au regard de la disparité spatiale nationale de cette offre.

Cette recherche, de par son caractère géographique, se basera sur des outils de cartographie et d'analyse spatiale, ce qui permettra de la rajouter à son originalité un intérêt programmatique pour la lutte contre le VIH au Burkina, notamment en termes de gestion de l'observance aux traitements.

SECTION 4 : LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'épidémie du VIH, est-elle un objet géographique ? Cette question est largement discutée et étayée par AMAT-ROZE (AMAT-ROZE'03). *« Comme toute épidémie, l'infection à VIH a non seulement une histoire (son évolution temporelle) mais aussi une géographie (son inscription spatiale et ses itinéraires de propagation. »* Le géographe s'appuie sur les informations produites par le cortège disciplinaire rassemblé au chevet de l'infection pour recueillir des indices : génétique moléculaire, virologie, épidémiologie (...) histoire, économie. Au géographe, la cartographie de l'infection à différentes échelles ; au géographe de développer une problématique intégrant les variables qui personnalisent un lieu et qui font

que là, l'infection flambe, là à l'opposé un territoire est épargné ; au géographe d'éclaircir cet enchevêtrement de réalités ; au géographe de conduire cette étiologie spatiale ». Mais cette contribution de la géographie avec son approche et ses variables d'analyse ne s'appliquent pas qu'à l'histoire naturelle de l'infection à VIH. Les apports du géographe s'appliquent également à la prise en charge médicale de cette infection.

D'une manière générale, les différentes thématiques d'études et de recherches sur le VIH et le sida, aussi bien au Burkina Faso que partout ailleurs dans le monde, ont porté et portent sur les aspects liés aux voies d'infection, aux zones de prévalence, aux mesures de prévention ainsi que les itinéraires des virus, et ce, dans divers domaines de recherches comme la médecine, la sociologie et l'anthropologie. Jusque-là, très peu d'investigations ont porté sur l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH. Seules existent les recherches médicales déjà effectuées ou en cours afin de trouver des traitements adéquats. De la mise au point des thérapies à leur disponibilité dans un territoire donné, se recoupe un ensemble de facteurs à savoir : l'existence et la disponibilité des thérapies, la connaissance de leur existence, les conditions d'accessibilité à ces thérapies, ces conditions étant aussi bien humaines, physiques que financières.

Selon PICHERAL : « la répartition géographique des ressources sanitaires contribue à l'organisation de l'espace et détermine le niveau de desserte, d'accessibilité et de recours aux soins des populations ». L'offre de soins est développée selon le critère démographique, d'où un impact sur la répartition géographique [Meunier'2000] Les personnes vivant avec le VIH définissent des territorialités, de par les mobilités liées à leur séropositivité et à leurs recours aux soins.

Le sida, problème mondial de santé publique, oblige à une analyse globale du contexte dans lequel il se développe pour mieux comprendre ces circonstances d'évolution. Ces contextes environnementaux (géographique, historique, politique socio-économique, politique sanitaire d'offre de soins...) contribuent à modeler les comportements humains pour expliquer les disparités spatiales de l'infection et de la prise en charge thérapeutique.

Au Burkina Faso, la riposte nationale à l'épidémie du VIH a abouti en 1998 à un processus d'approche multisectorielle qui se décentralise progressivement, impliquant ainsi les communautés locales par un engagement important de leur part. L'aspect communautaire à

travers les soutiens divers et multiformes, les clubs d'observance et les échanges avec d'autres personnes vivant avec le VIH, joue un rôle capital dans la lutte contre l'épidémie du VIH. Cet aspect communautaire de la prise en charge est d'ailleurs prôné par l'OMS et l'ONUSIDA pour une meilleure efficacité de la lutte. Plus d'un millier de structures communautaires ont été recensées dans le paysage national. En plus de la prévention et des soutiens psychosocial, économique et spirituel, les ONG/Associations qui remplissent les conditions définies par le ministère de la santé, offrent une prise en charge médicale. Bien qu'elles ne remplacent pas totalement les formations sanitaires publiques, ces structures communautaires de par l'importance de leurs activités, occupent une place importante dans leurs zones d'intervention et même parfois au-delà. C'est au regard de cette importante implication des associations que nous avons choisi de les intégrer dans cette recherche et ce, afin d'examiner leurs contributions dans la géographie de la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso.

Si une approche géographique est un élément nécessaire pour une meilleure connaissance des dynamiques épidémiques, les mises en valeur de ces disparités à travers des territorialités, permettent également une réflexion sur des approches plus appropriées pour de meilleures stratégies d'actions, de prise en charge et de lutte contre les épidémies, d'où notre recherche sur « Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH et territorialités, exemple du Burkina Faso. »

SECTION 5 : LA METHODOLOGIE

Notre travail est une recherche appliquée à travers une approche quantitative. Elle a fait appel à différentes modalités qui ont permis de recouper des informations en centrant la recherche sur une analyse spatiale des déterminants relevés. Ce seront essentiellement :

- l'analyse bibliographique par l'utilisation des données de la littérature mais aussi les rapports et la littérature grise ;
- l'analyse des données épidémiologiques de la sérosurveillance du VIH au Burkina Faso, (les données de l'ONUSIDA, du Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST), des associations, des structures hospitalières) ;
- les entretiens avec les responsables du ministère de la santé et du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST) afin

- de recenser tous les centres de soins et les divers services liés aux soins du sida dans l'ensemble des 13 régions sanitaires ;
- les enquêtes auprès des personnes vivant avec le VIH dans certaines localités du Burkina Faso.

SECTION 6 : LA REVUE DE LA LITTERATURE

La bibliographie consultée sur le VIH en général et sur l'accès aux traitements en particulier, se retrouve sur des liens électroniques. Ce sont les sites web des organismes à caractère national, régional ou mondial (SP/CNLS-IST, All Africa, OMS, UNAIDS, AMADES, etc.). Beaucoup de documents et d'articles publiés et édités proviennent du fonds documentaire du SP/CNLS-IST et de différentes conférences sur le sida. Quelles qu'en soit leur nature ou provenance la revue de littérature traite du problème de l'accès difficile aux traitements dans les pays en voie de développement, surtout ceux de l'Afrique subsaharienne.

Dans certains articles ou pour certains auteurs, les ressources limitées d'un pays constituent un obstacle à la vulgarisation du traitement et à l'accès aux ARV. Selon d'autres sources, les ressources limitées ne sauraient à elles seules justifier la faiblesse de l'offre de soins. En effet de nombreuses mesures et initiatives ont été prises pour que le droit au traitement des personnes vivant avec le VIH soit respecté. Les raisons de ce faible accès au traitement sont systémiques au secteur santé: système sanitaire inadéquat, manque de personnel, mauvaise gestion des ressources...

Cette revue documentaire ayant fait l'objet d'exploration dans les recherches du DEA, elle a été affinée et complétée par de nouveaux ouvrages, des articles récemment publiés et des données de la littérature grise.

SECTION 7 : LE PLAN DE REDACTION

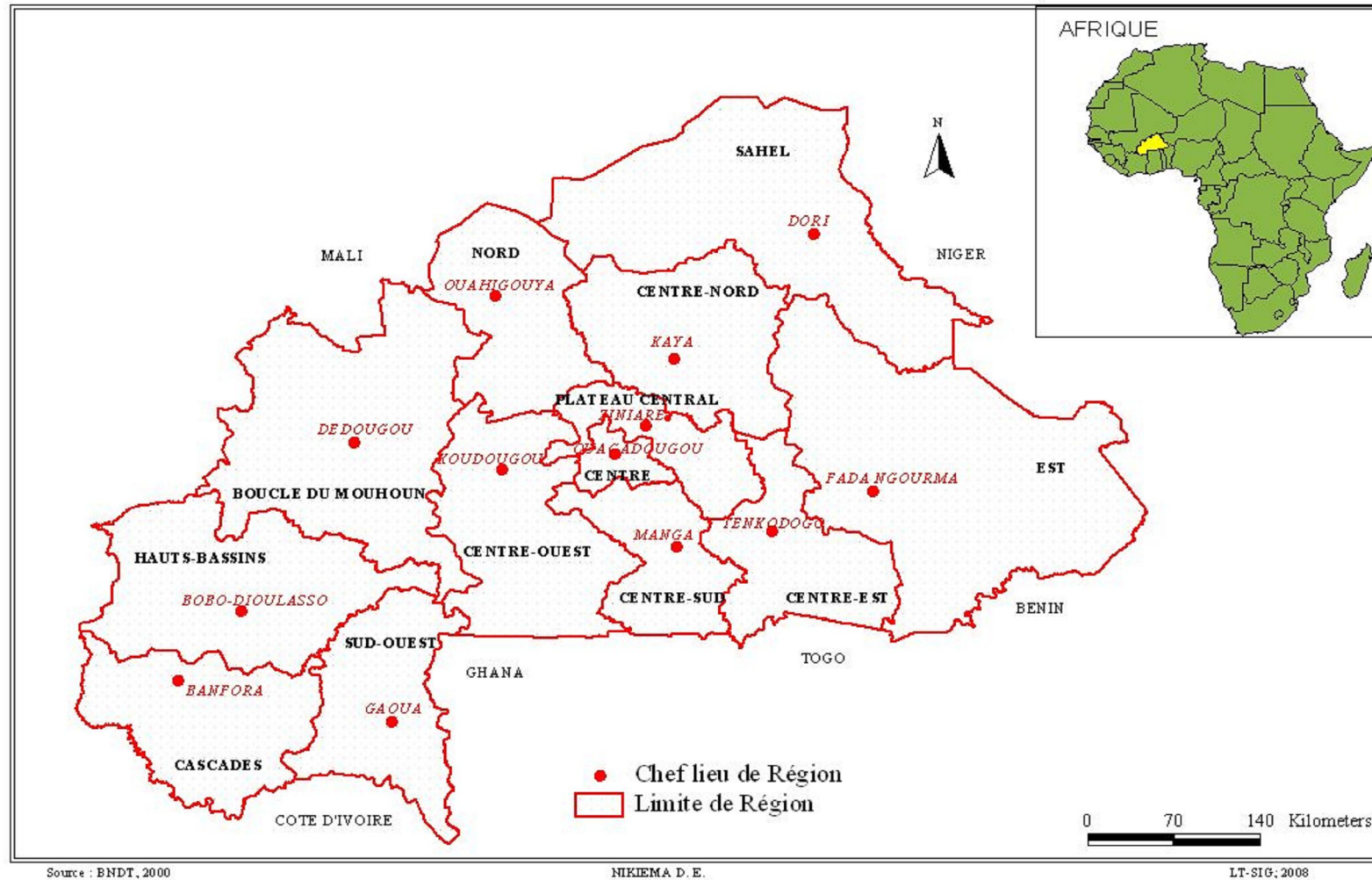
Le plan proposé pour présenter notre travail est structuré neuf chapitres, répartis ainsi qu'ils suivent en trois parties.

La première partie porte sur **l'infection à VIH au Burkina Faso**. Après une présentation du Burkina Faso au travers de différents indicateurs sociodémographiques, économiques et de développement dans le chapitre un, le chapitre deux s'ouvre sur une vue d'ensemble de l'épidémie du VIH dans le monde et en Afrique subsaharienne. Il se poursuit par la situation de l'infection au Burkina Faso à travers les différentes données de surveillance du VIH, du sida et des infections sexuellement transmissibles. Puis la riposte nationale au VIH est traitée dans le chapitre trois. Il rend compte du niveau de leadership et de la priorité accordée à cette lutte pour en faire une réalité à travers une approche multisectorielle.

La deuxième partie aborde **l'offre nationale de soins liés à l'infection à VIH**. Le chapitre quatre qui débute cette partie décrit la situation sanitaire nationale, en se référant aux différentes stratégies et politique sanitaire qui ont modelé l'offre de soins, dans un contexte de sous-développement et de dépendance vis-à-vis des partenaires au développement. Ces partenaires ont permis à partir de 2003 la mise en œuvre de plusieurs initiatives qui ont amélioré l'offre de soins liés à l'infection à VIH. Avec ses contraintes et ses exigences en termes de disponibilité et d'accessibilité, l'offre de soins pour la prise en charge thérapeutique du VIH se décline en divers services et structures de prise en charge, incluant la disponibilité en médicaments et les différentes portes d'entrée vers les soins. C'est ce que nous abordons dans le chapitre cinq. Enfin, la prise en charge thérapeutique, de par ses caractéristiques et ses spécificités (infrastructures, équipements, qualification de personnel, implication des communautés, etc.) a des effets, des apports sur le système de soins. Ces apports, qui participent à renforcer le niveau de l'offre de soins seront traités dans le chapitre six.

La troisième partie de notre travail porte sur les recompositions territoriales à travers les mobilités et la déstabilisation induite par la quête de soins, à travers la **prise en charge thérapeutique et territorialités**. Dans cette partie, le chapitre sept présente les résultats de l'enquête réalisée dans les quatre sites de recherche dans une déclinaison des différentes caractéristiques : sociodémographiques, infection, traitement et mobilités y relatives. Ces différentes données viendront étayer les analyses pour vérifier les différentes hypothèses dans le chapitre huit.

Carte 1. Présentation du Burkina Faso





PREMIERE PARTIE

L'INFECTION À VIH AU BURKINA FASO

CHAPITRE 1 : LE BURKINA FASO, UN ETAT AU CŒUR DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

La situation de l'infection à VIH évolue dans un contexte géographique, démographique, socio-économique, sanitaire et culturel particulier au Burkina Faso², le tout doublé d'une organisation politique qui donne son assise à la lutte contre la pandémie.

Entièrement continental, le Burkina Faso est une ancienne colonie de l'Afrique occidentale française (AOF), et jusqu'à la Révolution d'Août 1983, le pays s'appelait la Haute-Volta. Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger et au Sud par la Côte-d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin. Par la Côte-d'Ivoire, le Togo, le Bénin ou le Ghana, sa capitale Ouagadougou, située au centre du pays, est à environ 1000 km de la côte [Da'2004]. De par sa position géographique, le Burkina Faso est un véritable carrefour, où se mêlent échanges de biens et mouvements des peuples et il constitue un important pays de transit routier. Cette situation en fait un pays d'immigration et de brassage des populations [Da'2004].

Avec une population estimée à 13 730 258 habitants en 2006 selon les statistiques de l'INSD [INSD/BF'2006], le Burkina Faso présente un profil économique qui le place parmi les pays les moins avancés, sur la base d'un seuil absolu de pauvreté estimé à 89 712 F.CFA en 2006 et à 91 598 F.CFA en 2007 [MEF/BF'2008]. Le Burkina Faso est marqué par des modes de production essentiellement ruraux liés à l'agriculture et à l'élevage. Les groupes humains partagent des traditions séculaires influençant les rapports entre hommes et femmes et les relations entre générations, ainsi que les coutumes matrimoniales. Il existe en outre des manifestations en rapport avec une urbanisation accélérée et des flux migratoires importants au plan national et régional qui ont une influence sur la situation de l'épidémie du VIH.

1.1. Le Burkina Faso, décentralisation et organisation du territoire

La création des 13 régions administratives, comme espaces de planification du développement économique et social, et d'aménagement du territoire parachève avec la communalisation intégrale initiée par le Gouvernement depuis 2006, l'armature institutionnelle de la décentralisation au Burkina Faso.

² Burkina Faso signifie « Pays des Hommes intègres » dans une langue locale.

L'ensemble des collectivités territoriales ont été créées dans ce cadre pour exercer avec une claire visibilité et un esprit de suite la gouvernance locale notamment en matière d'aménagement du territoire, de santé et de développement économique.

1.1.1. Historique de la décentralisation

L'histoire de la décentralisation au Burkina Faso remonte à la période coloniale, avec des expériences multiples et variées [MATD/BF'2007] :

- Erection des deux principales villes du pays en communes mixtes, Bobo-Dioulasso en 1926 et Ouagadougou en 1952 ;
- En 1955 : restructuration de ces deux communes mixtes en communes de plein exercice ;
- En 1960 : création de collectivités rurales ;
- En 1966 : remplacement des conseils des collectivités en délégations spéciales ;
- En 1974 : réorganisation de l'administration du territoire en créant des conseils départementaux, sous-préfectoraux et d'arrondissements. Le département était une collectivité locale devant avoir un organe délibérant élu. Malheureusement, il n'eut pas d'élections ;
- Avec la révolution de 1983, il y eut une réorganisation du territoire avec la création des provinces et les Comités de Défense de la Révolution comme cellule de base du pouvoir démocratique et populaire.

Mais toutes ces expériences demeurent inachevées car les organes de gestion ont souvent été nommés par le Gouvernement du fait des Etats d'exception, hypothéquant ainsi la libre administration des collectivités locales. C'est dans la Constitution du 02 juin 1991 (révisée par la loi n°002/97/ADP du 27 janvier 1997) que le renouveau actuel du processus de décentralisation trouve son fondement, à travers l'organisation du pays en collectivités territoriales. Ainsi, en 1996, le nombre des collectivités provinciales se renforce avec la création de quinze (15) nouvelles provinces, induisant du même fait, la création de 14 nouvelles communes urbaines. Par ailleurs, cinquante nouveaux départements sont créés.

1.1.2. Organisation territoriale

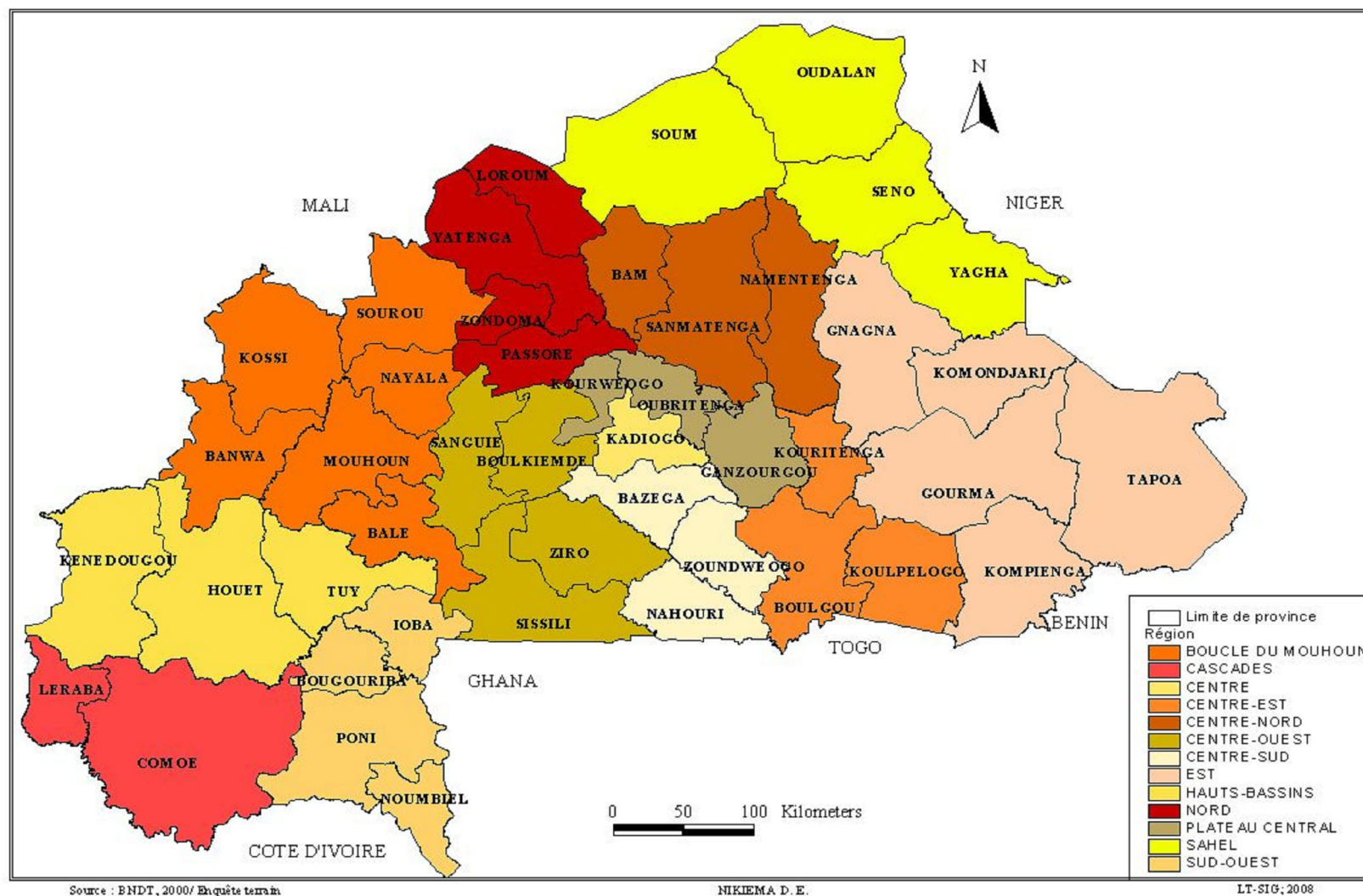
Le territoire du Burkina Faso est divisé en collectivités territoriales ou collectivités locales et en circonscriptions administratives. Les collectivités locales sont : la région et la commune (collectivité de base). Les circonscriptions administratives sont : la région, la province, le département et le village.

La région constitue l'espace économique et le cadre adéquat d'aménagement, de planification et de coordination du développement local. Son territoire comprend des provinces, des départements, des communes et des villages.

Le découpage administratif est le suivant :

- Les régions, au nombre de 13, sont administrées par des gouverneurs nommés en Conseil des ministres ;
- Les provinces, passent de 10 à 30 après la division du territoire entre 1984 et 1987, puis à 45 à partir d'avril 1996. Elles sont administrées par des Hauts commissaires nommés en Conseil des ministres ;
- Les communes, sous la responsabilité de maires, (anciennement départements), se distinguent par les communes urbaines et les communes rurales ;
- Les villages, administrés par des conseils villageois de développement, sont au nombre de 8228 [MATD/BF'2007].

Carte 2 : Organisation administrative du Burkina Faso



1.1.3. Les compétences des collectivités locales

Les lois de décentralisation de 1998, ainsi que la loi n° 013-2001 du 02 juillet 2001 portant modification des lois de 1998³, consacrent le transfert de onze (11) domaines de compétences aux collectivités locales parmi lesquels (i) le domaine foncier propre aux collectivités locales, (ii) l'aménagement du territoire et la gestion du domaine foncier et de l'urbanisme, (iii) le développement économique et la planification, (iv) la santé et l'hygiène, etc.

Ces compétences sont dévolues aux collectivités locales selon le principe de subsidiarité qui, faut-il le rappeler, est un mode de dévolution des compétences qui veut que les niveaux inférieurs exercent les compétences et les pouvoirs qu'ils peuvent correctement et mieux exécuter que les niveaux supérieurs. Le niveau supérieur n'intervient dans les compétences qu'en cas de carence constatée ou de refus manifeste du niveau inférieur d'assumer ses responsabilités. Ainsi, les activités de base ont été dévolues à la commune à titre exclusif, tandis que les compétences intermédiaires le sont à la province à titre exclusif ou sont quelquefois partagées.

Plus d'une décennie après le début de la mise en œuvre du processus, des acquis mais aussi des insuffisances sont à signaler dans la décentralisation administrative. Les principaux acquis demeurent la fonctionnalité des communes urbaines ainsi que l'appui effectif des partenaires au développement. En ce qui concerne les insuffisances nous pouvons énoncer:

- l'inadéquation des moyens des communes urbaines existantes par défaut de transfert effectif des ressources;
- la mise en place inachevée des collectivités locales, notamment la commune rurale et la province;
- la déconcentration qui doit accompagner le processus de décentralisation est aussi inachevée, tant au niveau des circonscriptions administratives qu'au niveau des structures techniques des différents départements ministériels;
- la faible capacité de gestion de certains élus locaux.

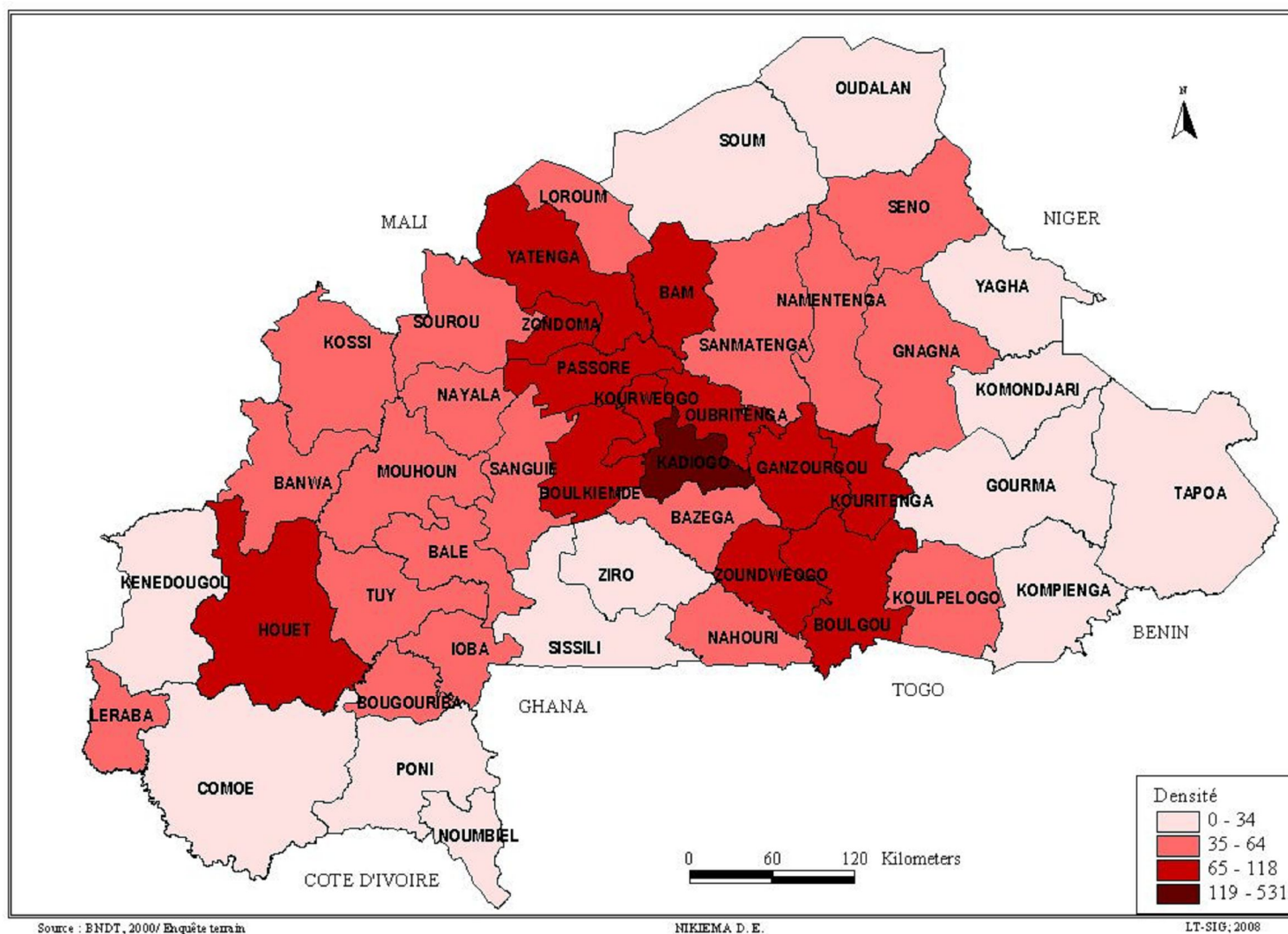
³ Ce sont les lois de décentralisation de 1998 : n°040/98/AN du 03 août 1998, n° 041/98/AN du 06 août 1998 et n°043/98/AN du 06 août 1998.

1.2. Population et peuplement, une démographie fort galopante

Selon les résultats provisoires du Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006, publiés le 23 juillet 2007, la population totale du Burkina Faso s'établit à 13 730 258 habitants. Elle est composée de 6 635 318 hommes et de 7 094 940 femmes : les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes [INSD'2006]. Du recensement de 1996 à celui de 2006, il en résulte un accroissement annuel moyen d'environ 341 765 personnes. Aussi, de 5 638 203 habitants en 1975, la population est passée à 7 964 705 habitants en 1985 puis à 10 312 609 personnes en 1996 pour atteindre 13 730 258 habitants en 2006. Depuis 1996, la population augmente de 350 000 habitants environ chaque année [INSD/BF'2006]. Au rythme actuel de la croissance évaluée à 2,37% par an, cette population atteindrait 14,7 millions en 2010, soit environ 2 millions d'habitants de plus en six ans. Il s'agit d'une population qui se caractérise encore par sa forte fécondité (ISF 6,2) et par son extrême jeunesse (55% a moins de 15 ans) [SP/CNLS-IST'2005 a].

D'emblée, on peut retenir du RGPH 2006 que la population demeure rurale et que la répartition géographique présente des inégalités selon les régions. Ainsi, la région du Centre renferme 11,1% de l'ensemble de la population. Elle est suivie des régions de la Boucle du Mouhoun (10,5%) et des Hauts-Bassins (10,3%). En revanche, la région des Cascades est la moins peuplée (3,8%), suivie dans l'ordre croissant par les régions du Sud-Ouest (4,6%) et du Centre-Sud (4,7%) de la population du Burkina. Les résultats provisoires du RGPH 2006, indiquent également, que 20% des habitants sont établis en milieu urbain contre 79,7% en milieu rural. Selon le sexe, seulement 21% des hommes et 19,50% des femmes recensés vivent en milieu urbain. Par rapport aux régions, le Centre affiche le plus fort taux d'urbanisation (77,5%). Il est suivi par la région des Hauts-Bassins avec 34,7% de sa population totale. Ces disparités sont illustrées par la carte suivante.

Carte 3: Densité de population en 2006



Des sources de l'INSD, la densité moyenne de la population est passée de 21 habitants/km² en 1975, à 29 en 1985, 38,1 en 1996 et de 52,25 habitants/ km² en 2006. Cependant de forts contrastes existent entre les provinces. Ainsi, l'extrême Sud-Est, l'Est (Komandjari et Kompienga) ont au plus 10 hab./km², alors que le Centre (Kadiogo), le Centre-Est (Kourritenga), le Centre-Ouest (Boulkiemdé) ont des densités allant de 95 à 100 hab./km², et le Kadiogo dépasse largement ce taux.

Le rapport densités de population sur espace vital ou conditions naturelles de développement, la population composée à 80% de ruraux, ainsi que la forte concentration, ont provoqué une surexploitation des ressources naturelles et une dégradation accentuée du milieu. Dans les zones de l'Est et de l'Ouest, la faible densité des habitants attire de plus en plus d'immigrés occasionnant des problèmes de gestion rationnelle et de dégradation des ressources naturelles [Da'2004]. Tous ces éléments expliquent en grande partie les mouvements de population d'ailleurs très diversifiés.

1.3. Des conditions climatiques désavantageuses

Le pays bénéficie d'un climat tropical à deux saisons très contrastées et dont la durée varie en latitude à cause du balancement régulier du front intertropical (FIT) ou convergence intertropicale (CIT). Durant la saison sèche, de novembre à mars, souffle l'harmattan, vent sec du Nord-Est vers le Sud-Ouest alors qu'en saison humide, domine l'alizé maritime qui change de direction en traversant l'équateur géographique, à la rencontre du précédent. L'amplitude thermique annuelle varie entre 28 et 32° C et les mois les plus chauds correspondent aux périodes transitoires entre les deux saisons : octobre-novembre et avril-mai avec des températures pouvant atteindre 42°C à l'ombre. Les précipitations sont en moyenne de 850 à 900 mm sur 3 à 5 mois de l'année avec un maximum en juillet-août, glissant de plus en plus en août-septembre, provoquant très souvent des inondations. Le Sud du pays est largement plus arrosé (Niangoloko : 1200 mm/P/an) que le Nord (Dori : 500 mm/P/an). Cette variabilité des pluies dans l'espace s'ajoute à celle temporelle, allant parfois du simple au double, rendant la maîtrise de ce facteur naturel difficile, dans le cadre des activités agricoles et sylvo-pastorales.

De l'hydrographie, il faut retenir que bien que relativement peu arrosé, le Burkina a un réseau hydrographique assez important, surtout dans sa partie méridionale. Les cours d'eau se

rattachent à quatre bassins principaux d'importance inégale, caractérisant le réseau hydrographique du Burkina. Il s'agit de ceux (i) de la Volta et de la Pendjari, (ii) de la Comoé, (iii) du Niger et (iv) du Banifing⁴. Le drainage se fait par intermittence pour la quasi totalité des cours d'eau. Le Mouhoun, fleuve le plus important dont l'affluent principal est la Bougouriba, est rejoint par le Nakambé et le Nazinon en territoire ghanéen pour former la Volta. Le reste du pays est drainé à l'Ouest par la Comoé-Léraba, à l'Est par le Pendjari et la Sirba, au Nord par le Béli. La mauvaise alimentation en eau du réseau hydrographie est liée à un climat tropical à saisons contrastées, au régime pluviométrique capricieux [Da' 2004].

Concernant les sols, la majeure partie du pays est couverte de sols ferrugineux le plus souvent lessivés sur matériaux d'altération kaolinite ; mais on retrouve ça et là des poches dans les provinces du Houet, du Kénédougou et de la Comoé où se développent des sols rouges, profonds et homogènes, du type ferrallitique. Dans l'ensemble, ces sols sont très pauvres en matériaux fertilisants, donc non propices aux activités agricoles qui pourtant soutiennent un pan entier de l'économie du pays.

1.4. Une économie tributaire du secteur primaire

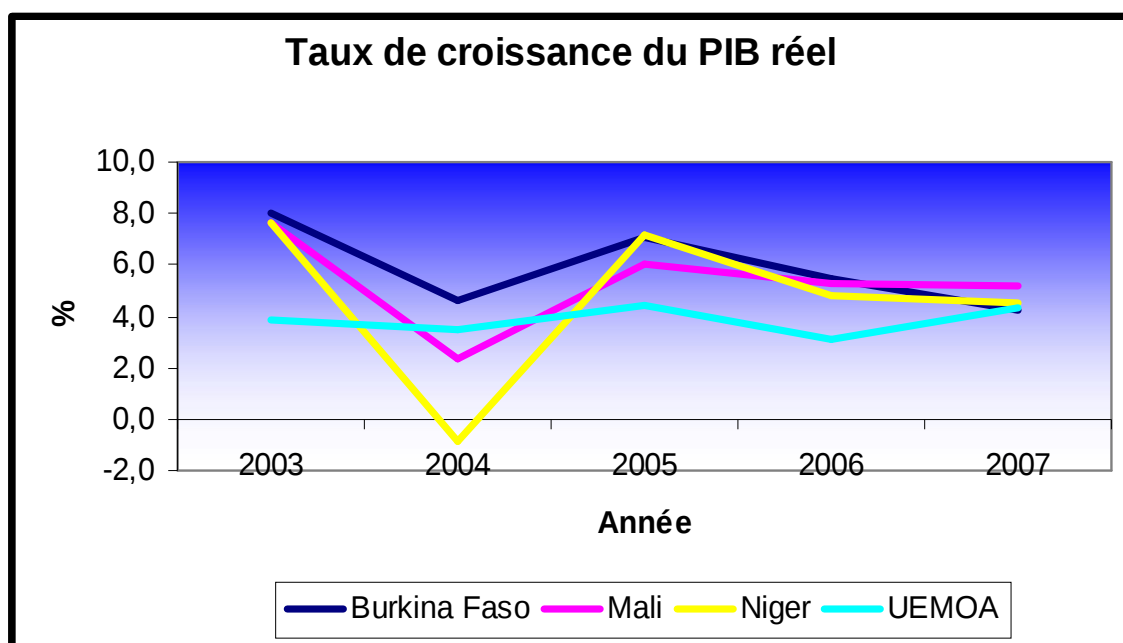
L'économie du Burkina Faso, pays à faible revenu, repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage, de type traditionnel extensif⁵. Ces deux activités dont 20 à 30% entrent dans le PIB, occupent environ 80% de la population engagée dans une lutte âpre pour une autosuffisance alimentaire [MEF/BF'2007]. C'est pourquoi l'agriculture reste largement dominée par les cultures vivrières auxquelles s'ajoutent quelques cultures de rente. Au cours de la dernière décennie, la production fruitière et maraîchère (mangues, oranges, papayes, mandarines, citrons, goyaves, haricots verts, tomates, maïs, ...) a connu un véritable essor grâce au développement des périmètres, plaines et bas-fonds aménagés, de même que la petite irrigation villageoise. Quant à l'élevage, il représente plus de 10% du revenu national et 30% des exportations. Les produits de la cueillette (amendes de karité) et ceux de la pêche avec le développement de la pisciculture (Comoé, Tapoa) ainsi que la construction de grands barrages (Kompienga, Bagré) ne sont point négligeables.

⁴ Le Banifing est un bassin peu cité, donc très peu connu.

⁵ En 2001, le PNB était de 230 \$US. Avec la dévaluation du FCFA en janvier 1994, le taux de croissance du PIB est passé de 4% en 1995 à 6% en 1996 et 5,5% en 1997. L'indice des prix à la consommation, de 8,3% entre 1993-97, est passé à 2,3% en 1997.

Cependant, en 2007, la croissance économique du Burkina Faso a connu un ralentissement, comparée aux deux dernières années (7,1% en 2005 et 5,5% en 2006) à la suite d'une mauvaise campagne agricole découlant d'une mauvaise répartition spatio-temporelle des pluies et aux effets de la crise de la filière coton. Ainsi, le PIB en terme constant ne progresserait que de 3,9% (pour un objectif de 6,5%). Ce taux, en recul de 1,6 point par rapport à l'année 2006, se situe également en retrait de 1,4 point par rapport à la croissance moyenne des pays membres de l'UEMOA (+4,3%) en 2007. La relative bonne tenue de l'économie serait portée essentiellement par les performances des secteurs secondaire (+8,3%) et tertiaire (+3,5%). Les effets conjugués des conditions climatiques défavorables et des difficultés de la filière coton (baisse des prix aux cotonculteurs, hausse des prix des intrants, etc) ont fortement contribué au recul de la croissance du secteur primaire (-0,4%) et, partant, au ralentissement de l'évolution du PIB.

Graphique 1 : Evolution comparée des taux de croissance du PIB réel du Burkina Faso et de quelques pays de l'UEMOA de 2003 à 2007



Sources : UEMOA & DGEP/MEF, Mars 2008

En dépit d'importants progrès économiques accomplis depuis plus d'une décennie, la population burkinabé est demeurée extrêmement pauvre. Les données relatives au PIB par habitant et celles des indicateurs de développement humain sont restées globalement marquées par des différentiels significatifs par rapport à la plupart des pays voisins [Grégoire'2003].

Tableau 1 : Situation des indicateurs de développement humain du Burkina Faso et des pays voisins en 2005

Pays	Indicateur de développement humain (2000)	Indicateur de développement humain (2005)	Espérance de vie à la naissance	Taux d'alphabétisation	PIB / Habitant
Bénin	0,420	0,435	55,4	34,7	1 141
Burkina Faso	0,325	0,370	51,4	23,6	1 213
Côte d'Ivoire	0,428	0,432	47,4	48,7	1 648
Ghana	0,548	0,553	59,1	57,9	2 480
Mali	0,386	0,380	53,1	24,0	1 033
Togo	0,493	0,512	57,8	53,2	1 506

Source : Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, PNUD 2007

A ces différents facteurs démographiques et climatiques qui grèvent lourdement l'économie du Burkina Faso, s'est ajouté le dynamisme économique de la Côte d'Ivoire des années 1970-1980 qui contribua à favoriser l'émigration vers ce pays. Il s'en est résulté un brassage de population qui influe sur le taux de séroprévalence du Burkina Faso.

1.5. Relations avec la Côte d'Ivoire, liens séculiers et infection à VIH

Le 1^{er} mars 1919, la colonie du Haut - Sénégal et Niger a été disloquée et ce fut la création de la colonie de la Haute-Volta qui rejoint la fédération de l'Afrique occidentale française (AOF). Malheureusement à partir de 1930, des révoltes ainsi que la famine vont concourir à la dislocation de cette nouvelle colonie qui sera effective en 1932. La Haute Volta, pays aux ressources naturelles limitées mais riche de ses hommes est sacrifiée pendant la crise économique des années 30 pour la mise en valeur des autres colonies françaises voisines. Ainsi, elle est partagée en 1932 entre le Soudan français, le Niger et la Côte d'Ivoire qui hérite de la part du lion. Ces hommes serviront de main d'œuvre pour les plantations de la Côte d'Ivoire, l'Office du Niger (projet de culture de riz et de coton au Soudan) et aux travaux de construction du chemin du fer Abidjan-Niger [Madiéga'1995].

Ainsi, depuis cette époque reculée, les Burkinabé ont contribué à ravitailler la Côte d'Ivoire en main d'œuvre. C'est par vagues entières que les jeunes gens prendront la route du pays de Feu le président F. H. BOIGNY, père de la nation ivoirienne ; celui-là qui a rêvé de la double nationalité Haute-Volta et Côte d'Ivoire avec Feu Maurice YAMEOGO, premier président de la Haute Volta indépendante en 1960. Une idée qui traduit, si cela était nécessaire aujourd'hui, les liens de fraternité qui ont longtemps prévalu entre ces deux pays qui se sont à un moment donné, considérés comme une seule et même entité.

Partis le plus souvent célibataires à la recherche d'un mieux-être, ce flux migratoire augmentait ainsi le phénomène du métissage social, culturel et humain à travers les unions, formalisées ou non, contractées dans le pays d'accueil. Selon un rapport du Conseil économique et social de la Côte d'Ivoire, l'importance toujours grandissante du phénomène de métissage est certes source d'enrichissement mais il constitue aussi et surtout un déséquilibre socioculturel [CES/RCI'1998] au regard des étrangers de 2^{ème} génération qui représentent plus de 42% de la population ivoirienne.

De septembre 2002 à avril 2003, du fait de la crise sociale et politique qui a troublé la paix en Côte d'Ivoire, plus de trois cent mille (300 000) ressortissants burkinabé ont été rapatriés avec une forte concentration respectivement dans les provinces du Houet, du Boulkiemdé, du Passoré, du Mouhoun, du Kourritenga, du Poni et du Bam. Si les rapatriés ont été confrontés à des problèmes alimentaires et de logement à leur arrivée au Burkina Faso, beaucoup sont arrivés dans des conditions très éprouvantes de santé. Ils seraient à l'origine de certains cas de maladies à caractère épidémiologique (rougeole, fièvre jaune) et quelques cas d'infection à VIH et de sida ont été signalés parmi la population rapatriée [Belem'2003].

1.6. Dimensions socio-culturelles, genre et pauvreté, impacts sur l'infection à VIH

S'il est vrai que l'épidémie du VIH est un sérieux problème de santé, elle pose également un problème de genre. La communauté internationale reconnaît de plus en plus que les dimensions genre du VIH ne doivent plus être passées sous silence. Un tournant important a été opéré lors de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH en Juin 2001, à l'occasion de laquelle 189 pays ont signé une Déclaration d'Engagement reconnaissant que « l'égalité des genres et le renforcement des capacités des femmes sont des éléments essentiels de l'atténuation de la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH.

Concernant le facteur pauvreté, le VIH touche autant les pauvres que les riches ou vice versa. Mais compte tenu du fait que les pauvres sont, en chiffres absolus, plus nombreux que les riches, le nombre de pauvres infectés est donc plus élevé que celui des riches.

1.6.1. Infection à VIH et grand péril féminin

Le Burkina Faso est un véritable carrefour, où se mêlent échanges de biens et mouvements des peuples. La mise en place des peuples du Burkina Faso n'autorise pas une classification à partir des entités administratives créées par la colonisation. Cosmopolite, sa population est composée d'une soixantaine d'ethnies numériquement très inégales et difficiles à répartir pour plusieurs raisons :

- les frontières ethniques à l'intérieur du pays ne sont pas toujours nettes
- les frontières héritées de la colonisation ne respectent pas les entités ethniques
- la grande mobilité des Moosé, des Dioula, des Peul, les uns à la recherche de terres fertiles ou de pâturages, les autres pour le commerce [Da' 2004].

Selon l'OMS, les normes de genre ont un impact sur la transmission du VIH (OMS'2002). Le genre est une notion qui va bien au-delà de la notion de sexe. Il se réfère, au sein d'une société donnée, aux attentes et normes largement partagées concernant la conduite appropriée de l'homme et de la femme, leurs caractéristiques et leurs rôles. C'est une construction sociale et culturelle qui différencie les femmes des hommes et définit les façons dont ils interagissent. Dans bien des régions, par exemple, les normes de genre permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes.

Aussi, par rapport à l'infection du VIH, l'on pensait seuls les hommes homosexuels étaient affectés. Les femmes sont restées longtemps à l'ombre, car les regards de la communauté internationale se sont portés vers les personnes droguées par voies intraveineuses et les hémophiles. Cette prédominance dans les deux groupes a rendu invisible la problématique des femmes comme groupe humain affecté [Obando'2003]. Cependant, l'infection a commencé à apparaître parmi les femmes. Par la suite, en raison de l'augmentation de l'infection par voie hétérosexuelle, on a trouvé que la grande majorité des infectées étaient des femmes mariées et avec un partenaire stable et pratiquement monogames.

Divers facteurs rendent les femmes particulièrement vulnérables au risque de contamination par le VIH. Des facteurs physiques et biologiques, qui se traduisent par un risque de contamination plus élevé pour la femme ; sperme plus contaminant, surface d'exposition plus large des muqueuses de la femme, donc plus de contact et plus de risque de passage, risque supérieur de petites lésions des muqueuses, menstruations augmentant le risque de transmission, etc. Il existe également des vulnérabilités socioculturelles face à l'infection à VIH : situation de précarité, situation d'isolement, de faibles ressources, l'analphabétisme, le manque d'autonomie et la dépendance sociale et économique. Ce sont donc un ensemble de facteurs limitant l'accès de la femme aux messages de prévention, à leur mise en pratique et aux soins.

Au Burkina Faso, les femmes représentent 51,7% de la population générale, soit 94 hommes pour 100 femmes [RGPH, 2006]. Selon le bilan général de la mise en œuvre du PNM 2007, pour les cas de sida notifiés dans les formations sanitaires, 5 144 personnes ont été enregistrées parmi lesquelles 1 835 hommes et 3 309 femmes soit respectivement 36% et 64% des cas [SP/CNLS-IST'2007]. Le sexe ratio est de 0,55.

Toujours selon le bilan général de la mise en œuvre du PNM 2007, les statistiques sur les infections sexuellement transmissibles qui sont une porte d'entrée de l'infection à VIH révèlent les chiffres plus élevés chez les femmes pour 2006. L'incidence est de 12,4‰ chez les femmes contre seulement 2,9‰ chez les hommes.

Tableau 2 : Incidence des cas d'IST selon le sexe en 2006

Sexe	Effectif	Population (estimation)	Incidence (‰)
Masculin	19 413	6693439	2,9
Féminin	89 853	7251225	12,4
Total	109 266	13 944 664	7,8

Source : Bilan général de la mise en œuvre du PNM 2007, décembre 2007

De nombreuses études ont démontré que la dissémination et l'impact du VIH affectent de manière disproportionnée les femmes parce qu'elles sont plus vulnérables économiquement, socialement et culturellement. Il existe une grande variété d'études sur divers aspects du VIH au Burkina Faso : des études de faisabilité, épidémiologiques, de connaissances, attitudes et pratiques (CAP), d'évaluation et d'impact, etc. Malheureusement, nous n'avons pas pu retrouver des études/recherches sur les valeurs traditionnelles et coutumières.

Le Burkina Faso a une société à très large majorité patriarcale, exception faite des peuples Lobi et Dagara (régions du Sud-Ouest du Burkina Faso) où subsiste le régime matrilineaire⁶. Même dans ce régime, les femmes ne jouissent pas des mêmes privilèges institutionnels que les hommes dans les sociétés patriarcales. L'homme prend les décisions importantes et l'influence de la femme si grande soit-elle, doit rester discrète. La femme est considérée comme un être inférieur que le chef de famille peut à tout moment et au besoin par son droit de correction ramener sur « le droit chemin ». C'est une éternelle mineure qui ne peut rien décider d'elle-même. Elle est considérée comme un objet et elle-même et ses biens sont la propriété de la famille.

L'égalité en matière de mariage, de divorce et de succession n'est en général pas respectée. Malgré les principes édictés dans le Code des Personnes et de la Famille, le monde rural dans son ensemble continue les pratiques coutumières du don de femmes, de la dot, du lévirat et les filles n'ont pas les mêmes droits de succession que leurs frères. Même en milieu urbain, les mariages célébrés selon le code des personnes et de la famille sont l'apanage de quelques intellectuels et de couples chrétiens. Compte tenu des mentalités, le mari est considéré comme le chef de famille auquel la femme et comme les enfants doivent obéissance [Dakouré'2004].

Mariées, les femmes sont « un groupe à risque » car ne pouvant pas négocier les rapports sexuels avec l'époux à qui elles doivent entière soumission. Comme le souligne Le Palec A., les femmes n'ont aucun contrôle sur la vie sexuelle du mari mais elles se doivent d'exiger les devoirs conjugaux. Les programmes de prévention recommandent la fidélité pour se protéger. Mais les femmes savent que leur fidélité protège éventuellement le mari [Le Palec'2000], dans un univers culturel où la polygamie est monnaie courante sans toujours être officialisée. Cet état des faits s'aggrave avec l'influence de la religion musulmane où l'homme a le droit de prendre jusqu'à quatre épouses. « *Je préfère savoir mon époux chez une autre femme que je connaît plutôt qu'il me trompe* », ce sont les propos d'une femme, dont le mari a convolé en secondes noces avec « son consentement ». Cette situation de polygamie que beaucoup de femmes ont fini par accepter et à laquelle certaines souscrivent entièrement et sans pression⁷,

⁶ Se dit des sociétés où la transmission du statut social avec nom et fortune relève de la lignée maternelle. Il n'existe pas de société humaine où le matriarcat, comme pendant symétrique du patriarcat (un système social dominé exclusivement par les hommes), ait existé.

⁷ Il ressort des différents entretiens avec les femmes que cette situation est la plus facile à gérer plutôt que de se « battre » au péril de son foyer, voire même de sa vie, avec une rivale.

permet en théorie d'éviter la précarité économique et de se prémunir des maladies que pourraient rapporter le multipartenariat sexuel du mari.

D'une manière générale, l'épidémie du VIH/sida a un impact sur le système socio-culturel d'un pays. Ainsi, la lecture de certains témoignages d'enquêtes montre qu'il existe des répercussions multidimensionnelles [PNUD/BF, 2001] se traduisant par :

- une désorganisation des systèmes de soutien social, dans la mesure où l'ensemble des relations et croyances sociales qui déterminent la collecte et la distribution des ressources, en espèces, en nature ou en travail, sont profondément perturbées,
- la modification des mécanismes traditionnels de prise en charge des orphelins,
- la modification des systèmes traditionnels de protection (soutien et soins) des personnes âgées,
- l'effritement de la solidarité familiale,
- la perturbation des rapports sociaux et la modification des pratiques funéraires.

Comme on peut le constater, à travers ces éléments qui ont été énumérés, les dimensions culturelles n'échappent pas aux lourdes conséquences de l'épidémie à VIH. Dans le contexte actuel, on peut donc conclure que le VIH désorganise globalement les normes sociales établies, ainsi que les habitudes et les pratiques culturelles ayant largement cours dans les sociétés dites traditionnelles du Burkina Faso.

1.6.2. La pauvreté comme facteur de vulnérabilité au VIH

Le lien entre sida et pauvreté à valeur universelle s'est renforcé pendant les vingt dernières années sous toutes les latitudes [Amat-Roze'2002]. La pauvreté et le VIH sont interdépendants. La pauvreté est un facteur déterminant des comportements qui exposent l'individu au risque d'infection par le VIH ; elle amplifie ainsi l'incidence du VIH. La réalité du VIH peut facilement entraîner une intensification de la pauvreté et même pousser à la pauvreté des individus non pauvres [African Studies Center'2003].

Avec l'appui du PNUD et du Danemark, le CNLS-IST du Burkina Faso a réalisé une analyse sur l'impact du sida sur la pauvreté des ménages [PNUD/BF, 2001]. Il ressort de cette analyse que le VIH aggrave la pauvreté parmi les ménages déjà pauvres. Des facteurs principaux tels que : la diminution des revenus des ménages (parents décédés ou malades), l'augmentation

des dépenses de santé, la dislocation des ménages (à la suite de la perte d'un ou des deux parents), l'augmentation du nombre d'orphelins et des enfants de la rue, etc., contribuent d'une manière ou d'une autre à renforcer la pauvreté au niveau individuel et familial (niveau micro-économique). Au regard de ce qui précède, la pandémie du VIH est un facteur d'aggravation de la pauvreté.

Il ressort des résultats du diagnostic de la vulnérabilité de la pauvreté à l'infection à VIH que la pauvreté rend les pauvres plus vulnérables à l'infection à VIH, à la morbidité et à la mortalité. Cela tient des prédispositions suivantes : le mauvais état de santé des personnes, l'analphabétisme et la faible scolarisation des jeunes en particulier des filles, la malnutrition des ménages pauvres, les difficultés d'accès aux services de santé et aux services sociaux de base, etc.

En somme, le Burkina Faso présente un contexte favorable à l'infection à VIH. De par sa position de pays carrefour, le brassage des populations, son économie essentiellement agricole caractérisant une pauvreté des populations dont la frange jeune est encline à l'émigration pour la recherche de meilleures conditions de vie, la vulnérabilité accrue des femmes, etc., il y a un ensemble de conditions propices à une propagation de l'infection. Cet état des lieux a fait du Burkina Faso, le 2^{ème} pays le plus touché par le VIH, après la Côte d'Ivoire.

Depuis 1986, date de déclaration des premiers cas de sida à l'OMS, le pays présente une prévalence régulièrement supérieure à 1%, ce qui le place dans une situation d'épidémie généralisée.

CHAPITRE 2 : UNE VUE D'ENSEMBLE DE L'INFECTION A VIH

Le sida est une maladie à déclaration obligatoire, mais, l'on constate une sous notification des cas dans les pays en développement. En effet, on admet couramment que 10% des cas y font l'objet d'une notification contre 75 à 94% dans les pays industrialisés [Amat-Roze'2005]. Cette sous déclaration se manifeste aussi bien selon le sexe, l'âge (enfant ou adulte) que les lieux de résidence. Obtenir des données fiables et à jour, constitue la pierre angulaire de la planification stratégique en matière de riposte au VIH. Selon le rapport mondial sur l'épidémie du sida [ONUSIDA'2008], les estimations relatives de l'infection à VIH et de son impact se sont considérablement améliorées en Afrique subsaharienne et en Asie. En effet, aux estimations de prévalence à partir de la surveillance sentinelle, de nombreux pays réalisent des enquêtes démographiques nationales en intégrant le test VIH ; ce qui permet d'affiner les résultats épidémiologiques obtenus.

2.1. L'Afrique subsaharienne, premier territoire de la pandémie

Plus de vingt ans après la première mise en évidence médicale du syndrome d'immunodéficience acquise, le sida s'est révélé être une des maladies les plus dévastatrices de toute l'histoire de l'humanité. C'est un véritable problème mondial et de portée sans précédent sur la santé des populations. De 1981 à 2007, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus parmi lesquelles le sida a provoqué au moins 25 millions de décès dans le monde.

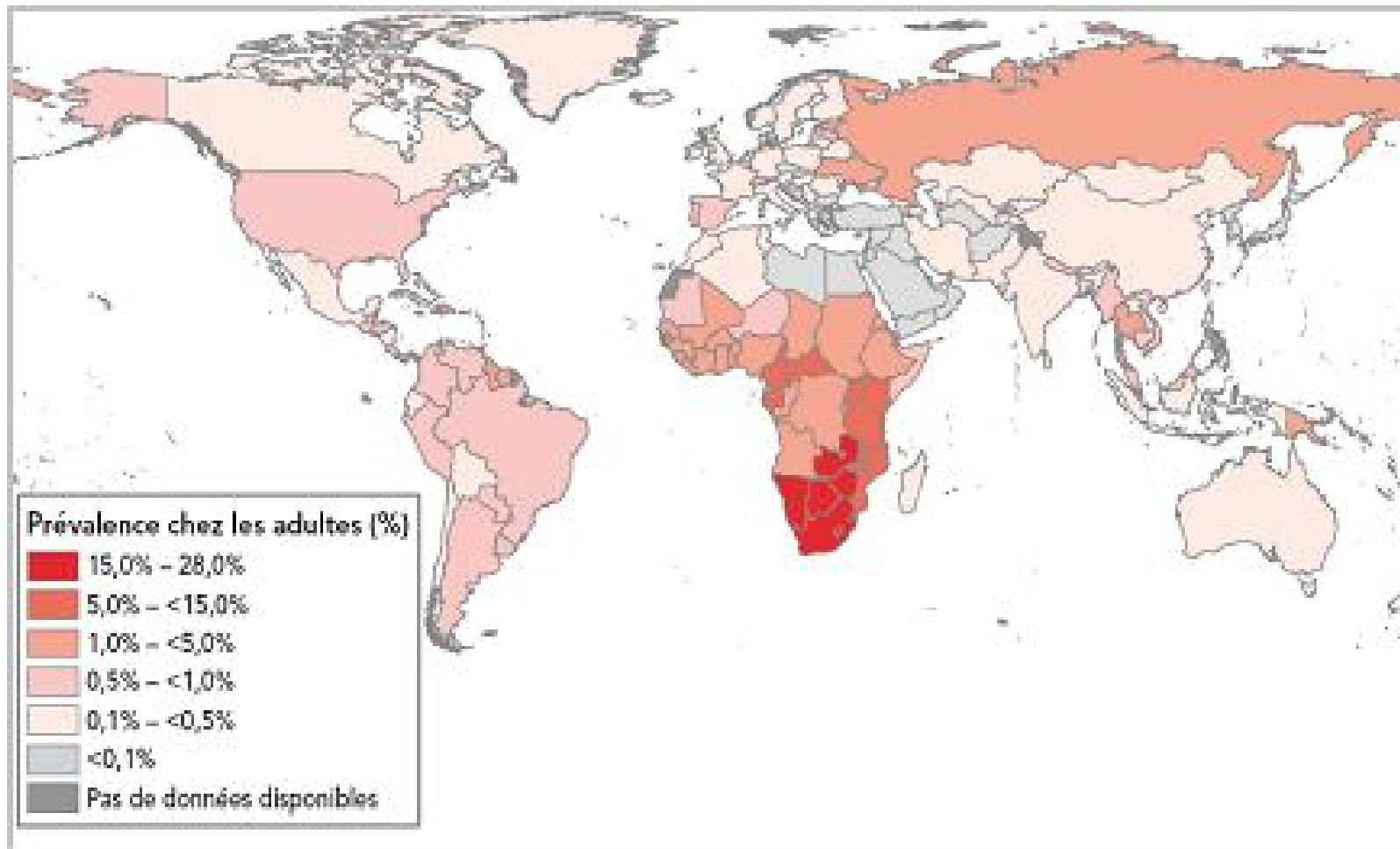
Très vite l'épidémie a été considérée non plus comme un simple problème de santé, mais un réel problème de développement. En effet, dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique et aggravé la pauvreté des ménages [ONUSIDA, 2008 b]. Plusieurs pays ont connu d'importantes modifications démographiques.

2.1.1. La planète VIH/sida en fin 2007

Les données épidémiologiques internationales les plus récentes montrent une baisse du nombre de nouvelles infections et du taux de décès dû au sida en Asie, en Afrique Subsaharienne et en Amérique Latine. La diminution de ce taux de décès est liée au succès de l'élargissement de l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les zones les plus défavorisées et plus démunies. Le rapport sur l'épidémie mondiale du sida [ONUSIDA'2008] donne les estimations suivantes :

- 33 millions [30,3 millions-36,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2007.
- Le nombre annuel des nouvelles infections à VIH a baissé de 3,0 millions [2,6 millions-3,5 millions] en 2001 à 2,7 millions [2,2 millions-3,2 millions] en 2007, soit une régression de 10%.
- Globalement, 2,0 millions [1,8 million-2,3 millions] de personnes sont décédées à cause du sida en 2007, par rapport à l'estimation de 1,7 million [1,5 million-2,3 millions] en 2001.
- Bien que le pourcentage de personnes vivant avec le VIH se soit stabilisé depuis 2000, le nombre global de personnes vivant avec le VIH a régulièrement augmenté, car de nouvelles infections se produisent chaque année, les traitements du VIH prolongent la vie et les nouvelles infections continuent à surpasser le nombre de décès dus au sida.
- Les femmes représentent la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH. Au cours des 10 dernières années, la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est restée stable à l'échelle mondiale, mais a augmenté dans de nombreuses régions.
- Les jeunes entre 15 et 24 ans représentent environ 45% des nouvelles infections à VIH à l'échelle mondiale.
- On estime que 370 000 [330 000-410 000] enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH en 2007 et que, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH est passé de 1,6 million [1,4 million-2,1 millions] en 2001 à 2,0 millions [1,9 million-2,3 millions] en 2007.

Carte 4 : Les disparités de prévalence de l'épidémie du VIH dans le monde

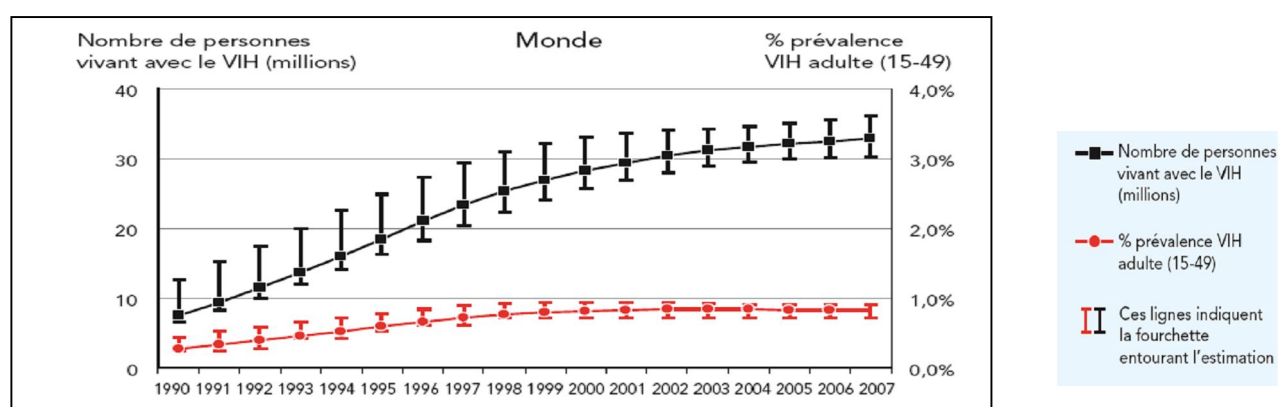


Source : ONUSIDA/OMS, rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008

Le taux d'incidence du VIH (nombre annuel de nouveaux cas d'infection à VIH par rapport au nombre de personnes supposées infectées) a atteint son point le plus élevé au cours de la décennie 90, pour se stabiliser par la suite, même si l'incidence continue de croître dans un certain nombre de pays.

Bien que la proportion des jeunes de 15-24 ans infectés par le VIH soit de plus en plus importante, la prévalence du VIH d'un pays donnée est estimée sur la population adulte de 15-49 ans.

Graphique 2 : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes



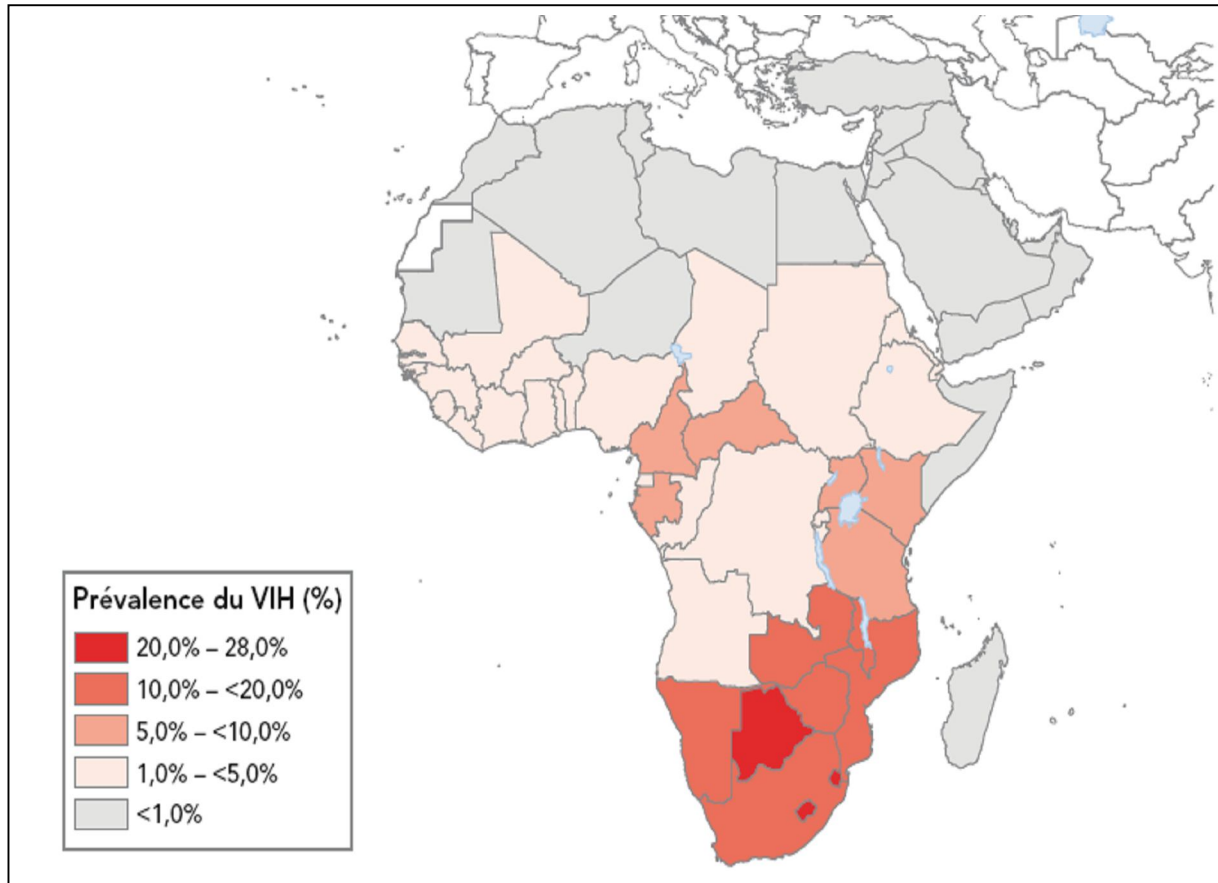
Source : ONUSIDA, rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008

2.1.2. Le VIH/sida en Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus gravement touchée et le sida y est toujours la principale cause de mortalité dans plusieurs pays⁸. En effet, Les statistiques mondiales montrent que parmi les personnes infectées en 2007, plus de deux adultes sur trois (68%) et presque 90% des enfants vivent en Afrique subsaharienne. De plus, plus de trois décès dus au sida sur quatre (76%) y surviennent, ce qui traduit les insuffisances en matière de traitement antirétroviral dans cette région du monde.

⁸ Au Burkina Faso, le paludisme demeure la première cause de mortalité, DEP Ministère de la santé, 2006

Carte 5 : Prévalence du VIH (%) chez les adultes (15-49 ans) en Afrique, 2007



Source : ONUSIDA, rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008

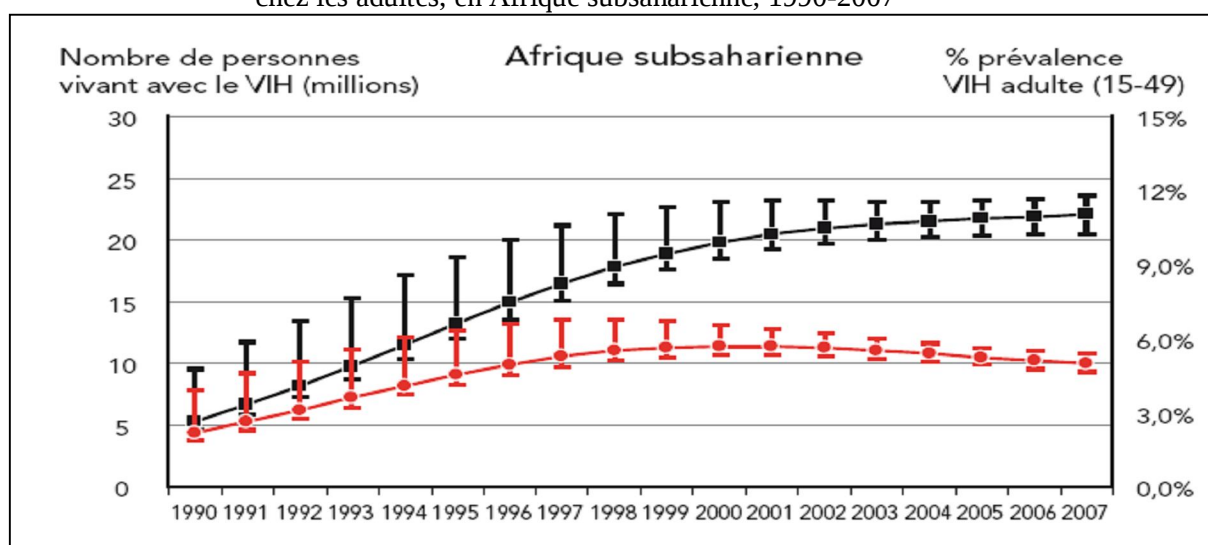
La lecture de la carte ci-dessus permet de déceler l'ampleur et les tendances de l'épidémie en Afrique subsaharienne mais aussi et surtout les disparités de prévalence d'une sous région à une autre.

- En Afrique australe, la prévalence nationale du VIH chez l'adulte était supérieure à 15% dans huit pays en 2005 (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe [ONUSIDA/OMS'2007]). En 2007, selon le rapport sur l'épidémie du sida, cette sous-région compte 35% de toutes les personnes vivant avec le VIH, presque un tiers (32%) de toutes les nouvelles infections à VIH et de tous les décès dus au sida à l'échelle mondiale en 2007. L'Afrique du Sud connaît une stabilisation de l'épidémie mais elle demeure la plus importante au monde avec 5,7 millions de Sud-Africains vivant avec le VIH en 2007. Le triste record de prévalence du VIH la plus élevée et jamais enregistrée est détenu depuis 2006 par le Swaziland (26%).
- Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Est, la prévalence du VIH chez les adultes est stable ou a commencé à baisser. Ce déclin est dû à des modifications de

comportements ainsi qu'à une mortalité de plus en plus persistante dans une population infectée il y a plusieurs années.

- L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale présente des signes évidents de changements de comportements. L'impact en est la stabilité voire même une régression de la prévalence du VIH chez les adultes dans plusieurs pays tels que le Mali, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, etc. Illustration en Côte d'Ivoire où la prévalence du VIH dans les zones urbaines parmi les femmes enceintes est passée de 10% en 2001 à 6,9% en 2005. Au Nigeria, l'épidémie demeure la plus importante en Afrique de l'Ouest, mais elle semble se stabiliser à 3,1% à partir de 2006.

Graphique 3 : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et prévalence du VIH chez les adultes, en Afrique subsaharienne, 1990-2007



Source : ONUSIDA, rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008

Le graphique ci-dessus montre une stabilisation de l'infection à partir des années 2000-2001 même si le nombre de personnes vivant avec le VIH demeure élevé. Cette situation est identique à celle observée au Burkina Faso.

2.2. Le Burkina Faso, une infection stabilisée

L'infection à VIH, depuis l'apparition des premiers cas en 1986, n'a cessé de croître, laissant dans son sillage une large traînée macabre constituée de personnes infectées. De 10 cas notifiés en 1986, le Burkina Faso compte en 2007 environ 130 000 personnes vivant avec le VIH. Malgré une stabilisation, voire une baisse notable ces trois dernières années, l'épidémie draine d'année en année son funeste cortège. Depuis 1986, la révision et l'amélioration des

méthodes de calcul, l'extension de la sérosurveillance à un plus grand nombre de sites sentinelles, la réalisation d'enquêtes démographiques, etc. sont les différents éléments qui ont influé sur les chiffres de prévalence.

Le rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008 [ONUSIDA, 2008] estime la prévalence moyenne de l'infection à VIH à 1,6% en fin 2007 dans la population adulte de 15-49 ans. De ce rapport, il ressort le caractère plus féminin de l'épidémie, en ce sens que les femmes sont toujours plus infectées que les hommes. La prévalence VIH en 2007 chez les jeunes femmes de 15-24 ans est de 0,9% tandis que chez les jeunes hommes de la même tranche d'âge, la prévalence est de 0,5%, comme le montre le tableau ci-dessus.

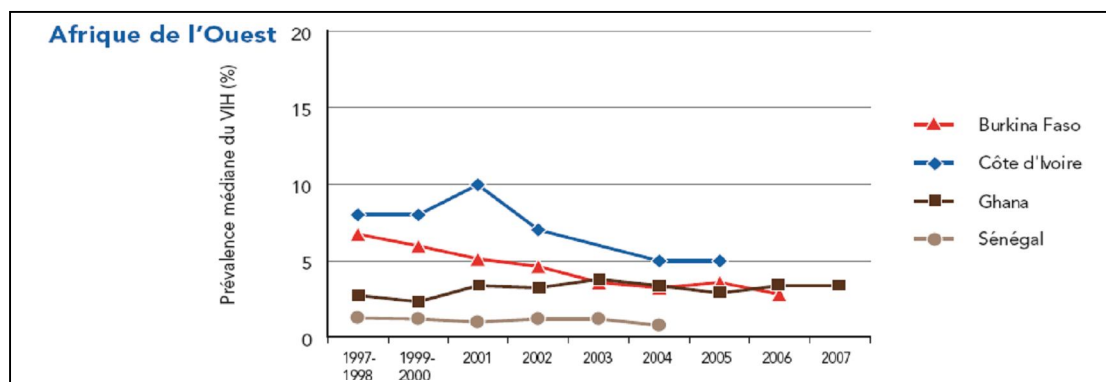
Tableau 3 : Le point sur l'épidémie du VIH en fin 2007

Indicateurs	Valeurs
Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida	130 000
Nombre d'adultes de + 15 ans	120 000
Nombre de femmes VIH+ de + 15 ans	61 000
Nombre d'enfants (0 à 14 ans)	10 000
Nombre de décès (adultes et enfants)	9 200
Nombre d'orphelins (0 à 17 ans)	100 000
Prévalence globale	1,6 [1,4-1,9]
Prévalence chez les jeunes filles de 15 à 24 ans	0,9 [0,5-1,3]
Prévalence chez les jeunes garçons de 15 à 24 ans	0,5 [0,2-0,8]
Prévalence chez les travailleurs de sexe	8,9% en 2005

Source : Rapport ONUSIDA, 2008

Longtemps classé comme 2^{ème} pays le plus infecté en Afrique occidentale juste après la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso a vu sa prévalence décroître progressivement depuis les années 97-98 pour atteindre une relative stabilisation à partir de 2005, toutes sources confondues.

Graphique 4 : Prévalence du VIH (%) chez les femmes enceintes en consultations prénatales, 1997-2007



Source : ONUSIDA, L'épidémie mondiale du sida 2008

L'évolution de la prévalence du VIH depuis 1997 présente un profil du Burkina Faso, qui varie par année pour certains indicateurs clés.

Tableau 4 : Evolution de certains indicateurs de 1997 à 2007

Indicateurs	2003	2005	2006	2007
Prévalence (15-49 ans)	4,2%	2,3%	2,0%	1,6%
Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida	300 000	180 000	150 000	130 000
Nombre d'adultes de + 15 ans		160 000	140 000	120 000
Pourcentage de femmes infectées de + 15 ans		49,9%	53,3%	46,9%
Nombre d'enfants (0 à 14 ans)		20 000	10 000	10 000
Nombre de décès (adultes et enfants)		17 000	12 000	9 200

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

Le système de surveillance épidémiologique de l'infection à VIH, du sida et des IST est intégré et décentralisé au Burkina Faso. Il existe une collaboration dynamique entre le SP/CNLS-IST et le Ministère de la santé à travers le Comité ministériel de lutte contre le sida du secteur santé et la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) ainsi que des partenaires oeuvrant dans le domaine de la lutte contre ce fléau au Burkina Faso.

Plusieurs types de surveillance de l'épidémie sont préconisés par l'OMS/ONUSIDA et ces méthodes coexistent sur un même territoire. En effet, la surveillance épidémiologique de

première génération a été mise en place dès le début des années 90 pour suivre la dynamique de l'épidémie de VIH. Dans la dynamique de la surveillance de l'épidémie de VIH pour une réponse nationale élargie, le Burkina Faso a adopté en 2001 la surveillance de seconde génération qui prône la combinaison de la surveillance biologique et comportementale. L'objectif est de permettre à terme de renforcer la surveillance épidémiologique par une notification systématique et standardisée des cas de SIDA pour les années à venir. Quatre composantes sont définies dans le cadre de la surveillance de seconde génération, ce sont : la surveillance du VIH, la surveillance du SIDA, la surveillance des IST et la surveillance comportementale.

2.2.1. La surveillance du VIH

La surveillance épidémiologique du VIH peut être définie comme « un recueil d'informations permettant de connaître l'importance et les conséquences de la circulation des rétrovirus à VIH » [Louis'1997]. Il s'agit d'une surveillance sélective du fait du choix des centres de recueil des données ou des groupes spécifiques de population choisis. En effet, il n'est pas indiqué de faire un dépistage généralisé systématique sur l'ensemble de la population pour diverses raisons : trop coûteux, difficultés de répétitions à intervalles, possibilités de biais difficilement contrôlables, etc.

2.2.1.1 La surveillance sentinelle

La surveillance sentinelle, recommandée par l'OMS, est censée permettre un meilleur suivi des épidémies, surtout pour les pays qui disposent de faibles capacités financières. Elle doit s'appliquer, de façon annuelle, sur les groupes de populations les plus à risque d'être infectées, facilement identifiables et accessibles. La surveillance sentinelle ne nécessite pas l'exigence statistique d'être représentative ; de plus, elle se situe résolument, à la fin des années 1980 et au début de la décennie 90, dans une logique de santé publique et une optique d'évaluation des activités de prévention et d'orientation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA [Lamarange'2007].

Ainsi au Burkina Faso, le critère d'inclusion concerne toute femme venue en consultation prénatale et n'ayant pas subi de prélèvement sanguin auparavant pour la syphilis. La méthodologie d'échantillonnage respecte les normes de l'OMS/ONUSIDA : il s'agit du

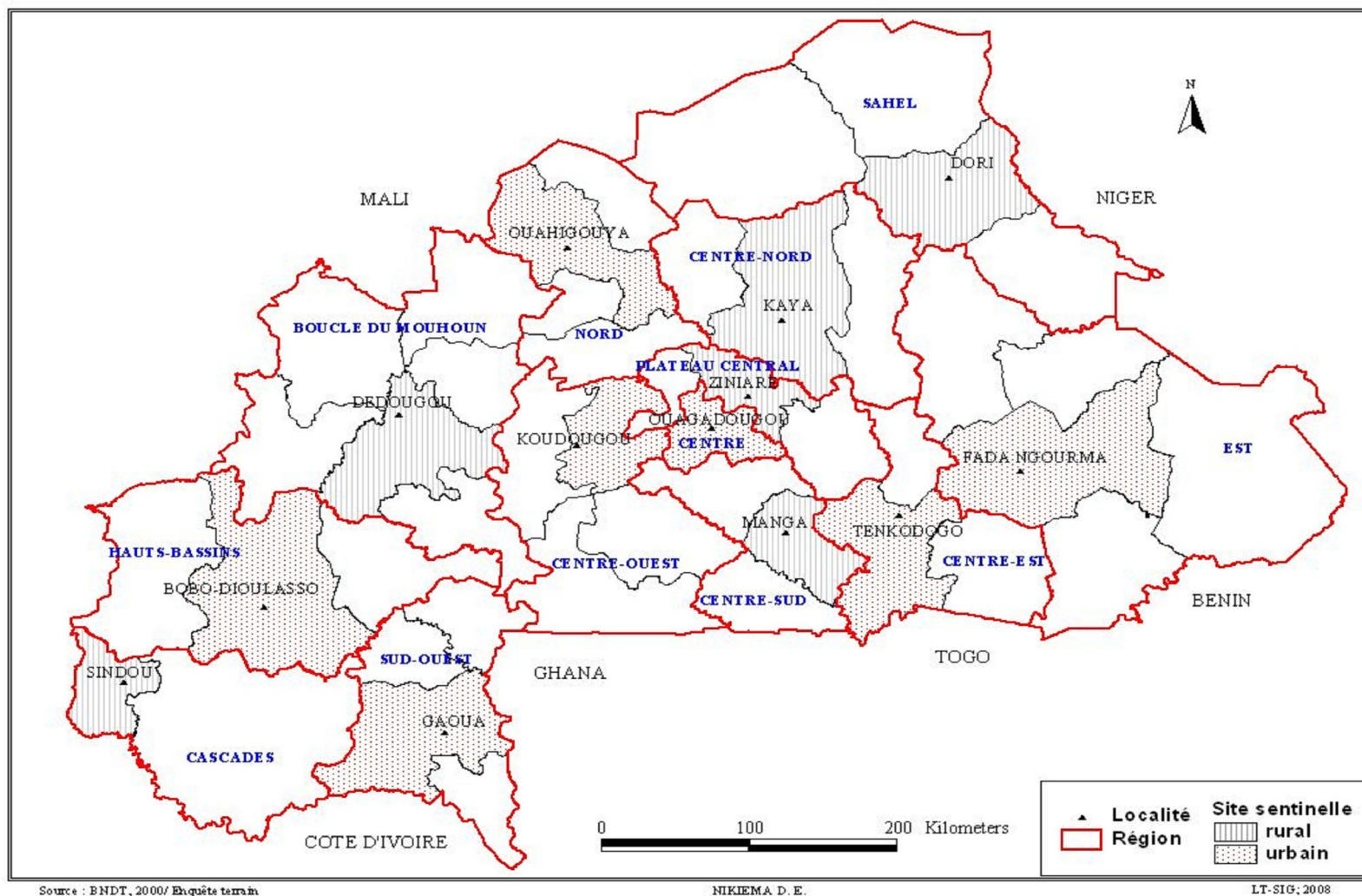
recrutement consécutif et la technique utilisée est celle du dépistage anonyme non corrélé, selon la recommandation OMS.

La surveillance biologique ou sérosurveillance de première génération a démarré dans trois sites sentinelles : Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Ouahigouya en 1997 puis à partir de 1998, elle a été étendue à deux autres sites sentinelles qui sont Tenkodogo et Gaoua. Les prélèvements recueillis permettent d'évaluer les prévalences du VIH et de la Syphilis.

En 2004, ce sont treize sites sentinelles repartis dans l'ensemble des treize régions sanitaires que compte le Burkina qui ont depuis octobre, entamé la collecte des données pour la surveillance régulière de l'épidémie. Cette collecte se fait dans 43 centres de prélèvement (essentiellement des Centres de santé et de promotion sociale et dans les Centre médicaux, avec ou sans Antenne chirurgicale CM/CMA) situées en zone urbaine et en zone rurale. Chaque région sanitaire compte un nombre de sites de prélèvement, allant de deux à six sites. Le choix des centres de prélèvement des sites répond à des critères bien précis [SP/CNLS-IST, 2005 b]. En effet, le centre doit être capable (i) de fournir régulièrement des services de santé maternelle et infantile, (ii) de prélever du sang chez les femmes enceintes dans le cadre des examens de routine (dépistage de la syphilis, détermination du groupe sanguin, etc.) et (iii) de mobiliser des ressources techniques, matérielles, financières et humaines pour permettre et/ou encadrer les activités de surveillance de l'infection à VIH sur le site. De plus, il doit (iv) de disposer d'un laboratoire fiable qui peut effectuer des examens courants de laboratoire, manipuler et stocker des échantillons de sang et être géographiquement accessible par tous les temps ainsi que (v) de regrouper une population composée de groupes démographiques variés en termes d'ethnie, de religion, de catégorie professionnelle, de niveau d'éducation, etc.. Il doit également (vi) avoir un taux de fréquentation élevé, susceptible de permettre le recrutement dans les délais définis, d'un nombre suffisant de femmes enceintes et (vii) d'un personnel, prêt à coopérer et être techniquement capable d'assurer les activités de surveillance biologique.

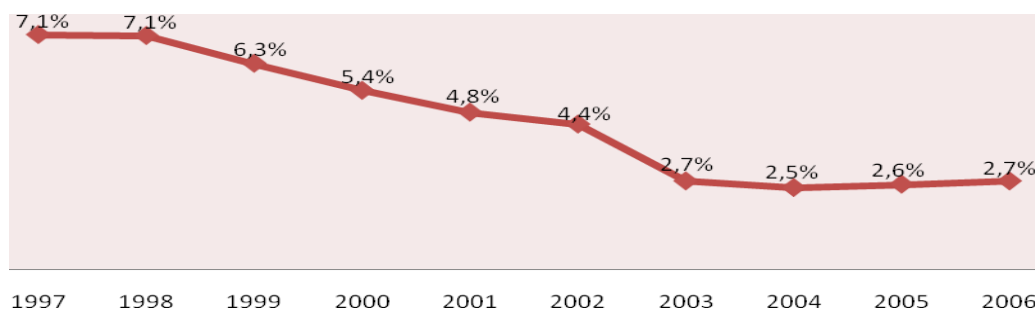
Le regroupement des sites permet une distribution géographique harmonieuse (localisation géographique, milieu urbain, milieu rural, etc.) et comprend les zones d'intérêt du programme national de lutte contre le sida. La carte ci-dessous présente la répartition des différents sites sentinelles selon leur typologie, à l'échelle du territoire national.

Carte 6 : Répartition des sites pour la surveillance sentinelle



Les données de surveillance du VIH ont été régulièrement collectées chez les femmes enceintes depuis 1997 dans les sites sentinelles. Les résultats montrent que la prévalence moyenne a baissé de 62,1% de 1997 à 2003 passant ainsi de 7,1% à 2,7% ; puis s'en suit une phase de stabilisation. Le graphique ci-dessous donne l'évolution du taux de prévalence notifié dans les sites sentinelles.

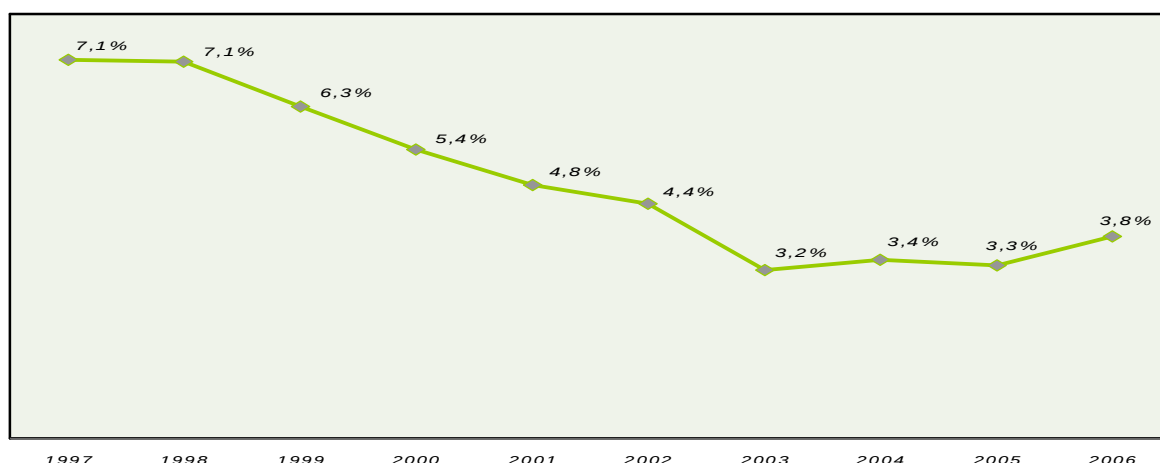
Graphique 5 : Evolution du taux de prévalence chez les femmes enceintes à partir des enquêtes dans les sites sentinelles de 1997 à 2006



Source : Réalisé à partir du rapport du comité technique de surveillance épidémiologique, juin 2007

La configuration des sites sentinelles donne six sites en milieu rural et sept en milieu urbain. Des données des sites sentinelles urbains, on peut constater une baisse de la prévalence globale de 54,9% de 1997 à 2003 puis une augmentation de 18,8% de 2003 à 2006. Le graphique ci-dessous présente la dynamique de l'épidémie dans les sites urbains.

Graphique 6. Evolution de la prévalence moyenne du VIH des sites sentinelles urbains de 1997 à 2006



Source : Réalisé à partir du rapport du comité technique de surveillance épidémiologique, juin 2007

La dynamique de l'épidémie dans les sites urbains de 1997 à 2003 est due à la baisse générale observée dans les sites sentinelles bien que l'on constate des hausses dans les sites de

Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Ouahigouya sur les deux premières années de la surveillance du VIH. A partir de l'année 2003, le nombre de sites sentinelles urbains s'est accru de cinq (5) à sept (7) et l'on constate des augmentations d'un site à l'autre. En effet, de 2003 à 2006, de très forts taux d'accroissement ont été constatés dans les sites de Ouagadougou (47,5%), Ouahigouya (11,1%), Fada N'Gourma (107,7%) et Koudougou (40,7%).

Tableau 5. Situation de la prévalence du VIH dans les sites sentinelles urbains de 1997 à 2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bobo-Dioulasso	7,6%*	8,4%	5,7%	6,2%	5,7%	6,2%	4,3%	3,6%	3,8%	2,8%
Ouagadougou	6,7%**	8,0%	7,7%	6,3%	4,8%	4,7%	4,0%	4,9%	5,4%	5,9%
Ouahigouya	6,5%	7,0%	6,0%		5,1%	4,2%	3,6%		3,6%	4,0%
Gaoua		4,0%	6,0%	5,4%	5,9%	4,6%	3,0%	2,4%	2,0%	2,8%
Tenkodogo		4,3%	3,8%	2,8%	2,2%	2,3%	2,6%	2,8%	1,4%	2,2%
Fada							1,3%	2,1%	1,2%	2,7%
Koudougou								2,7%	2,6%	3,8%

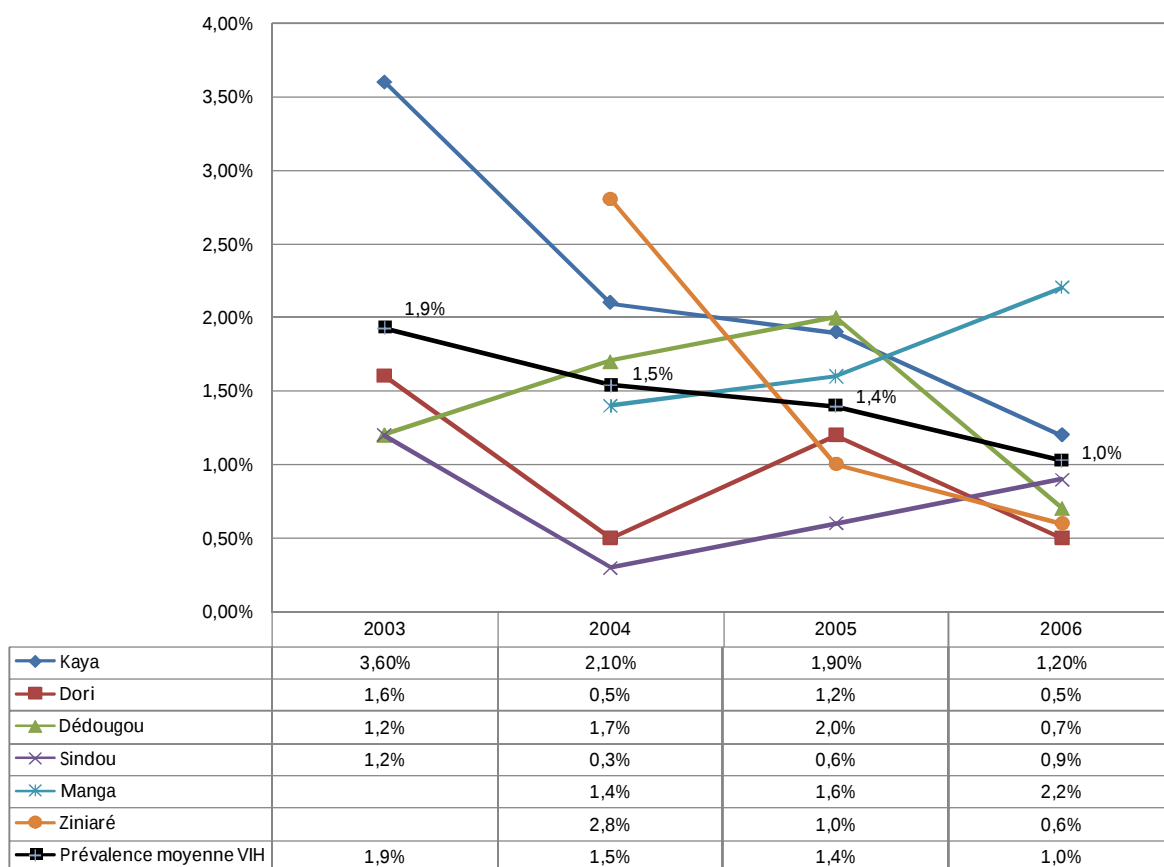
Source : Réalisé à partir du rapport du comité technique de surveillance épidémiologique, juin 2007

* Prévalence supérieure à la prévalence moyenne des sites urbains

** Prévalence inférieure à la prévalence moyenne des sites urbains

Au niveau des sites ruraux, on enregistre une baisse de la prévalence de 46,6% de 2003 à 2006. Toutefois, des disparités sont constatées dans les sites : d'une part des tendances moyennes à l'augmentation pour les sites de Sindou (12,5%) et Manga (36,3%) et d'autre part des tendances à la baisse pour les sites de Dori (14,0%), Dédougou (11,8%) et Ziniaré (61,0%). Le graphique ci-dessous présente la dynamique de l'épidémie dans les sites ruraux.

Graphique 7 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans dans les sites sentinelles en milieu rural de 1997 à 2006 au Burkina Faso



Source : Réalisé à partir du rapport du comité technique de surveillance épidémiologique, juin 2007

Toujours sur la surveillance du VIH, les données en population générale sont issues de l'Enquête démographique et de santé, tandis que des enquêtes spécifiques et/ou ponctuelles sont réalisées auprès de groupes de populations dits vulnérables ou spécifiques.

2.2.1.2 Les données de l'Enquête démographique et de santé

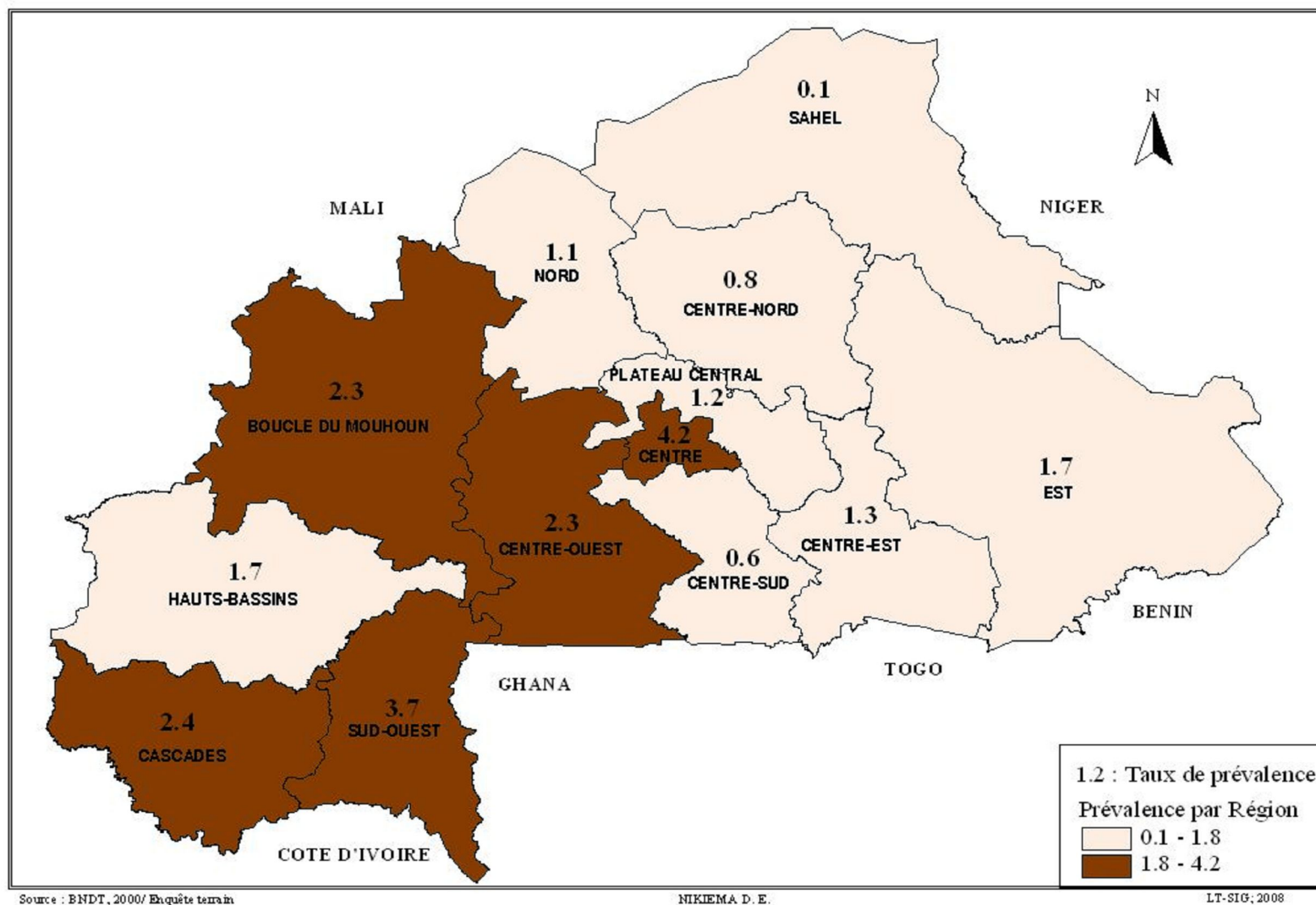
Il y a eu trois enquêtes démographiques et de santé (EDS) au Burkina Faso : EDSBF-I en 1993, EDSBF-II en 1998-99 et EDSBF-III en 2003 ; la prochaine est programmée pour 2008-2009. L'EDSBF-III a été la première enquête dans le cadre du projet Demographic and Health Survey (DHS) à effectuer le test du VIH dans la population générale. Les ministères en charge de la santé, de l'économie et du développement, à travers l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), ont été les premiers à solliciter l'inclusion du test de VIH dans cette troisième phase. L'objectif visé était la mesure de la séroprévalence des VIH-1&2 au niveau national et au niveau de chacune des treize régions du Burkina Faso.

Pour l'EDSBF-III réalisée sur le terrain de juin à décembre 2003, les résultats portent sur 9 097 ménages, 12 477 femmes âgées de 15-49 ans et 3 605 hommes de 15-59 ans qui ont été

interviewés avec succès. Parmi eux, on compte 4 223 femmes (92%) et 3 418 hommes (86%) qui ont été testés pour le VIH [INSD/BF'2004], soit 89% de la population enquêtée. Ce sont 5,4% des enquêtés qui ont refusé de participer aux tests et 3% étaient absents de leur domicile au moment du passage pour le test.

Les résultats de l'EDSBF-III donnent pour la population active, une prévalence moyenne du VIH qui est de 1,8% dont 1,8% pour les femmes et 1,9% pour les hommes. Il ressort de l'enquête que la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (3,6%) qu'en milieu rural (1,3%). Ces résultats ont également montré des disparités régionales, illustration à travers la carte ci-après, en matière de prévalence de l'infection à VIH où des prévalences élevées ont été constatées dans les régions du Centre (4,2%), du Sud-Ouest (3,7%), des Cascades (2,4%), de la Boucle du Mouhoun (2,3%) et du Centre-Ouest (2,3%).

Carte 7 : Séroprévalence par région selon l'EDS-III



2.2.1.3 Les données des enquêtes spéciales : enquêtes ponctuelles auprès de populations spécifiques ou vulnérables

Des enquêtes ponctuelles sur des cibles spécifiques sont recommandées en vue de compléter les données épidémiologiques sur les cas de Sida et des IST. Ces enquêtes sont réalisées auprès : (i) des groupes vulnérables pour les risques de co-infection tuberculose/VIH, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, etc, (ii) des groupes exposés au risque comme les prostituées, les camionneurs, les militaires et (iii) des zones présentant un intérêt épidémiologique.

- *La co-infection Tuberculose/VIH (TB/VIH) :* Les premières données sur la co-infection TB/VIH résultent d'une étude de prévalence prospective réalisée de septembre 2001 à avril 2002, ayant porté sur 216 cas de tuberculose du Centre national de lutte antituberculeuse (CNLAT) de Ouagadougou. La prévalence du VIH était de 35,2%. Par la suite, la notification des données de ce « couple infectieux » a été systématique, suite à la mise à disposition de ressources par le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les données sont fournies par le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) et la prévalence relevée en 2006 est de 33,4% sur un total de 4455 patients tuberculeux. Le tableau ci après donne les détails sur la co-infection TB/VIH.

Tableau 6 : Situation de la co-infection en 2006 au Burkina Faso

Items	Effectif	Pourcentage
Cas TB enregistrés au Burkina Faso	4455	-
Statut sérologique VIH+ déjà connu	406	-
Statut sérologique VIH négatif déjà connu	68	-
Proposition test VIH au niveau national	2483/3981	62,4%
Tests VIH acceptés	1602/2483	64,5%
Tuberculeux testés au niveau du CDT	931/3981	23,4%
Test VIH + sur les tuberculeux testés	311/931	33,4%
Total patients TB/VIH	717	-

Source : SP/CNLS-IST/BF, Bilan général de la mise en œuvre du PNM 2006

- *De la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) :* Débutée en 2002 dans neuf sites répartis dans trois districts sanitaires, la mise en œuvre de ce programme a permis de se renseigner sur la séroprévalence des femmes enceintes en consultation prénatale.

Tableau 7 : Situation des indicateurs de la prévention de la transmission mère-enfant

Activités	Année 2005		Année 2006		Année 2007	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Nouvelles consultations prénatales	41 168		58 954		78 362	
Adhésion au conseil pré-test	24 856	60,4	37 735	64,0		
Adhésion au dépistage	19 661	79,1	29 010	77,0	50 746	
Résultats rendus (post test)	16 644	84,7	24 356	84,0		
Femme VIH+	832	4,2	1 378	5,7	1 591	3,1
Partenaires femme enceintes dépistés	1 010	5,1	1 142	4,7		
Partenaires VIH+	64	6,3	95	8,3		
Femmes enceintes testées positives ayant accouché dans une formation sanitaire	673	80,9	1 401		1 640	
Mères ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	476	70,7	1 134	81,8	1 426	87,0
Enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV			1 128	81,4	1 309	79,3
Enfants nés vivants de mères séropositives	648	96,3	1 386	99,0	1 651	
Nombre d'enfants testés	138	21,3	293	26,0	272	
Enfants testés VIH+	14	10,1	19	6,5	25	

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2005, 2006, 2007

- *Le conseil dépistage volontaire* : Les activités de dépistage ont connu un développement timide et faiblement coordonné dans les années 90, pour ensuite connaître un essor à partir de l'an 2000. En effet, de 2002 à 2007, l'adhésion au CDV a été multipliée par cinq (5) et on constate que les données de séroprévalence ont connu une baisse très sensible de 15,10% à 5,49%.

Tableau 8 : Evolution des activités de dépistage par année

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Effectif	18 944	37 635	118 461	170 840	199 667	115 991
Séroprévalence	15,10%	13,30%	7,20%	6,00%	5,31%	5,49%

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

- *Des sources de données complémentaires : études ou recherches au profit de groupes spécifiques et /ou vulnérables⁹* : De nombreuses enquêtes ponctuelles ont été réalisées depuis la déclaration des cas d'infection au Burkina Faso. Ces données permettent de mieux comprendre la situation sociale, les déterminants ou facteurs explicatifs de la prévalence dans certaines zones, ainsi que la situation du VIH/SIDA [ONUSIDA, 2008 a] dans des milieux spécifiques comme le milieu carcéral, l'environnement

⁹ Synthèse effectuée à partir des différents bilans de mise en œuvre des PNM de 2001 à 2007

prostitutionnel, les routiers, migrants, orpailleurs, hommes de tenue, etc. Ces enquêtes ponctuelles et spécifiques, au regard de la mobilisation technique et financière qu'elles nécessitent, sont souvent menées par la structure de coordination nationale de la lutte, en collaboration avec ces partenaires techniques et financiers. En plus, d'autres structures nationales non gouvernementales prennent l'initiative d'organiser des recherches au sein de leur groupe cible d'intervention :

- En 1987, les premières enquêtes [MEDA'1998] conduites dans des groupes à risque trouvent 35% de séropositivité pour les prostituées et 23% pour les malades porteurs de MST. A la même époque, 19% des malades hospitalisés en médecine au CHN Yalgado Ouédraogo étaient séropositifs [CDC, 1994] de même que 12,5% des tuberculeux de Bobo-Dioulasso [Prazuck'1991].
- En 1994, une enquête chez les tuberculeux [Malkin'1997] de Bobo-Dioulasso retrouvait 33,6 % de séroprévalence, tandis que chez les prostituées de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, la prévalence observée était de 58,2 %.
- Le projet SIDA 3, en collaboration avec le SP/CNLS-IST, a réalisé une enquête de surveillance de deuxième génération auprès des travailleuses du sexe et leurs clients en 2002. Cette étude a montré une prévalence du VIH de 20,9 %. En comparaison avec les données de 1994 où le taux avait été estimé à environ 60%, l'on constate une baisse de la prévalence dans ce groupe cible.
- L'étude d'évaluation d'impact du Comité ministériel de lutte contre le SIDA du secteur de la défense, en 2003 a permis de relever trois cas de sérologie à VIH positive sur les 2 643 hommes de tenue enquêtés ;
- l'étude du projet VIRUS intitulée «Analyse nationale de la situation du VIH et des IST en milieu Rural et Urbain et dans les Secteurs de la santé et de l'éducation », réalisée en 2003 donnait des prévalences dans le secteur de la santé et de l'éducation respectivement de 3,4% et de 2,8%. On notait également quelques disparités régionales : sur 98 formations sanitaires en milieu rural (Boulgou, Poni, Seno et Yatenga), la seroprévalence la plus élevée a été trouvée au Boulgou (3,6%) suivie du Yatenga et du Poni (2,5%) et la plus basse au Séno (1,3%).
- Une enquête de surveillance de 2^{ème} génération chez les travailleuses du sexe (TS) et leurs clients a été réalisée du 18 juillet au 4 août 2005 par le projet SIDA 3 en collaboration avec le SP/CNLS-IST : la prévalence chez les TS était

de 16% montrant une tendance à la baisse par rapport à 2002 qui était de 20,9% ; le taux de prévalence du VIH chez les clients était de 1,2% lors de la première enquête en 2002 contre 1,6% en 2005.

2.2.2. La surveillance du sida

Dans le processus de surveillance du sida, deux composantes sont distinguées : la notification de routine et la notification sentinelle.

2.2.2.1. Notification sentinelle des cas de sida

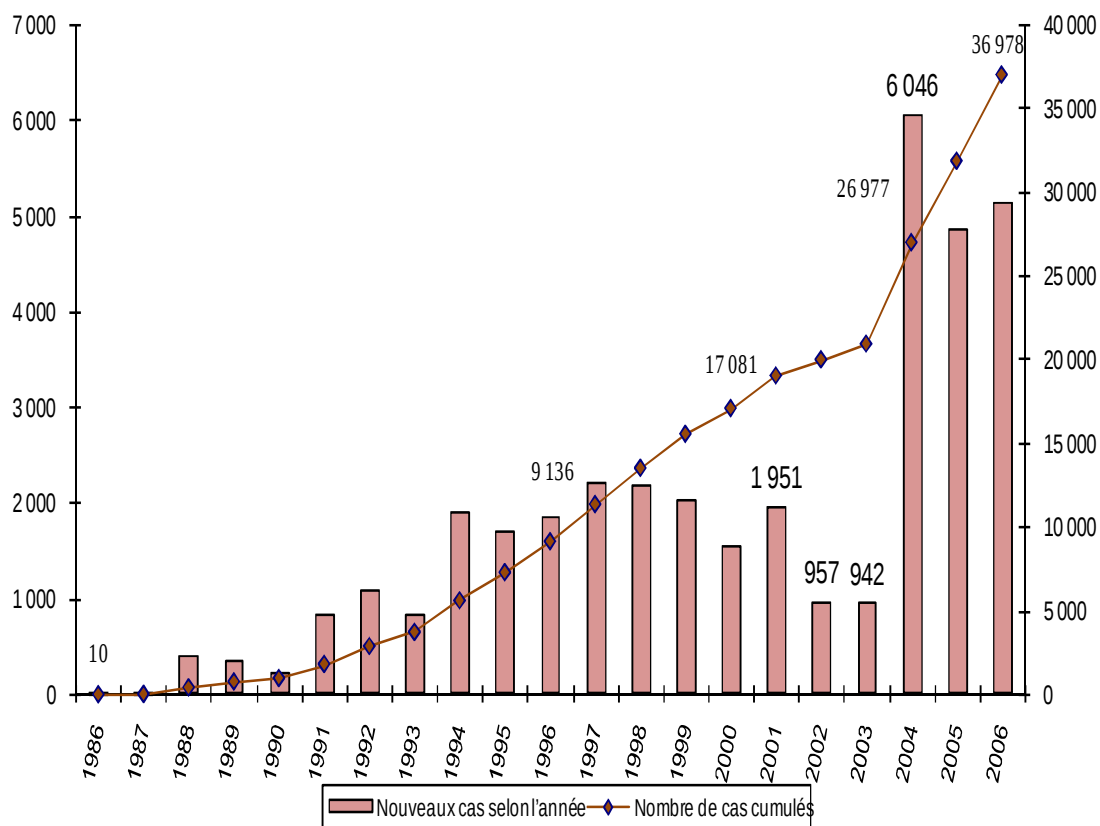
Toujours en phase de mise en place depuis son démarrage timide en 2005, la notification sentinelle des cas de sida devrait permettre une meilleure complétude des cas de sida. Malheureusement, depuis une session de formation organisée en mai 2005 pour lancer le processus, aucune donnée épidémiologique n'a pu être collectée à partir de cette source¹⁰.

2.2.2.2. Notification de routine des cas de sida

C'est la collecte systématique et routinière des cas de sida, mais aussi des cas d'IST, par les formations sanitaires (FS) dont le taux de complétude est de 100% pour les FS publiques et de 91% pour FS du secteur privé [MS/BF'2008]. Les données sont ensuite acheminées et centralisées à la Direction des études et de la planification du Ministère de la santé (DEP/Santé) après une validation par niveau : depuis les CSPS jusqu'aux différents CMA et une centralisation par district sanitaire. Après le traitement, l'analyse au niveau central ainsi que la validation finale avec tous les acteurs concernés, les données sont ensuite communiquées au SP/CNLS-IST via le CMLS/Santé. Cette notification de routine se fait selon des tranches d'âge, mais les données fournies sont le plus souvent indicatives. Bien que systématiques, les notifications portent sur les malades ayant fréquenté les formations sanitaires. Malheureusement, le taux de fréquentation des formations sanitaires par les populations demeure encore bas : 34,1%, 34,1%, 38,6% et 42,60% respectivement en 2004, 2005, 2006 et 2007 [MS/BF, 2008].

¹⁰ Organisée par le CMLS/Santé en collaboration avec le SP/CNLS-IST et le Centre Muraz, avec l'appui de certains partenaires techniques et financiers (OMS, ONUSIDA) la formation devait permettre d'engager le système de notification sentinelle des cas de sida au sein des CHU, CHR et CTA. Mais il n'en a rien été.

Graphique 8 : Situation de la notification des cas de sida de 1986 à 2006



Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

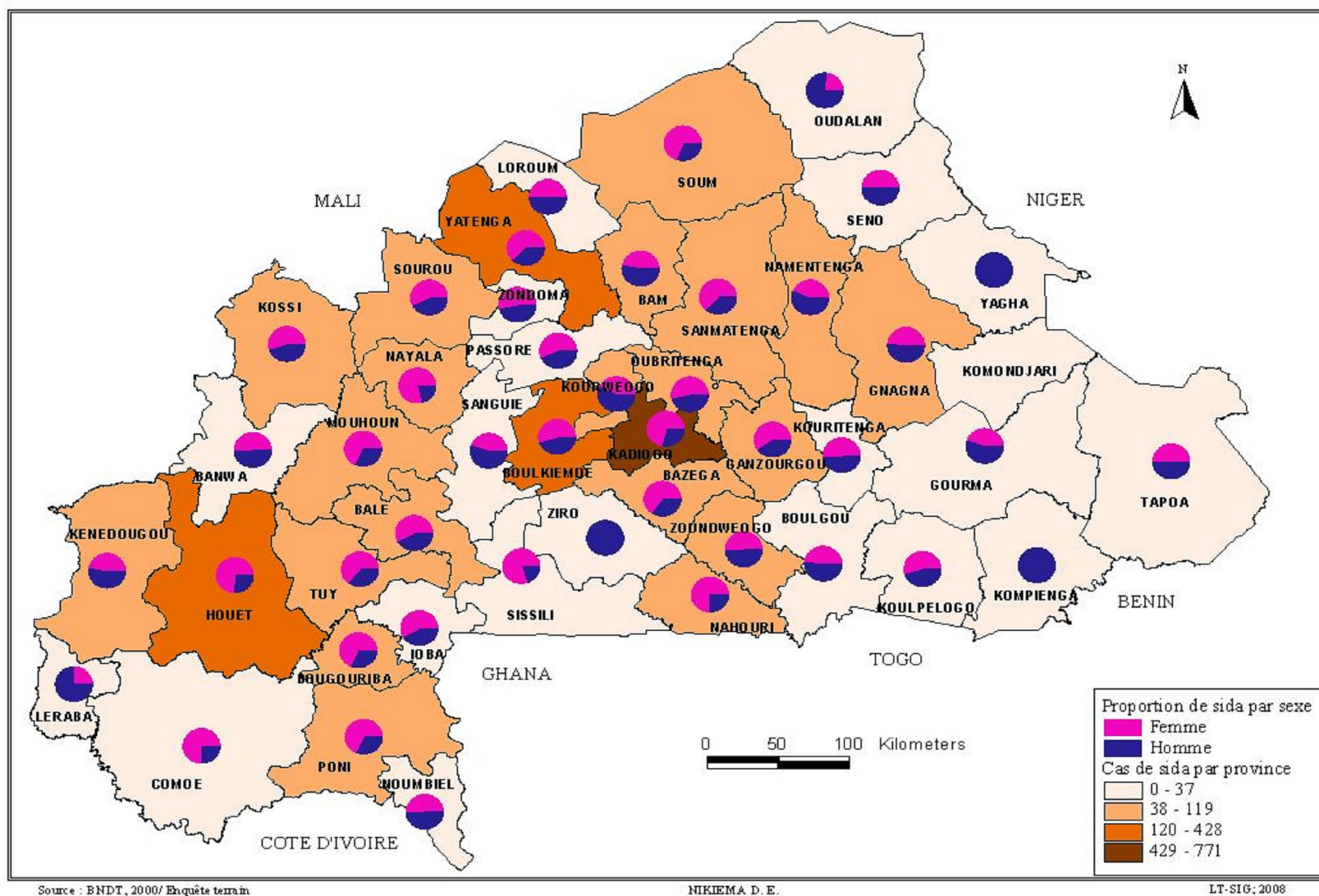
La lecture du graphique montre une augmentation régulière (malgré les dents de scie) des nouveaux cas jusqu'en 2002 et 2003 où les cas sont pratiquement de moitié par rapport à l'année précédente. Malgré la faible fréquentation des formations sanitaires qui demeure l'une des causes à cette sous notification, ce résultat a mis en exergue la nécessité de fournir davantage d'efforts pour la notification des cas dans les structures sanitaires.

Cette sous notification, au regard des nouveaux cas de 2004, semble trouver son explication par l'arrivée de plusieurs initiatives d'accès aux soins. Cela a eu un effet de « ruée » vers les structures de santé. Les populations qui avaient délaissé les formations sanitaires à cause de l'accès difficile aux soins et traitements, voire l'absence de thérapie, ont accouru grâce aux multiples campagnes d'information sur les différentes initiatives d'aide à la prise en charge thérapeutique. Jusque là, le recours était dirigé vers la pharmacopée et la médecine traditionnelles, qui a défaut de trouver le remède adéquat, soulageait un tant soit peu à l'aide

de tisanes, de décoctions et des différentes remèdes pour les infections opportunistes. Cela avait d'ailleurs permis à certains tradipraticiens de déclarer pouvoir soigner le sida.

Mais la sous-notification demeure un problème réel, auquel les responsables en charge de la santé vont s'attaquer à travers l'élaboration de nouveaux outils de rapportage et la formation du personnel à cette activité de routine. Les résultats ont été matérialisés dès la première année de mise en œuvre (2004) et cela a continué au fil des années ; ce qui nous permet de dresser la carte ci-après. Elle présente le nombre de cas de sida notifié pour l'année 2007 dans les formations sanitaires publiques [DEP/MS'2008]. Ces cas s'ajoutent à la notification des autres structures de santé (confessionnelles, privées, associatives) pour donner le nombre total de nouveau cas d'une année à une autre.

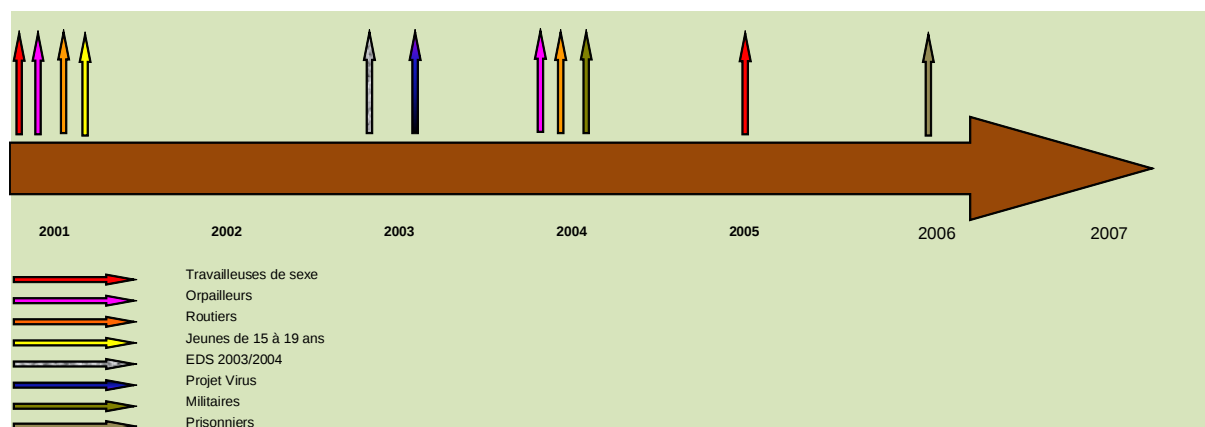
Carte 8 : Répartition des cas de sida par région sanitaire en 2007



2.2.3. La surveillance des comportements sexuels

La surveillance comportementale est une composante clé du système de surveillance du sida au Burkina Faso. L'objectif général de l'enquête de surveillance comportementale ou Behavioural Surveillance Survey (BSS) au Burkina Faso est de mesurer les tendances des comportements des populations cibles vis-à-vis du VIH/sida et des IST afin de fournir les informations au SP/CNLS-IST et autres intervenants dans leurs activités de prévention. En effet, elle permet non seulement de relier les comportements aux résultats des programmes de prévention menés mais surtout d'expliquer la dynamique de l'épidémie. Trois types de surveillance comportementale existent : en population générale (EDS), chez les populations desservies par les sites sentinelles (enquêtes ménages) et enfin chez les groupes spécifiques ou population à haut risque (enquêtes CAP). Leur régularité varie de 3 à 5 ans. Les principales enquêtes comportementales réalisées de 2001 à 2007 sont présentées dans la figure ci-après (Figure 1).

Figure 1. Situation de réalisation des études comportementales de 2001 à 2007



Source : Réalisée à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

En terme de résultats de la surveillance comportementale, nous retiendrons ceux de l'EDS 2003/2004 réalisée en population générale. Les principaux domaines programmatiques retenus se présentent comme suit [INSD/BF'2004]:

- la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA: 63% des femmes et 76% des hommes citent la limitation des rapports à un seul partenaire fidèle et non infecté comme premier moyen de prévention de l'infection à

VIH. La région des Cascades détient le plus fort taux de réponse avec 80,9% et 89,3% respectivement pour les femmes et les hommes.

- le port du préservatif : les rapports sexuels à haut risque sont plus fréquents en milieu urbain (28% parmi les femmes et 59% parmi les hommes) qu'en milieu rural (respectivement 5% et 31%). A Ouagadougou ces taux sont de 32% parmi les femmes et de 61% chez les hommes.
- l'âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels : en tant que déterminant de l'activité sexuelle, l'âge des premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans est plus important en matière de prévention du VIH que les autres variables. En atteignant 15 ans, les filles ont déjà eu plus de rapports sexuels (21%) que les garçons (13%) du même âge.
- la prévention de la transmission mère enfant : les femmes et les hommes du milieu rural sont proportionnellement moins nombreux qu'en milieu urbain à savoir que le virus du sida peut se transmettre par l'allaitement (respectivement 46% et 44% contre 64% et 57%). Les plus faibles taux se présentent comme suit : 30% chez les femmes et 20,1% chez les hommes, respectivement pour les régions du Sahel et de l'Est.

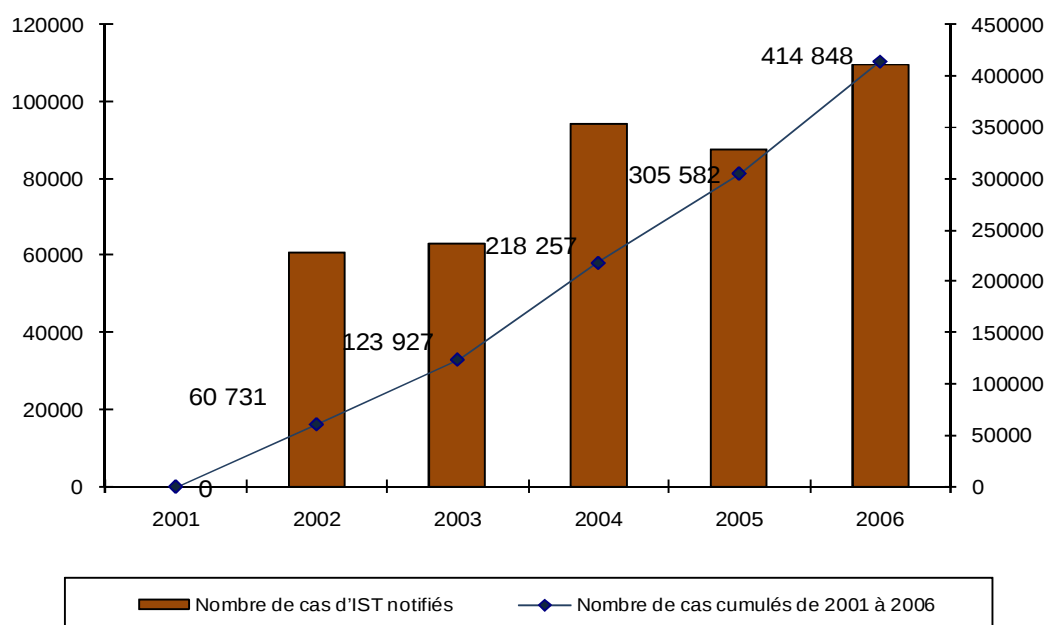
2.2.4. La surveillance des IST

La surveillance des cas d'IST se fait de deux façons : (i) par la notification routinière au niveau de l'ensemble des formations sanitaires des IST telles que les ulcérations génitales, les écoulements urétraux et vaginaux, les conjonctivites purulentes du nouveau né, etc. et (ii) par la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et portant essentiellement sur la syphilis.

- **La surveillance des IST** s'est principalement organisée autour de la notification des cas par l'ensemble des formations sanitaires. Avant 2003, cette notification se faisait sur une base étiologique. A partir de 2003, il a été adopté la notification syndromique par l'ensemble des formations sanitaires de notre pays. Les données concernant les IST proviennent des statistiques sanitaires de routine contenues dans les annuaires statistiques sanitaires annuels et qui sont transmis au SP/CNLS-IST. L'une de ces insuffisances réside dans la faible, voire la non prise en compte des données des formations sanitaires privées et des prestations des acteurs communautaires. Parmi les

cas notifiés, les syndromes les plus fréquemment rencontrés sont l'écoulement vaginal, les douleurs pelviennes, les ulcérations génitales et les écoulements urétraux.

Graphique 9 : Situation de la notification des cas d'IST au Burkina Faso de 2001 à 2006



Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

- **L'interaction entre la syphilis et infection à VIH** a été pendant longtemps un sujet de préoccupation. En fin de compte, de nombreuses études ont montré que 50 % des cas des patients atteints par la syphilis sont séropositifs au VIH. De plus, la syphilis peut favoriser l'augmentation de la charge virale sanguine et le VIH faciliterait la progression de l'infection syphilitique. Selon le Haut conseil de la Santé au Canada, les risques de transmission de l'infection sont plus élevés chez les syphilitiques VIH positifs et ces cas sont plus difficiles à traiter.

Tableau 9 : Evolution des données de séropositivité de la syphilis dans les sites sentinelles de 2002 à 2006 au Burkina Faso

Sites sentinelles		2002	2003	2004	2005	2006
Sites urbains	Bobo-Dioulasso	0,80%	1,10%	1,10%	1,50%	1,50%
	Ouagadougou	2,10%		0,90%	0,90%	3,20%
	Ouahigouya	1,70%	1,40%		3,60%	0,60%
	Gaoua	0,96%		1,10%	0,20%	0,80%
	Tenkodogo	1,30%	0,70%	0,70%		2,20%
	Fada		1,30%	0,50%	1,20%	1,40%
	Koudougou			3,50%	2,10%	2,20%

Sites ruraux	Kaya		8,00%	10,20%	9,40%	8,20%
	Dori		2,30%	1,20%	1,20%	2,10%
	Dédougou		0,50%	0,20%	2,60%	0,80%
	Sindou		1,20%	0,30%	0,60%	0,40%
	Manga			5,50%	11,40%	11,60%
	Ziniaré			6,90%	8,80%	10,50%
Prévalence moyenne		1,40%	2,10%	2,60%	3,30%	3,40%

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

Le tableau ci-dessus montre une augmentation soutenue de la prévalence moyenne de la séropositivité à la syphilis dans les sites sentinelles. En effet, de 2002 à 2006, cette prévalence est passée de 1,4% à 3,4%, soit un taux d'accroissement de 143%. A l'analyse des données des différents sites, l'on constate que les données des sites de Kaya, de Manga et de Ziniaré sont en moyenne trois fois supérieures à la prévalence nationale.

Les nombreuses sources ont permis de disposer des données sur la dynamique de l'infection à VIH au Burkina Faso. Ces données, quelle que soit la source, montrent une stabilisation de l'épidémie, voire une tendance à la baisse de la prévalence (7,17% en 1997, 4,2% en 2002, 1,6% en 2007). Cette performance est la résultante d'une stratégie nationale adaptée et appropriée mise en œuvre depuis l'apparition des premiers cas de sida.

Encadré 1. Les principales sources de données sur le VIH/SIDA en Afrique

1. Estimations et modèles ONUSIDA

<http://www.unaids.org>

ONUSIDA publie un rapport biennal depuis 1998 comportant des estimations de la prévalence du VIH pays par pays. Ces estimations sont réalisées par le Groupe de Travail ONUSIDA/OMS sur la Surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST créé en 1996, en tenant compte des recommandations du Groupe de Référence d'ONUSIDA sur les Estimations, la Modélisation et les Projections, et en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Elles sont basées sur les différentes sources de données disponibles.

Les rapports d'ONUSIDA sont disponibles sur <http://www.unaids.org> ainsi que les logiciels utilisés pour la réalisation des estimations :

- EPP (Estimation and Projection Package), pour estimer et projeter les prévalences du VIH chez les adultes à partir de données de surveillance sentinelle, pour les pays à épidémie généralisée ou concentrée ;
- Spectrum, un ensemble de modèles permettant, entre autres, de réaliser des projections démographiques (module DemProj) ou d'estimer l'impact démographique du VIH/SIDA (module AIM) ;
- Workbook Method, sous la forme d'un classeur Excel, pour réaliser des estimations de la prévalence nationale à partir de données de surveillance pour les pays à épidémie concentrée ou à faible prévalence ;
- Modes of Transmission (MoT), également sous la forme d'un classeur Excel, pour calculer des projections des nouvelles infections à VIH selon le mode de transmission.

Entre deux rapports, ONUSIDA publie des Epidemic Update avec des estimations globales par grande région géographique. Les méthodologies utilisées par ONUSIDA pour ses estimations évoluent en fonction des recommandations de son Groupe de Référence sur les Estimations, la Modélisation et les Projections. Les rapports des différentes réunions de ce groupe sont disponibles sur un site dédié : <http://www.epidem.org>.

2. HIV/AIDS Surveillance Database

<http://www.census.gov/ipc/www/hivaidsn.html>

Créée en 1987 par le Center for International Research (CIR) of the United States Bureau of the Census avec le support de l'USAID, cette base rassemble l'ensemble des données de prévalence et d'incidence du VIH publiées dans des revues internationales médicales et scientifiques ou présentées lors de conférences sur le VIH/SIDA. Pour chaque chiffre entré dans la base de données, il est précisé l'effectif de l'échantillon, la population concernée, la tranche d'âges, la région géographique, la date d'observation et la source de l'information. La base de données, disponible sous la forme d'une base Access, permet d'effectuer une recherche multicritères. Il est possible d'exporter les résultats de la requête au format Excel ou texte.

Les données sont mises à jour annuellement et la dernière révision date de décembre 2006. Des tables synthétiques ainsi que des cartes peuvent être téléchargées sur le site de la HIV/AIDS Surveillance Database. La base n'est plus téléchargeable en ligne mais peut être commandée par courriel.

3. Epidemiological Fact Sheets (EFS)

<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en/>

Publiés par l'OMS et l'ONUSIDA depuis 1997, les EFS sont une émanation du groupe ONUSIDA/OMS sur la Surveillance Globale du VIH/SIDA et des IST. Réactualisés régulièrement, ces Fact Sheets fournissent une image synthétique de la situation épidémique de chaque pays dans le monde et rassemblent à la fois les estimations réalisées par ONUSIDA, une synthèse des données disponibles dans la HIV/AIDS Surveillance Database, des informations sur les services de santé implémentés dans le pays, 13 indicateurs démographiques, 11 indicateurs socio-économiques, 9 indicateurs d'accès aux services de santé, 10 indicateurs sur les connaissances et les comportements et des indicateurs sur les IST.

4. UNAIDS/WHO Global HIV/AIDS online database

<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

La UNAIDS/WHO Global HIV/AIDS online database est un sous projet du Global Health Atlas de l'OMS. Cette base de données reprend essentiellement les données publiées dans les Epidemiological Fact Sheets. Il est possible de réaliser ses propres requêtes, d'exporter les résultats, mais également de réaliser des cartes interactives.

Par ailleurs, certaines cartes et tableaux synthétiques, déjà réalisés, sont directement téléchargeables.

5. Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) & AIDS Impact Surveys (AIS)

<http://www.measuredhs.com/>

L'ensemble des rapports finaux de ces enquêtes en population générale est disponible en ligne. Par ailleurs, les différentes bases de données peuvent être téléchargées après en avoir fait la demande en ligne. Les principaux indicateurs calculés à partir de ces enquêtes (un peu moins de 200) peuvent être consultés à partir d'un outil appelé STATcompiler, disponible en anglais et en français, permettant de créer ses propres tableaux puis de les exporter au format Excel.

<http://www.statcompiler.com/statcompiler/>

Les données concernant le VIH/SIDA ne sont pas accessibles directement dans STATcompiler mais peuvent être consultés via un outil équivalent, disponible via le même site : la HIV/AIDS Survey Indicators Database (voir plus bas).

Les données de STATcompiler peuvent être également cartographiées en ligne à l'aide de STATmapper :

<http://statmapper.mapsherpacom>

6. HIV/AIDS Survey Indicators Database

<http://www.measuredhs.com/hivdata/>

Mise en ligne en mai 2002, la HIV/AIDS Survey Indicators Database a pour vocation de réunir dans une même base de données un peu plus de 150 indicateurs comportementaux, épidémiologiques ou portant sur les connaissances relatives au VIH/SIDA. Les indicateurs retenus ont été déterminés en fonction de guides et de besoins de l'ONUSIDA, de l'Assemblée Générale des Nations unies réunie en session spéciale sur le VIH/SIDA (UNGASS), des Objectifs du Millénaire (Millennium development Goals ou MDGs), du plan présidentiel américain PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) et du Fond Mondial contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

La base de données réunit les résultats d'environ 200 enquêtes menées dans plus de 75 pays. Il s'agit essentiellement d'EDS, mais également de Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), de Reproductive Health Surveys (RHS), de Sexual Behaviour Surveys (SBS) et de Behavioral Surveillance Surveys (BSS). La base de données est supervisée par un comité international incluant des représentants de l'USAID (principal financeur), l'UNICEF, le CDC, l'ONUSIDA, l'OMS, le US Bureau of the Census, FH I, MEASURE Evaluation, le Synergy Project, le US Census Bureau International Programs Center et MEASURE DHS+.

Comme pour STATcompiler, l'utilisateur peut construire en ligne ses propres tableaux puis les exporter au format Excel.

Depuis mi-2007, des cartes au niveau national et régional des différents indicateurs peuvent être réalisées en ligne à l'aide de HIVMapper : <http://www.hivmapper.com/>.

Source : In LARMARANGE J., Prévalence du VIH en Afrique : validité d'une mesure, Thèse de doctorat de l'université de Paris 5 Descartes, option démographie, Paris 2007

CHAPITRE 3 : LA REPONSE AU VIH, UNE POLITIQUE D'ENVERGURE POUR UNE PRIORITE NATIONALE

Depuis la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en 1983 par les professeurs Robert Gallo et Luc Montagnier, l'augmentation des cas d'infection à VIH de par le monde et en particulier en Afrique au sud du Sahara et ses multiples conséquences ont progressivement fait de cette infection plus un problème de développement qu'un problème uniquement de santé publique. Au Burkina Faso, la reconnaissance officielle de l'infection à VIH et du SIDA en 1986 à travers la notification à l'OMS des premiers cas, a conduit à une réaction du Gouvernement avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers et de la société civile. En effet, dès 1987, les premières mesures ont été prises par la mise en place d'un Comité technique restreint, placé sous la responsabilité du Ministre de la santé. Les missions assignées à ce comité ont essentiellement consisté à l'évaluation de la situation du VIH, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan à court terme. Les activités de départ étaient axées sur la sécurité transfusionnelle et la sensibilisation par l'information, l'éducation et la communication (IEC). Il s'est agi notamment de la promotion des mesures de prévention en général. Cette activité a marqué le début de la promotion du préservatif.

Dans la même dynamique, des concertations nationales et internationales ont permis de fixer des orientations politiques en faveur d'une meilleure connaissance de l'épidémie. La réponse nationale a connu trois principales phases couvrant respectivement les périodes 1987-1995, 1995-2001 et 2001 à nos jours.

3.1. Historique de la réponse au VIH

3.1.1. Première phase : 1987-1995

Sous l'égide de l'OMS, elle a permis l'installation du Comité technique, l'élaboration du Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) et la mise en œuvre d'un plan à court terme (1987-1989) et de deux plans à moyen terme (1990-1992 et 1993-1995).

- **Plan à court terme** : Les actions prioritaires menées durant la période ont concerné essentiellement des activités d'information, éducation et communication (IEC), le développement des capacités nationales et institutionnelles en matière de prévention

contre l'infection à VIH et la réalisation d'enquêtes épidémiologiques qui a permis de déterminer l'ampleur de la maladie du VIH/SIDA au Burkina Faso. Ce plan a été marqué par la création, par décret pris en conseil de Ministres, le 27 février 1990, d'un Comité national de lutte contre le Sida au Burkina Faso (CNLS-SIDA) rattaché au Ministère de la santé. Il comprenait un Secrétaire permanent et six sous-comités qui sont le sous-comité suivi du programme, le sous-comité laboratoire, le sous-comité surveillance épidémiologique, le sous-comité recherche, le sous-comité information, éducation, communication et le sous-comité prise en charge des malades et séropositifs.

- **Plans à moyen terme I et II :** Les actions prioritaires menées durant ces périodes ont porté sur l'intensification des activités d'information, d'éducation et de communication en direction du grand public et des principaux groupes vulnérables (élèves, migrants, forces de l'ordre, prostituées), le lancement du Projet de marketing social des condoms (PROMACO) en 1991, le renforcement des capacités nationales et des programmes de formation et le démarrage de la séro-surveillance de l'infection à VIH sur des groupes cibles (femmes enceintes, porteurs de MST, malades de la tuberculose). Au cours du deuxième plan à moyen terme, le Comité a connu une réorganisation dans sa dénomination, sa composition et son fonctionnement. Il devient alors Comité national de lutte contre le Sida et les MST (CNLS-SIDA/MST). Ses missions essentielles ont été d'élaborer et mettre en œuvre le programme national de lutte contre le SIDA et les MST et d'en assurer la coordination, le suivi et l'évaluation. Il était dirigé par un bureau composé d'un président (Ministre chargé de la santé), d'un 1^{er} vice président (Ministre chargé de la communication) et d'un 2^{ème} vice président (Ministre chargé de l'action sociale). Le nombre de sous-comités techniques est passé de six (6) à cinq (5) (le sous-comité suivi du programme a été supprimé).

Mais les résultats ont été modestes : diagnostics incomplets, transfusion sanguine non contrôlée, faible implication et manque de formation des agents sanitaires, absence d'accompagnement des associations, dépistage sérologique inexistant. Les raisons de ces résultats ont été imputées à la faible implication des politiques, à la défaillance des conseillers techniques dépassés par l'ampleur, à la nouveauté du problème et la mauvaise appréciation du rôle potentiel que pouvaient jouer les associations de la société civile [FONTENEAU, 2002].

3.1.2. Deuxième phase : 1996-2001

Elle a été caractérisée par un raffermissement de l'engagement politique, matériel et financier du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers. Ce qui a permis de renforcer l'organisation de la réponse au VIH au Burkina Faso à travers notamment le lancement du Projet population et lutte contre le SIDA (PPLS), la consolidation de la séro-surveillance de l'infection à VIH et la notification des cas de SIDA, la planification stratégique qui a débouché sur l'adoption d'une approche multisectorielle, l'accentuation des activités d'IEC en direction notamment des groupes vulnérables, la promotion d'une sexualité responsable et sans risque à travers les médias de masse, la mise à disposition et la promotion de l'utilisation des préservatifs, la prévention et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, la formation des agents de santé et des relais communautaires, l'amélioration de la sécurité des transfusions sanguines et la prise en charge psychologique, sociale, scolaire, alimentaire, juridique, économique et médicale des personnes infectées et affectées par le VIH. Les financements alloués à la lutte contre le sida sont passés de 10 millions de dollars (1987-1995) à 34 833 500 \$US (1996-2001) dont 2 706 000 \$US représentant la contribution de la partie nationale. Toutefois, malgré un effort financier certain, la politique [FONTENEAU, 2002] nationale s'est caractérisée par le manque d'actions concrètes et d'orientations précises. Aussi, le rattachement du Comité national de la lutte contre le SIDA et les IST, instance d'envergure gouvernementale, à la Présidence du Faso, allait-il définitivement consacrer un caractère hautement prioritaire à la réponse au VIH. Le comité devient alors un Conseil et depuis 2001, les interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont régies par des structures de coordination et d'exécution mises en place aux niveaux central, sectoriel, déconcentré et décentralisé.

3.1.3. Début de la troisième phase : 2001-2005

La troisième phase, amorcée en 2001, est caractérisée par un renforcement de la coordination des interventions des partenaires techniques et financiers et la formalisation de l'approche multisectorielle de la réponse au VIH. L'approche multisectorielle, engagée par le Gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers, répond à un besoin de faire de la lutte contre le VIH/Sida, une préoccupation commune à l'ensemble des composantes de la société : structures étatiques et privées, société civile, communautés coutumières et religieuses, associations, ONG, organisations à base communautaire.

L'exigence d'une telle démarche a conduit à l'adoption, le 30 mai 2001 en conseil des ministres, d'un Cadre stratégique de lutte contre le Sida (CSLS) pour une période de cinq (5) années (2001-2005). L'élaboration de ce document s'est inscrite en droite ligne de deux stratégies nationales :

- la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté dans lequel le Gouvernement, lors de sa révision en 2003, a inscrit la lutte contre le VIH/Sida comme un domaine prioritaire au même titre que la santé et la nutrition.
- la politique sanitaire nationale (PSN) adoptée par le Gouvernement en 2000 et qui sera suivie en 2001 du programme national de développement sanitaire nationale (PNDS).

Le CSLS 2001-2005 s'articulait autour de six objectifs regroupés en quatre axes stratégiques définis comme suit : (1) le renforcement des mesures de préventions de la transmission des IST et VIH ; (2) le renforcement de la surveillance de l'épidémie ; (3) l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ; (4) l'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national international et de la coordination multisectorielle. La mise en œuvre du CSLS a été assurée à travers une planification opérationnelle des activités, traduite annuellement dans un Plan national multisectoriel (PNM). Les PNM font individuellement l'objet d'un bilan annuel qui est soumis à la session ordinaire du CNLS-IST.

Dans le souci de prendre en compte le caractère multisectoriel de la lutte, cinq (5) secteurs de mise en œuvre ont été identifiés dans le cadre stratégique 2006 – 2010 avec des attributions spécifiques. Il s'agit : 1) du secteur ministériel comprenant d'une part le Ministère de la Santé et d'autre part les autres ministères et institutions ; 2) du secteur communautaire représenté par les associations, les ONG, les communautés coutumières et religieuses ; 3) du secteur privé (entreprises, sociétés) ; 4) du secteur décentralisé (provinces) ; 5) du secteur de la coordination nationale.

Dans cet effort de réorganisation de la lutte contre la pandémie du VIH/Sida, le Comité national de lutte contre le SIDA et les MST est remplacé par un Conseil national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST), présidé par le Président du Faso. Créé le 19 septembre 2001 par un décret pris en conseil des ministres, le CNLS-IST est l'organe supérieur de coordination du Programme national de lutte contre le

SIDA et les IST. Il est l'instance décisionnelle en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST à l'échelle nationale. Le conseil des ministres, à cette même séance du 19 septembre 2001, adoptait le décret portant attributions et organisation du Secrétariat permanent du CNLS-IST qui devient l'organe technique chargé de la coordination, de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des activités de lutte contre le SIDA et les IST. Il est composé de sept (7) départements au sein desquels doivent s'exécuter les programmes. Le 14 avril 2005, ce décret a été remplacé par le décret n°2005-228/PRES/PM/MS/MEDEV/MFB portant attributions et organisation du SP/CNLS-IST, intégrant une Unité de gestion financière.

Le budget du CSLS 2001-2005 corrigé s'élève à 70,65 milliards de F.CFA. Les actions de plaidoyer réalisées par le SP/CNLS-IST pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/Sida et les IST ont permis de disposer davantage de moyens financiers auprès des partenaires. L'engagement de ceux-ci s'est traduit par la mise en place de diverses initiatives, de projets et programmes et autres appuis institutionnels. Il a été enregistré sur la période un accroissement de 170% du nombre de partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST. Quant aux ressources mobilisées, elles sont passées de 3,6 milliards de francs CFA en 2001 à 14,8 milliards en 2003 pour atteindre 21,8 milliards en 2005. Le cumul des ressources se chiffre par contre en fin 2005 à 64,1 milliards de FCFA pour la période 2001-2005, ce qui représente un taux de mobilisation de 90,7%. Le taux d'absorption des fonds mobilisés est estimé à 83,92%.

Suite à la rédaction du bilan global de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, il se dégage une appréciation positive du fait de sa contribution à la baisse de la séroprévalence et à l'amélioration de la prise en charge des personnes infectées par le VIH ainsi que la pertinence de son contenu (cadre avec les objectifs mondiaux dans le domaine de la réponse contre les IST et le VIH/SIDA). Cependant, l'impact limité sur la prise en charge des PVVIH (notamment la décentralisation effective des soins), l'absence d'un plan de communication, la faible fonctionnalité de certaines structures mise en place (notamment les structures décentralisées de coordination de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA), la faible capitalisation et systématisation de la production de données factuelles sur la réponse nationale et l'absence de consensus sur les modalités d'allocation et de répartition des ressources financières ont constitué les éléments limitant le succès de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005. Une nouvelle stratégie sera adoptée après cette période.

3.2. Organisation actuelle de la réponse au VIH

3.2.1 Un cadre commun de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

La nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, résulte d'un long processus participatif partant de l'évaluation du précédent Cadre stratégique à la définition des orientations stratégiques pour la période 2006-2010. Il s'est agi de :

- la prise en compte des recommandations de l'évaluation à mi-parcours du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 (CSLS),
- la formulation de l'avant projet de Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 (CSLS) : cette étape de formulation de l'avant projet a consisté en la mise en place d'un groupe de travail pour l'élaboration du CSLS 2006-2010 composé de six comités techniques sectoriels et trois comités de rédaction, puis l'organisation de réunions et ateliers périodiques en vue d'assurer un meilleur cadrage des axes stratégiques et des secteurs d'intervention conformément aux besoins de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ainsi, les comités techniques sectoriels ont été mis en place respectivement pour le secteur ministériel santé, le secteur des ministères autres que celui de la santé, le secteur communautaire, le secteur privé, le secteur décentralisé et le secteur de la coordination nationale. Chaque comité technique sectoriel a travaillé avec l'appui des partenaires techniques et financiers et a pu ainsi orienter les actions prioritaires pour 2006-2010. L'organisation d'un atelier de consensus, du 12 au 13 avril 2005 a permis d'adopter les conclusions formulées par les travaux de réflexion et d'orientation. Les rapports des travaux des comités techniques sectoriels ont été soumis aux comités multisectoriels de rédaction qui devaient les consolider et proposer les premiers drafts du document de cadre stratégique. Les drafts successifs ont fait l'objet de restitutions d'étapes au groupe de travail composé des représentants du monde associatif et communautaire, des institutions et ministères, de la société civile, des organisations coutumières et religieuses et des partenaires techniques et financiers
- le processus de validation de l'avant projet du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, s'est déroulé ainsi qu'il suit :

- o l'organisation d'un atelier technique de restitution du document préliminaire afin de présenter les propositions et prendre en compte les ajustements nécessaires le 17 mai 2005 ;
- o l'organisation d'ateliers sectoriels de validation du CSLS 2006-2010 provisoires à l'attention des groupes d'acteurs sectoriels afin de recueillir les amendements et propositions d'amélioration du document de stratégie le 23 mai 2005 ;
- o l'organisation d'un atelier national de validation du CSLS 2006-2010 le 27 mai 2005 au cours duquel environ (200) personnes ont pris part, dont 15% pour la société civile, 8,5% pour les ministères et institutions, 28,5% pour les structures décentralisées, 14,5% pour les partenaires techniques et financiers et 33,5% pour les services centraux et secteur privé ;
- o l'organisation d'une session extraordinaire du CNLS-IST pour l'adoption du CSLS 2006-2010 le 30 juin 2005 qui a été présidée toute la journée par le Chef de l'Etat.

Le CSLS 2006-2010 a défini cinq (5) axes stratégiques qui constituent les grandes lignes d'orientations des interventions de la réponse nationale pour la période considérée au Burkina Faso. Ces axes identifiés sont (1) le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire, (2) le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH, (3) le renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques, (4) le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources et (5) le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et promotion de la recherche.

Le CSLS 2006-2010 s'intègre dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) et ses objectifs s'inscrivent dans la perspective des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et des objectifs du nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Il est harmonisé avec le cycle budgétaire du Gouvernement, d'autant plus qu'environ 80% des ressources allouées à la réponse au VIH sont inscrites dans le budget national, toutes sources confondues. Par ailleurs, le Programme national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 qui s'inscrit dans le CSLP constitue aussi un dispositif stratégique d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST (objectif intermédiaire 4).

Sur la base des recommandations du Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS-IST) formulées à la session extraordinaire relative à l'adoption du CSLS 2006-2010 tenue le 30 juin 2005, un plan d'opérationnalisation du CSLS 2006-2010 a été élaboré avec la participation de l'ensemble des acteurs sectoriels. Ce document a mis en évidence les actions prioritaires à développer par axe et par secteur, et présente une matrice de planification annuelle des actions prioritaires à mettre en œuvre, assortie des ressources à mobiliser pour le financement des actions.

Le CSLS 2006-2010 est chiffré et budgétisé et dont les ressources nécessaires pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST s'élèvent à 119 848 849 692 F.CFA. La répartition du budget par axe stratégique et par année est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau 10. Budget prévisionnel du CSLS 2006-2010 par secteur d'intervention

Secteur/sous secteur d'intervention	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Secteur des institutions et des ministères	6,708	7,737	8,692	9,413	10,375	42,928
Sous secteur santé	5,279	6,147	6,870	7,519	8,498	34,315
Sous secteur action sociale	0,652	0,729	0,780	0,760	0,679	3,602
Sous secteur inst&min autres que santé et action sociale	0,776	0,860	1,042	1,133	1,198	5,011
Secteur privé et entreprise	0,543	0,612	0,710	0,766	829	3,463
Secteur communautaire	7,035	7,861	8,697	9,238	9,557	42,390
Secteur des entités territoriales	4,636	5,048	4,723	5,023	5,211	24,644
Secteur de la coordination nationale	0,978	1,076	1,409	1,481	1,478	6,423
TOTAL GENERAL	19,902	22,336	24,233	25,923	27,453	119,849

Source : SP/CNLS-IST : Analyse de la gouvernance et VIH, mai 2008

La contribution des PTF à la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 a été matérialisée par la tenue de la table ronde des bailleurs de fonds le 03 juillet 2006. Lors de ces assises, les partenaires techniques et financiers ont annoncé chacun leur contribution pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010. Certains ont donné des indications sur la nature et les modalités de leurs interventions, les conditionnalités ainsi que les domaines concernés. D'autres ont pris l'engagement d'apporter des ressources supplémentaires pour soutenir le Gouvernement,

suivant les progrès réalisés. Ainsi, les financements acquis/annoncés se chiffraient à 89,8 milliards de FCFA à cette date.

Au 31 décembre 2007, la situation des annonces de contributions s'est située à 108,9 milliards de FCFA soit 90,89% du coût global du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Les différents partenaires techniques et financiers impliqués dans le financement n'ont pas de zone d'intervention spécifique, exception faite des coopérations techniques belge (CTB), allemande (GTZ), des Bas-Pays (AES/Burkina) et de la BAD à travers le Projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA (PALS/BAD) dont les zones d'intervention sont les suivantes :

- CTB : la région du plateau central avec trois provinces
- GTZ : les régions du Sud-Ouest et de l'Est
- PALS/BAD : les régions de la Boucle du Mouhoun, des Hauts-Bassins, du Sud-Ouest, du Centre Ouest
- AES : les provinces du Samnatenga, du Bam, du Zoundwéogo et celles des Balés.

3.2.2 Un organe commun de coordination de la réponse

Le dispositif mis en place pour la période 2006-2010 connaît une constante amélioration et une adaptation pour répondre aux besoins de l'approche multisectorielle et de la spécificité des acteurs et de certains secteurs. En effet, le Cadre stratégique de lutte contre le sida et les IST est passé de quatre (4) axes pour celle de 2001-2005 à cinq (5) axes pour l'actuel. On a noté également l'apparition d'un autre sous secteur qui est celui de l'action sociale dans le nouveau Cadre stratégique. En rappel, le Cadre stratégique 2006-2010 a été adopté le 27 juillet 2005 et s'accompagne pour la première fois d'un Plan opérationnel qui définit les actions prioritaires et constitue le référentiel pour l'élaboration des Plans nationaux multisectoriels dont la périodicité est annuelle. La structure centrale de coordination qui définit la politique et les orientations nationales pour la lutte contre les IST et le VIH/SIDA demeure le Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST) qui a également

connu un réaménagement en février 2007 et en décembre 2007 avec une augmentation du nombre de ses membres (de 69 à 146¹¹ et de 146 à 142¹²). Sa composition est la suivante :

- le Gouvernement avec 80 représentants, soit 56,34%, (9 représentants des Institutions, 58 représentants des Ministères et 13 représentants des Gouvernorats)
- les élus locaux (Maires et Présidents de Conseils régionaux) avec 18 représentants, soit 12,68%,
- la société civile, ONG, associations, communautés coutumières et religieuses, avec 24 représentants, soit 16,90%,
- le secteur privé avec 10 représentants, soit 7%,
- les partenaires techniques et financiers avec 10 représentants, soit 7%.

Les interventions en matière de lutte contre les IST et le VIH/SIDA sont mises en œuvre par des structures regroupées en trois (3) catégories que sont : (i) les structures centrales de coordination, (ii) les structures décentralisées de coordination et (iii) les structures d'exécution.

3.2.2.1. les structures centrales de coordination

Elles se composent du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST) et des structures de coordination des partenaires techniques et financiers.

• Le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST) : Il est l'organe technique chargé de la coordination, de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il est dirigé par un Secrétaire permanent. Le SP/CNLS-IST est créé par décret N°2007-079/PRES/PM/MS du 14 février 2007 portant modification du décret N° 2005-228/PRES .PM/MS/MEDEV/MFB du 14 avril 2005. Il comprend un Bureau du Secrétaire permanent, une Unité de gestion financière (UGF), une Unité centrale de planification et de suivi- évaluation (UC-PSE), un Département chargé de l'administration et des finances (DAF), un Département chargé de la communication et des relations publiques (DCRP), un Département chargé du secteur santé (DSS), un Département chargé des institutions, des ministères autres que le Ministère de

¹¹ Décret n°2007-078/PRES/PM/MS/MASSN portant modification du décret n°2001-510/PRES/PM/MS du 1^{er} octobre 2001 portant création, composition, attributions, fonctionnement du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST du 14 février 2007.

¹² Communiqué final de la septième session du CNLS-IST, 21 décembre 2007.

la Santé, et des entreprises (DME), un Département chargé des communautés coutumières et religieuses, des ONG et des OBC (DCCRO), un Département chargé des entités territoriales (DET) et un Département chargé de l'étude des dossiers soumis au Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA (DED-FSMOS). En outre, le SP/CNLS-IST comprend 13 antennes régionales dont deux sont actuellement fonctionnelles (Hauts Bassins et Boucle du Mouhoun). Il compte plus de 150 agents fonctionnaires et contractuels. Le SP/CNLS-IST fonctionne sur la base d'un plan d'action élaboré chaque année qui fait l'objet de signature d'un protocole de financement entre les bailleurs de fonds et le ministre d'Etat, Ministre de la Santé. Il existe un mécanisme interne de coordination (rencontres hebdomadaires, rencontres mensuelles).

- Les structures de coordination des partenaires techniques et financiers composées :
 - du Groupe technique de travail (GTT) : Ce cadre regroupe toutes les agences du système des Nations unies intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST,
 - du Groupe thématique ONUSIDA (GT/ONUSIDA) : Il regroupe les agences coparainnantes de l'ONUSIDA, du Groupe thématique ONUSIDA élargi (GTE) : Il regroupe les partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux autour de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ce cadre permet aux partenaires de coordonner leurs interventions relatives à la mobilisation des ressources et à l'harmonisation des appuis,
 - du groupe des Partenaires techniques et financiers (PTF-SIDA) : Ce groupe intègre les partenaires techniques et financiers bilatéraux, multilatéraux, les projets et programmes, les ONG internationales, les structures communautaires de coordination impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. La mise en place de ce cadre de concertation vise à favoriser la mobilisation des ressources et à examiner les stratégies de mise en œuvre des interventions du programme national multisectoriel.

3.2.2.2. les structures décentralisées de coordination

Outre la structure centrale, les structures décentralisées de coordination ont connu pour certaines une opérationnalisation et pour d'autres un renforcement par l'augmentation de leur nombre afin d'améliorer la couverture des entités territoriales. Ce sont :

- les Comités d'institutions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CILS) chargés de la coordination des actions de la lutte contre le VIH/SIDA au sein des Institutions. Ils sont au nombre de six (6) en 2006 ;
- les Comités ministériels de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CMLS) chargés de la coordination des actions de la lutte contre le VIH/SIDA au sein des départements ministériels. Ils sont au nombre de vingt neuf (29) en 2006 ;
- les Comités d'entreprises de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CELS) chargés de la coordination des actions de lutte contre le VIH/SIDA au sein du secteur privé et des entreprises. Ils sont au nombre de trente deux (32) en 2006 ;
- les Comités régionaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST qui jouent le rôle de relais du CNLS-IST au niveau régional, ils assurent la coordination des interventions des Comités provinciaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CPLS) et des structures régionales de lutte contre le Sida avec l'appui technique des antennes régionales du SP/CNLS-IST. Ils sont au nombre de treize (13) en 2007 suite au décret n° 2007-078/PRES/PM/MS/MASSN du 14 février 2007 portant modification du décret n°2001-510/PRES/PM/MS du 1^{er} octobre 2001 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Conseil national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles au Burkina Faso mais pas encore fonctionnels à cette période ;
- les Comités provinciaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CPLS) qui coordonnent les interventions en matière de lutte contre le VIH/SDIA et les IST dans les provinces. Ils sont au nombre des quarante cinq (45) provinces que compte le pays depuis 2006 ;
- les Comités communaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CCLS) qui sont des structures de coordination au niveau des communes. Ils sont au nombre de trois cent cinquante un (351) en 2007 suite à la prise du décret portant création du CNLS-IST, cité plus haut, mais pas encore fonctionnel à cette période.

Au niveau des structures communautaires, la dynamique s'est également poursuivie car il existe en constance une création de nouvelles associations, qui d'emblée inscrivent la lutte contre le VIH dans leurs priorités tandis que les autres, qui existent déjà, développent des interventions dans ce sens. Les structures de coordination communautaire sont :

- o les réseaux d'associations : REGIPIV-BF, RAJS, BURCASO, CIC/Doc, CAS/VIH, CALSI, AIDSETI, RALIS,

- o le Comité national catholique de lutte contre le SIDA (CNCLS),
- o le Comité d'associations islamiques de lutte contre le SIDA,
- o le Conseil des évangéliques pour lutter contre le SIDA et le Comité national coutumier et traditionnel de lutte contre le VIH/SIDA.

De plus, deux structures faîtières ont été mises en place ; il s'agit de la Coalition des réseaux et associations de lutte contre le VIH/sida du Burkina et la promotion de la santé (CORAB) et de l'Union des religieux et coutumiers du Burkina contre le Sida (URCB/Sida). Des initiatives sont en cours pour mettre en place une structure de coordination regroupant les ONG nationales et internationales impliquées dans la réponse au VIH. Il conviendrait de signaler également l'existence de 116 associations spécialisées dans la prise en charge et la promotion du conseil dépistage.

3.2.2.3. les structures d'exécution

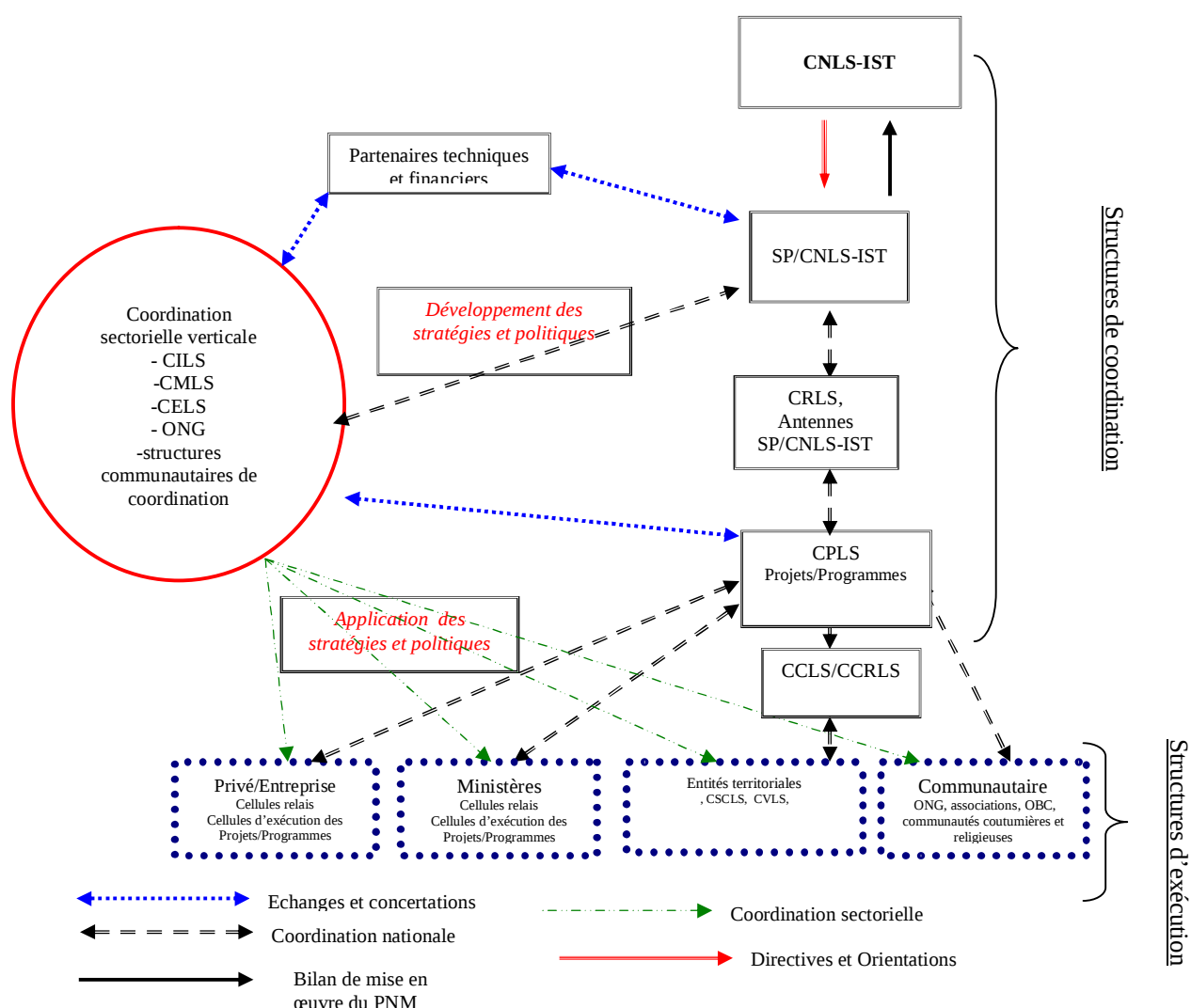
Au niveau des structures d'exécution, une forte dynamique a été observée au niveau des secteurs ministériels avec de plus en plus de ministères qui élaborent des plans d'actions après un processus d'analyse de la situation et de la réponse au VIH. Les structures d'exécution sont représentées par :

- celles du sous-secteur de la santé représentées par les Directions centrales du Ministère de la santé, les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et régionaux (CHR), les Directions régionales de la santé (DRS), les Districts sanitaires (DS), les structures sanitaires et pharmacies privées, les projets/programmes spécifiques, les CM, les CMA, les CSPS ;
- celles du sous-secteur de l'action sociale représentée par les Directions centrales du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, les Directions régionales et provinciales de l'action sociale et de la solidarité nationale ;
- celles du sous-secteur des institutions et des ministères autres que ceux de la santé et de l'action sociale représentées par les cellules relais;
- celles du secteur privé et des entreprises représentées par les cellules relais ;
- celles du secteur communautaire qui comprennent les associations/ ONG locales, les communautés coutumières, les communautés religieuses et les Organisations à Base Communautaire avec une couverture du territoire plus ou moins variable,

donnant par endroit des zones d'hyper concentration contrastant avec des zones peu ou prou couvertes ;

- celles du secteur des entités territoriales que sont les Comités villageois de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CVLS), les Comités des secteurs de commune de lutte contre le SIDA et les IST (CSCLS) et les Organisations à base communautaire (OBC) locales.

Figure 2. Organisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso



Source : SP/CNLS-IST/BF, Manuel de suivi évaluation, 2006

3.2.3. Un système commun de suivi et d'évaluation

Le pays dispose d'un organisme de coordination et d'opérationnalisation du suivi évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau national. Il s'agit du Secrétariat permanent du CNLS-IST à travers son Unité centrale de planification et de suivi évaluation. De plus, un Groupe technique de suivi évaluation, présidé par le Secrétaire permanent a été créé. Ce groupe connaît la participation des partenaires techniques et financiers clés (gouvernementaux, bilatéraux, multilatéraux, société civile). Cependant ce Groupe technique de travail sur le suivi évaluation, créé en 2005, n'a véritablement pas fonctionné, en dehors des rencontres hebdomadaires de l'Unité centrale de suivi évaluation et le partage de l'information et de la documentation aux autres membres du groupe technique de suivi évaluation. Aussi, il a été élaboré en 2005 un manuel de suivi évaluation, adopté par les principales parties prenantes. Ce manuel a été révisé en 2006 suite à l'adoption du nouveau cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010. Pour rendre opérationnel le manuel de suivi évaluation, des plans d'action annuels pour l'opérationnalisation du suivi évaluation ont été élaborés, mettant l'accent sur le renforcement des capacités des acteurs à la collecte, l'analyse et le traitement des données en vue de renseigner les indicateurs, ainsi que la promotion de la recherche.

L'élaboration de ce manuel de suivi- évaluation a adopté une démarche participative dans la perspective de définir un consensus sur le contenu du document et de favoriser son appropriation.

Il existe un flux d'informations utiles et actualisées entre les partenaires. La session annuelle du CNLS-IST, présidée par le Chef de l'Etat, offre un cadre approprié pour partager et discuter les données du suivi évaluation. Les rapports issus des réunions hebdomadaires du Secrétariat permanent du CNLS-IST sont disponibles au sein de l'Unité de suivi évaluation et permettent aux partenaires de suivre régulièrement l'évolution des activités de tous les secteurs. Le Comité technique de programmation et de suivi (CTPS), le Comité de pilotage du Fonds commun et les structures de coordination des Partenaires techniques et financiers (GT/ONUSIDA, GT, Groupe conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA...) permettent également la circulation des informations entre les acteurs de terrain et les partenaires techniques et financiers. Le niveau de fonctionnalité de certains de ces cadres reste cependant à améliorer dans le sens de la régularité de leur tenue et du suivi des recommandations.

3.3 Les grandes interventions de la réponse nationale au VIH

3.3.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire

La mise en œuvre des mesures de prévention de la transmission du VIH se fera à travers la prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC, la promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires, la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail, la prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion des préservatifs masculins et féminins, la promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques, la promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle, le renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/SIDA et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST, le renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires.

Dans le domaine de la prévention, plusieurs stratégies ont été développées et exécutées par les institutions nationales, les partenaires, les ONG, les associations/ OBC à travers la mise en œuvre d'actions spécifiques. Pour les cinq prochaines années, la principale priorité sera la valorisation des approches positives pour le changement de comportement.

Tableau 11. Feuille de route en matière de prévention

Domaines d'interventions prioritaires	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Communication pour le changement de comportement	Diffusion d'une stratégie nationale de CCC Production et diffusion de supports de CCC/SIDA/IST adaptés à chaque secteur d'activité Elaboration des modules de formation et des curricula de formation en CCC	Formation des acteurs de tous les secteurs Réalisation de campagnes de CCC Les modules de formation sont intégrés dans les programmes d'enseignement de l'ensemble des écoles professionnelles	Réalisation de campagnes de CCC Recycler les acteurs de tous les secteurs Les curricula sont enseignés dans 5400 écoles (primaires, secondaires et supérieures)	Réalisation de campagnes de CCC Les curricula sont enseignés dans 6247 écoles (primaires, secondaires et supérieures)	Réalisation de campagnes de CCC Les curricula sont enseignés dans 7185 écoles (primaires, secondaires et supérieures)
La prévention de la transmission mère - enfant	37 districts sanitaires ont mis en place un site PTME dans 264 CSPS Il est mis en place une politique de substitution du lait maternel aux femmes éligibles	42 districts sanitaires ont mis en place un site PTME dans 780 CSPS	48 districts sanitaires ont mis en place un site PTME dans 913 CSPS	53 districts sanitaires ont mis en place un site PTME dans 1061 CSPS	55 districts sanitaires ont mis en place un site PTME dans 1226 CSPS
Sécurité transfusionnelle	Une stratégie de suivi de la mise en œuvre des directives en matière de transfusion sanguine est appliquée pour l'ensemble des CHR et CMA	Chaque CHR et CMA a identifié de manière explicite son circuit d'approvisionnement en produits sanguins			
Utilisation du condom féminin et masculin	L'ensemble des membres de cellules relais et des acteurs communautaires disposent d'une capacité pour l'utilisation et la négociation du port de condom	Des campagnes de sensibilisation sont effectives dans l'ensemble des secteurs	Des campagnes de sensibilisation sont effectives dans l'ensemble des secteurs	Des campagnes de sensibilisation sont effectives dans l'ensemble des secteurs	Des campagnes de sensibilisation sont effectives dans l'ensemble des secteurs
Conseil et dépistage volontaire	Chaque CHR et CMA a défini une stratégie explicite d'approvisionnement en réactifs Le dépistage est intégré dans le PMA de 284 formations sanitaires	Le dépistage est intégré dans le PMA de 837 formations sanitaires	Le dépistage est intégré dans le PMA de 977 formations sanitaires	Le dépistage est intégré dans le PMA de 977 formations sanitaires	Le dépistage est intégré dans le PMA de 1305 formations sanitaires

Source : SP/CNLS-IST/BF : document de base pour la consultation nationale de l'accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le sida, janvier 2006

3.3.2. Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des personnes vivant avec le VIH

Au titre du traitement, il s'agira de développer les services sanitaires de base au niveau communautaire, de renforcer l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, de renforcer les compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/SIDA, de renforcer la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO), de développer les services de traitement ambulatoire et des soins à domicile, de développer la prise en charge nutritionnelle, de renforcer les services biologiques, médico-techniques et cliniques, de renforcer l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées, de renforcer le système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements et d'organiser l'aide à l'observance au traitement.

Tableau 12. Feuille de route en matière de traitement

Domaines d'interventions prioritaires	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement des compétences et capacités nationales pour la prise en charge médicale y compris par les ARV	- Les modules de formation existants sont adaptés à la politique nationale de prise en charge - Des guides et des stratégies de prise en charge sont diffusés à tous les niveaux de prise en charge - Il est défini au plan national une politique d'approvisionnement et de gestion des équipements, réactifs et consommables de labo - Le processus d'accréditation des structures communautaires est maîtrisé par les différents acteurs	- Chaque CHR et CMA dispose d'un personnel minimum pour assurer la prise en charge intégrée - Chaque CHR /CHN et CMA dispose d'une stratégie de renforcement de son plateau technique adapté à la prise en charge intégrée - Chaque direction régionale de la santé a défini une stratégie d'extension de la prise en charge intégrée dans les services publics - Chaque direction régionale de la santé a défini une stratégie d'accréditation des structures communautaires pour la prise en charge	Chaque direction régionale de la santé a défini une stratégie de supervision de la prise en charge intégrée	- Chaque district a défini une stratégie de supervision de la prise en charge intégrée - Chaque DRS évalue ses capacités à atteindre les objectifs en 2010	Chaque district a défini une stratégie de supervision de la prise en charge intégrée
Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées	Il est défini au plan national un circuit de distribution ainsi que des procédures de gestion et de dispensation des ARV. 30 formations sanitaires publiques de même que les structures accréditées ont adapté de manière explicite sa stratégie d'approvisionnement en ARV sur la base de la politique nationale Il est mis en place un observatoire national de surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH 3 régions disposent de structures communautaires accréditées à la PEC médicale	- 44 formations sanitaires publiques de même que les structures accréditées ont adapté de manière explicite sa stratégie d'approvisionnement en ARV sur la base de la politique nationale - 6 régions disposent de structures communautaires accréditées à la PEC médicale	- 59 formations sanitaires publiques de même que les structures accréditées ont adapté de manière explicite sa stratégie d'approvisionnement en ARV sur la base de la politique nationale - 9 régions disposent de structures communautaires accréditées à la PEC médicale	- 74 formations sanitaires publiques de même que les structures accréditées ont adapté de manière explicite sa stratégie d'approvisionnement en ARV sur la base de la politique nationale - 13 régions disposent de structures communautaires accréditées à la PEC médicale	- 102 formations sanitaires publiques de même que les structures accréditées ont adapté de manière explicite sa stratégie d'approvisionnement en ARV sur la base de la politique nationale - 13 régions disposent de structures communautaires accréditées à la PEC médicale
Organisation de l'observance du traitement	Il est défini un mécanisme de capitalisation et de diffusion des meilleures pratiques	44 institutions de soins impliquées dans la prise en charge par les ARV, mettent en place des clubs d'observance fonctionnels	59 institutions de soins impliquées dans la prise en charge par les ARV, mettent en place des clubs d'observance fonctionnels	74 institutions de soins impliquées dans la prise en charge par les ARV, mettent en place des clubs d'observance fonctionnels	102 institutions de soins impliquées dans la prise en charge par les ARV, mettent en place des clubs d'observance fonctionnels

Source : SP/CNLS-IST/BF : document de base pour la consultation nationale de l'accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le sida, janvier 2006

3.3.3. Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques

La mise en œuvre des actions de renforcement de la protection des personnes vivant avec le VIH se fera à travers le renforcement de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire, le renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques, la promotion des activités génératrices de revenus et le renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.

Tableau 13 : Feuille de route en matière de prise en charge

Domaine d'intervention prioritaire	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et personnes affectées dans les formations sanitaires, les centres de traitement ambulatoire et par les organisations à base communautaire	Un plan d'action national de prise en charge psychosociale, économique et spirituelle est mis à la disposition des différents acteurs Un plan spécifique pour la prise en charge des groupes vulnérables et spécifiques est mis en place	44 formations sanitaires ont un dispositif de suivi psychosocial fonctionnel 19 services techniques de l'action sociale ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel 431 structures associatives de PEC ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel	59 formations sanitaires ont un dispositif de suivi psychosocial fonctionnel 25 services techniques de l'action sociale ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel 558 structures associatives de PEC ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel	74 formations sanitaires ont un dispositif de suivi psychosocial fonctionnel 30 services techniques de l'action sociale ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel 684 structures associatives de PEC ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel	102 formations sanitaires ont un dispositif de suivi psychosocial fonctionnel 41 services techniques de l'action sociale ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel 911 structures associatives de PEC ont un dispositif de suivi psychosocial et économique fonctionnel

Source : SP/CNLS-IST/BF : document de base pour la consultation nationale de l'accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le sida, janvier 2006

3.3.4. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources ainsi que le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et promotion de la recherche

Les actions en matière de coordination devront s'articuler autour du plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux, du renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, du renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, du renforcement de la coopération régionale et internationale, du renforcement et capitalisation du partenariat national, du renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Aussi, en matière de surveillance de l'épidémie et du suivi évaluation, les actions porteront sur l'amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST, le renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques, l'organisation de la surveillance des IST, l'organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, la documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, la réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts et le développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Tableau 14 : Feuille de route en matière d'appui

Domaine d'intervention prioritaire	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Coordination et de mobilisation des ressources financières					
Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers, nationaux et internationaux	Il est défini et mis en œuvre un plan national de sensibilisation et d'information des partenaires techniques et financiers, nationaux et internationaux Elaboration et mise en place d'un système harmonisé de gestion des financements	9% des projet et programmes de développement ont défini des stratégies d'intégration ou de renforcement de la composante VIH/SIDA 90% des partenaires financiers nationaux établissent un plan de contribution financière à la lutte contre le SIDA 90% des partenaires financiers nationaux financent les aspects décentralisés de la lutte contre le SIDA	13% des projet et programmes de développement ont défini des stratégies d'intégration ou de renforcement de la composante VIH/SIDA 95% des partenaires financiers nationaux établissent un plan de contribution financière à la lutte contre le SIDA 95% des partenaires financiers nationaux financent les aspects décentralisés de la lutte contre le SIDA	17% des projet et programmes de développement ont défini des stratégies d'intégration ou de renforcement de la composante VIH/SIDA 100% des partenaires financiers nationaux établissent un plan de contribution financière à la lutte contre le SIDA 100% des partenaires financiers nationaux financent les aspects décentralisés de la lutte contre le SIDA	21% des projet et programmes de développement ont défini des stratégies d'intégration ou de renforcement de la composante VIH/SIDA 100% des partenaires financiers nationaux établissent un plan de contribution financière à la lutte contre le SIDA 100% des partenaires financiers nationaux financent les aspects décentralisés de la lutte contre le SIDA
Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA	Chaque structure impliquée dans la lutte contre le VIH/SIDA a défini un plan de renforcement institutionnel (formation, équipements, ressources humaines) Un mécanisme de suivi évaluation fonctionnel est mis en place et fonctionnel 399 structures bénéficient d'un renforcement institutionnel ;	499 structures bénéficient d'un renforcement institutionnel	665 structures bénéficient d'un renforcement institutionnel	665 structures bénéficient d'un renforcement institutionnel	665 structures bénéficient d'un renforcement institutionnel

Domaine d'intervention prioritaire	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et des partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA	Il est établi un chronogramme annuel de concertation des différents acteurs aux différents niveaux de la lutte (national, régional, provincial) Un plan de renforcement du SP /CNLS est établi avec un échéancier 8 antennes régionales du SP/CNLS sont mises en place	Il est établi un chronogramme annuel de concertation des différents acteurs aux différents niveaux de la lutte (national, régional, provincial) 5 antennes régionales du SP/CNLS sont mises en place	Il est établi un chronogramme annuel de concertation des différents acteurs aux différents niveaux de la lutte (national, régional, provincial) 13 antennes régionales du SP/CNLS sont fonctionnelles	Il est établi un chronogramme annuel de concertation des différents acteurs aux différents niveaux de la lutte (national, régional, provincial) 13 antennes régionales du SP/CNLS sont fonctionnelles	Il est établi un chronogramme annuel de concertation des différents acteurs aux différents niveaux de la lutte (national, régional, provincial) 13 antennes régionales du SP/CNLS sont fonctionnelles

Domaine d'intervention prioritaire	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Développement des ressources et des infrastructures					
Dans le domaine de la santé	- construire 1 CSPS dans un rayon de 10 km dans les zones à faible densité démographique et étendue - construire un CSPS pour 10000 habitants dans les zones à forte densité (zone urbaine) - Formation de 30 médecins - Formation de 800 infirmiers - Formation de 15 pharmaciens - Transformation 9 dispensaires isolés en CSPS - Transformation 2 maternités isolées en CSPS - Construire 5 dépôts MEG - Construire 1 hôpital - Renforcer les différents niveaux du système de santé en fonction de leurs besoins spécifiques	- Construire 1 CSPS dans un rayon de 10 km dans les zones à faible densité démographique et étendue - Construire un CSPS pour 10000 habitants dans les zones à forte densité (zone urbaine) - Formation de 30 médecins - Formation de 800 infirmiers - Formation de 15 pharmaciens - Transformation 8 dispensaires isolés en CSPS - Transformation de 2 maternités isolées en CSPS - Construire 8 dépôts MEG - construire 2 hôpitaux - renforcer les différents niveaux du système de santé en fonction de leurs besoins spécifiques	- construire 1 CSPS dans un rayon de 10 km dans les zones à faible densité démographique et étendue -construire un CSPS pour 10000 habitants dans les zones à forte densité (zone urbaine) - Formation de 30 médecins - Formation de 800 infirmiers -Formation de 15 pharmaciens - Transformation de 7 dispensaires isolés en CSPS - Transformation de 1 maternité isolée en CSPS - Construire 13 dépôts MEG - construire 1 hôpital - renforcer les différents niveaux du système de santé en fonction de leurs besoins spécifiques	- -construire 1 CSPS dans un rayon de 10 km dans les zones à faible densité démographique et étendue -construire un CSPS pour 10000 habitants dans les zones à forte densité (zone urbaine) - Formation de 30 médecins - Formation de 800 infirmiers -Formation de 15 pharmaciens - Transformation 6 dispensaires isolés en CSPS - Transformation de 1 maternité isolée en CSPS - Construire 17 dépôts MEG - renforcer les différents niveaux du système de santé en fonction de leurs besoins spécifiques	- -construire 1 CSPS dans un rayon de 10 km dans les zones à faible densité démographique et étendue -construire un CSPS pour 10000 habitants dans les zones à forte densité (zone urbaine) - Formation de 30 médecins - Formation de 800 infirmiers -Formation de 15 pharmaciens - Transformation de 4 dispensaires isolés en CSPS - Transformation de 1 maternité isolée en CSPS - Construire 25 dépôts MEG - construire 1 hôpital - renforcer les différents niveaux du système de santé en fonction de leurs besoins spécifiques

Domaine d'intervention prioritaire	Interventions clés				
	2006	2007	2008	2009	2010
Développement des ressources et des infrastructures					
Dans le domaine de l'éducation	- Construction de 264 écoles primaires et 88 écoles secondaires - Réhabilitation de 113 écoles primaires et 38 écoles secondaires	- Construction de 282 écoles primaires et 94 écoles secondaires - Réhabilitation de 121 écoles primaires et 40 écoles secondaires	- Construction de 301 écoles primaires et 100 écoles secondaires - Réhabilitation de 129 écoles primaires et 43 écoles secondaires	- Construction de 321 écoles primaires et 107 écoles secondaires - Réhabilitation de 138 écoles primaires et 46 écoles secondaires	- Construction de 343 écoles primaires et 114 écoles secondaires - Réhabilitation de 147 écoles primaires et 49 écoles secondaires
Dans le domaine de l'action sociale	- Formation de 160 agents sociaux - Mettre à la disposition des régions 13 psychologues - Mettre en place des comités de prise en charge des OEV en raison de 13 pour le niveau régional et 45 au niveau provincial	- Formation de 160 agents sociaux - Rendre fonctionnels les comités de prise en charge des OEV en raison de 13 pour le niveau régional et 45 au niveau provincial	- Formation de 160 agents sociaux - Rendre fonctionnels les comités de prise en charge des OEV en raison de 13 pour le niveau régional et 45 au niveau provincial	- Formation de 160 agents sociaux - Rendre fonctionnels les comités de prise en charge des OEV en raison de 13 pour le niveau régional et 45 au niveau provincial	- Formation de 160 agents sociaux - Rendre fonctionnels les comités de prise en charge des OEV en raison de 13 pour le niveau régional et 45 au niveau provincial

Source : SP/CNLS-IST/BF : document de base pour la consultation nationale de l'accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le sida, janvier 2006

Quelles que soient les sources, les données sont concordantes sur l'état de l'épidémie au Burkina Faso : le pays est en situation d'épidémie généralisée (séroprévalence régulièrement supérieure à 1%). Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le rôle de leadership du Burkina Faso dans la sous-région ont fortement contribué à un afflux massif des financements à partir de 2001 pour ensuite régresser entre 2005 et 2006. En effet, il est constaté une régression des capacités de mobilisation des ressources financières de l'ordre de 15 points (115,1% en 2006 contre 131,3% en 2005) [ONUSIDA, 2007 a].

Néanmoins, depuis la déclaration officielle des premiers cas de VIH/SIDA, et surtout à partir de la décennie 2000, de nombreux acteurs, sous la coordination du SP/CNLS-IST, se sont investis pour faire de la lutte contre la pandémie, une réalité au Burkina Faso. L'aspect médical de la prise en charge du VIH/SIDA a été couplé avec des actions communautaires d'envergure. Les acteurs sur le terrain se sont diversifiés et la couverture géographique des actions a été étendue à tout le pays.

Photo 1 : Le SP/CNLS-IST



Copyright SP/CNLS-IST, 2007

Une vue du siège du Secrétariat Permanent du Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles

CONCLUSION PARTIELLE

Au regard des données validées par les institutions telles que ONUSIDA ou OMS et qui sont périodiquement diffusées, le Burkina Faso a connu pendant de longues années, une épidémie à VIH généralisée, c'est-à-dire marquée par des prévalence régulièrement supérieures à 1%. Il a fallu attendre la décennie 2000 et la mise en œuvre d'une riposte d'envergure au niveau national, à travers l'approche multisectorielle et un engagement au plus haut niveau de l'Etat, pour noter une inflexion significative de la prévalence. Ainsi, de 7,17% en 1997, la prévalence moyenne a connu une baisse régulière jusqu'en 2003 ; elle se stabilise par la suite (à partir de 2005) et pour 2007, la prévalence du VIH au Burkina Faso est de 1,6%.

Toutefois, « l'arbre ne doit pas cacher la forêt », car cette baisse notable de la prévalence s'accompagne d'un nombre toujours élevé de personnes vivant avec le VIH et traduit une mortalité due au sida en hausse. Cette situation pourrait être le reflet d'une situation peu reluisante de la prise en charge thérapeutique, dont l'accessibilité aux thérapies antiretrovirale reste limitée à un grand nombre de personnes vivant avec le VIH. Ces limites sont les résultantes d'une offre nationale de soins et de traitements dont les logiques de répartition, suivent le modèle de la décentralisation administrative. L'implication des organisations communautaires et associatives de base a permis de rendre disponibles les soins et traitements aux plus indigents, à travers une prise en charge globale, allant au-delà de l'aspect médical.

De plus, par rapport à la prise en charge thérapeutique du sida, la mise en œuvre de plusieurs initiatives et aides au traitement a contribué à insuffler au système de santé en général et à l'offre de soins en particulier, un dynamisme, un nouveau départ dont les retombées positives ont profité à toute l'organisation du système de soins au Burkina Faso.



DEUXIÈME PARTIE

L'offre nationale de soins Liés à L'infection à VIH

CHAPITRE 4 : LE SYSTEME DE SANTE ET L'OFFRE NATIONALE DE SOINS

Le système de santé du Burkina Faso est de type pyramidal avec une offre publique de soins à plateau technique variable suivant le niveau et un sous secteur sanitaire privé, faiblement développé, évoluant aux cotés d'une offre publique de soins qui se densifie au fil des années pour répondre aux besoins.

L'initiative de Bamako (IB), les réformes macroéconomiques et les grandes réformes ont largement contribué à modifier le système de santé et l'offre de soins. La description du système de santé porte sur trois aspects : les réformes intervenues, la politique sanitaire et son évolution dans le temps et enfin l'organisation du système de soins.

4.1 Les principales réformes du système de santé

Une réforme peut être définie comme un changement approprié et durable afin d'améliorer l'efficience, l'équité et l'efficacité du secteur de la santé [Berman'1995]. Les réformes du système de santé sont intervenues dans un contexte national marqué par une rareté structurelle de ressources et par une paupérisation grandissante des populations. Le processus de décentralisation du secteur de la santé évolue dans le même sens que celui de la décentralisation administrative. De plus, ces réformes s'organisent alors que chacun s'interroge sur la baisse continue de l'utilisation des services de santé par les populations.

A partir de 1990, le système de santé a connu de nouvelles réformes avec des options précises en matière de décentralisation afin d'assurer une plus grande implication des communautés. La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a entraîné: i) l'application du recouvrement des coûts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ii) un effort de rationalisation des soins au niveau des centres de santé et, iii) une plus grande implication des communautés dans la gestion des soins, à travers les comités de gestion des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les conseils de santé des districts. L'initiative de Bamako, n'ayant pas été accompagnée de mesures adéquates pour la prise en charge des indigents ni de systèmes de partages des risques, s'est souvent traduite par une réduction de l'accessibilité financière.

Pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public et à la faveur de la politique de médicaments essentiels adoptée par le gouvernement, une Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG) a été mise en place en 1993.

Malgré les réformes entreprises, les résultats globaux du système de santé burkinabé demeurent modestes : 159ème dans le classement de l'OMS¹³. C'est pourquoi, suite aux états généraux de la santé (1999), une Politique sanitaire nationale (PSN) a été adoptée en 2000 et un Plan national de développement sanitaire (PNDS) en 2001. Le but de la PSN est de contribuer au bien-être des populations sur la base des principes de la santé pour tous.

C'est à partir des années quatre-vingt dix que les réformes, initiées depuis 1978, ont connu un renforcement autour des domaines institutionnels des soins de santé et de la pharmacie. Les principales réformes portent sur i) la mise en place d'un système de santé de district, ii) la réforme du secteur hospitalier, iii) la libéralisation du système, et iv) la politique d'approvisionnement en médicaments essentiels.

4.1.1. Le système de santé de district

Depuis 1992, le Burkina Faso a décidé de la mise en place de 53 districts sanitaires puis 63 en 2007, mettant ainsi en œuvre les recommandations de la conférence de Harare en 1987. La création des districts s'est basée sur trois types de critères relativement classiques: couverture d'une population comprise entre 150 000 et 200 000 habitants, existence d'un réseau de CSPS aux rayons d'action compris entre 10 et 12 km, une capacité d'appui administratif et communautaire dans la gestion et l'assurance de la qualité des services.

Outre les aspects de décentralisation et de participation communautaire qui se dégagent des critères ci-dessus décrits, le système de santé du district se fonde sur le principe de l'autonomie de gestion avec recouvrement des coûts. La mise en place des districts sanitaires a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation. Une réelle harmonie entre la décentralisation sanitaire et la décentralisation administrative reste à assurer afin qu'une collaboration intersectorielle et une active participation de la société civile soient effectives.

¹³ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2000 (Annexe tableau 9)
*Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH et territorialités,
exemple du Burkina Faso*

Le processus de décentralisation date en fait de l'adoption des soins de santé primaire (SSP) en 1978. La décentralisation n'est toutefois devenue effective qu'à travers la relance des SSP en 1992 par l'intermédiaire de l'adoption de l'Initiative de Bamako [Ministère de la santé'1992]. Le processus et les éléments de cette décentralisation sont les suivants :

- la mise en place d'infrastructures adéquates comprenant : un hôpital de district, un réseau de CSPS, un service de laboratoire, un équipement technique approprié au niveau de l'hôpital et des CSPS. La mise en place d'un dépôt pharmaceutique disposant de Médicaments essentiels sous leurs noms génériques (MEG) ;
- le renforcement des compétences techniques des structures périphériques du système de santé ;
- l'autonomie de gestion des formations sanitaires et du district en tant qu'entité décentralisée du système de santé. Le district ainsi que chaque formation sanitaire (CSPS, CMA, CHR, CHN) gère, chaque entité en ce qui la concerne, les ressources financières provenant de la tarification des prestations et de la vente des MEG ;
- l'appui technique conséquent à travers les 11 régions sanitaires mises en place en 1996.

Le processus de décentralisation a connu une accélération au cours de la période 1992-1999 grâce à la formation du personnel, la construction et l'équipement des structures sanitaires de premier niveau et de référence et surtout, à l'allocation effective de ressources financières aux districts sanitaires par certains partenaires extérieurs (Coopérations néerlandaise, française, allemande...). La politique de développement humain durable a reconnu la nécessité d'une décentralisation en prônant « une véritable décentralisation des formations sanitaires permettant de garantir la participation des populations et la responsabilisation des collectivités locales » [MEF/BF'1995].

Pour concrétiser son engagement, l'État alloue depuis 1998 des ressources financières aux districts sanitaires. Divers textes législatifs et réglementaires ont été produits pour faciliter la mise en œuvre du processus. Ces textes portent sur le fonctionnement du district sanitaire, celui de formations sanitaires et les structures et procédures de gestion. Par ailleurs, les collectivités locales (provinces et communes) peuvent créer ou acquérir « des établissements dans le domaine de la santé » [BF'1998] ou encore construire et gérer des CSPS.

Le recouvrement des coûts par un système de vente des médicaments essentiels et de tarification des actes est en lien avec l'autonomie de gestion accordée désormais aux formations sanitaires. A la suite d'un processus de sensibilisation de la population de l'aire de santé, chaque formation sanitaire met en place un comité de gestion de six à sept membres. La population est majoritaire au sein de ce comité et le personnel de santé de la formation sanitaire y joue un rôle de conseil technique.

4.1.2. La réforme hospitalière

Malgré l'importance des ressources utilisées, la qualité des prestations de soins en milieu hospitalier demeure faible. Voilà pourquoi, la réforme hospitalière a été mise en œuvre. La réforme hospitalière, engagée en 1997, avait pour objectif d'améliorer la performance des hôpitaux nationaux (universitaires) et régionaux. La loi hospitalière n°035-2002/AN du 26 novembre 2002 leur conférait l'autonomie financière et administrative en les régissant en Établissements publics de santé.

Il s'agissait de trouver une solution à l'inadéquation de l'architecture des bâtiments, à l'absence de normes concernant le personnel, les équipements et les soins, à la faiblesse des plateaux techniques et à l'inexistence d'un statut du personnel hospitalo-universitaire.

Les actions mises en place portaient sur : (1) l'amélioration du plateau technique, (2) le renforcement du nombre des agents et de leurs compétences, (3) l'organisation des soins, (4) l'amélioration de la qualité des prestations (accueil, propreté etc.).

La redéfinition du rôle des services de soins de base a nécessité, en outre, la révision de celui de l'hôpital. Théoriquement, l'hôpital continue de participer à l'offre des soins de santé primaire, mais en réalité les prestations hospitalières sont concentrées sur les cas graves référés des autres structures. Le volet suivi et supervision des autres structures de niveau inférieur est quasiment oublié surtout dans les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux universitaires. Par ailleurs on a accordé une importance particulière à l'autonomie de gestion des structures.

4.1.3. Libéralisation du système sanitaire

La libéralisation du secteur sanitaire a connu un essor important à partir des années 1990. Le nombre de certaines infrastructures privées comme, par exemple, les officines et dépôts pharmaceutiques, les laboratoires et les cliniques de soins a presque triplé (entre 1980 et 1999). Cet accroissement concerne surtout les zones urbaines comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, qui regroupent près de 75% de l'ensemble des infrastructures de soins du secteur privé, contre 25% pour les autres centres urbains et semi urbains [MS/BF, 2007].

En plus de l'accroissement en nombre des infrastructures, le personnel de santé développe de plus en plus différentes formes de prestations privées de soins. Il s'agit par exemple de la combinaison de la pratique dans le secteur privé et dans le secteur public sous la forme de travail à temps partiel dans le privé.

Ce développement du secteur privé s'est réalisé sans aucun contrôle du Gouvernement. Son essor considérable ces dernières années provient très certainement du fait de la piètre qualité des soins offerts dans le secteur public, de l'introduction de la tarification des actes et de la vente des médicaments dans ce même secteur et enfin, de l'extension de la pratique privée des agents de l'État.

4.1.4. La réforme du secteur pharmaceutique

L'ensemble du secteur a été longtemps dominé par le secteur public pharmaceutique créant ainsi, jusqu'aux années 90, un quasi-monopole des grossistes publics. Les mesures de privatisation partielles de la Société nationale d'approvisionnement pharmaceutique (SONAPHARM) en 1993 ont contribué à inverser la tendance. De plus, la mise en place de la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG) en 1992 et l'adoption de la politique des médicaments essentiels par le gouvernement en 1994, ont permis de renforcer le secteur public.

La réforme pharmaceutique a touché à beaucoup de domaines. Parmi les plus importants on peut citer la législation et la réglementation pharmaceutique, l'approvisionnement et l'assurance de la qualité des médicaments.

Ces différentes réformes sous-tendent la politique sanitaire du pays.

4.2 La politique sanitaire

L'évolution de la politique sanitaire du pays a été marquée par trois grandes périodes : de l'époque coloniale aux années 1980 ; de 1980 à 1992 et, enfin, de 1992 à nos jours. Une seule et même volonté caractérisait les différentes périodes : réduire les inégalités de santé sur le territoire national.

De la période coloniale aux années 1980 : le premier « Plan-Cadre » voit le jour en 1960 ; il organise les grandes lignes de la politique sanitaire [Meunier'1999]. Cette période est caractérisée par la détermination des pouvoirs publics à lutter contre les grandes maladies endémiques comme la variole, la lèpre, l'onchocercose, la trypanosomiose et les maladies à potentiel épidémique tels le choléra, la méningite, la fièvre jaune, etc. [Ministère de la santé publique'1971]. Cette politique sanitaire se fonde sur la promotion de mesures préventives et promotionnelles. La spécificité de cette politique réside dans le fait qu'elle fait porter la responsabilité des états de santé par l'État et ses démembrements (les collectivités locales, les mairies et autres entités administratives définies). La politique sanitaire repose sur des structures publiques de soins. Les services sont, de surcroît, fournis « gratuitement » à la population.

La période qui va de 1980 à 1992 est marquée par une politique basée sur les soins de santé primaires. Cette politique sanitaire met l'accent, tout en réduisant les coûts d'accès aux soins, sur le rapprochement de l'offre de services de santé des populations rurales. De nombreux investissements ont été réalisés afin d'étendre les services sanitaires curatifs et préventifs jusqu'au niveau des villages. La priorité a été donnée à la réduction des inégalités géographiques et sociales en matière de santé : entre populations urbaines et populations rurales, entre « riches » et « pauvres », entre hommes et femmes.

Les maladies parasitaires comme le paludisme, les maladies diarrhéiques, les plaies et traumatismes courants, les accouchements et les évacuations sanitaires étaient également parties prenantes des politiques sanitaires. Cette époque a connu le début de nouvelles prestations comme la planification familiale notamment à partir de 1984 alors qu'elle était jusque là interdite par une loi coloniale de 1920. C'est également au cours de cette période qu'un programme élargi de vaccination a été mis en place. Il en est de même de l'effort de collaboration entre médecine moderne et traditionnelle, officiellement affirmée par les décideurs au niveau national, régional et périphérique. On note également au cours de cette

période une prise de conscience élevée de la population et des divers membres de la communauté sur les problèmes de santé. En effet les grandes campagnes sanitaires de cette époque comme la « vaccination commando », le programme « un village = un poste de santé primaire¹⁴ » ont été rendues possibles par la mobilisation d'importantes ressources des partenaires nationaux et internationaux, des divers secteurs et celles de la communauté. Cependant, aucune évaluation précise n'a encore été faite de ces campagnes très ciblées.

Depuis 1992, la politique sanitaire se caractérise par une volonté réaffirmée de rendre le soin accessible à toute la population, riche comme pauvre, en milieu urbain et rural. Cela s'est notamment concrétisé par l'adhésion à la politique de l'Initiative de Bamako qui fut conçue comme une politique « de renforcement des soins de santé primaires », selon le titre du document de référence du ministère de la santé » [Ministère de la santé'1992]. Le concept de santé maternelle et infantile fait place à celui de santé reproductive dont le contenu est beaucoup plus large.

Les innovations sont plus à rechercher dans les aspects organisationnels que dans le contenu et la nature des soins à offrir. C'est à cette période que commence la mise en place des districts sanitaires, la promotion de points de vente de médicaments essentiels au sein des structures sanitaires, la réforme hospitalière et la collaboration avec la médecine traditionnelle. Les priorités d'interventions restent toutefois la lutte contre les endémo-épidémies avec une place de plus en plus grande accordée aux problèmes en émergence tels le VIH/sida ou la persistance de pratiques néfastes comme l'excision.

4.3 L'organisation du système sanitaire

L'organisation du système public de santé s'articule autour de trois niveaux.

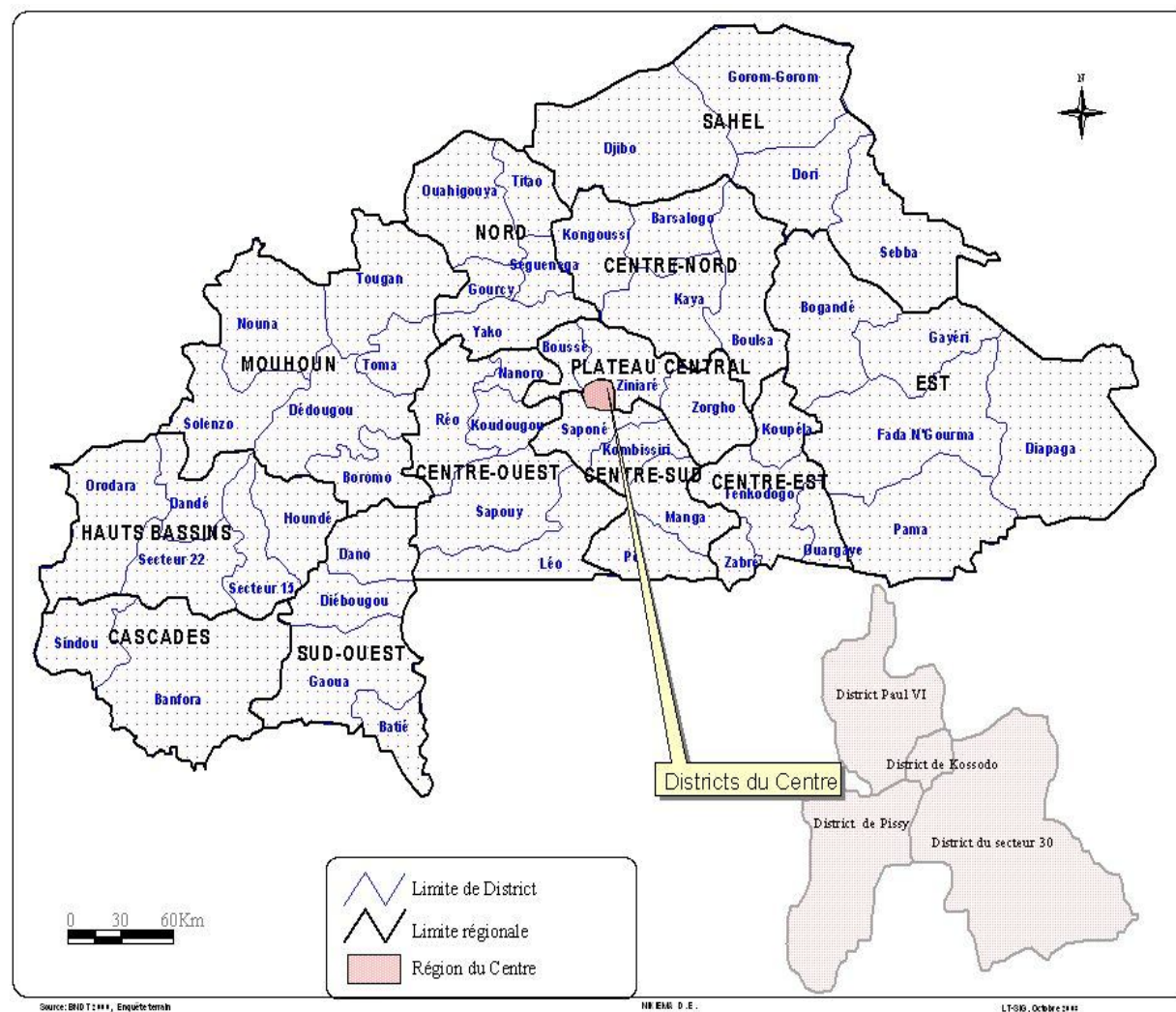
- Le niveau central, organisé autour du cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.
- Le niveau intermédiaire comporte 13 Directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts.

¹⁴ Un village = un poste de santé primaire (PSP), a permis la mise en place de 6932 PSP en 1987

- Le niveau périphérique est composé de 63¹⁵ districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.

¹⁵ Les districts sanitaires qui étaient au nombre de 55 sont passés à 63 selon le nouveau découpage sanitaire réalisé en 2007

Carte 9 : Carte sanitaire du Burkina Faso (découpage en 55 districts sanitaires)



4.3.1 Le système sanitaire public

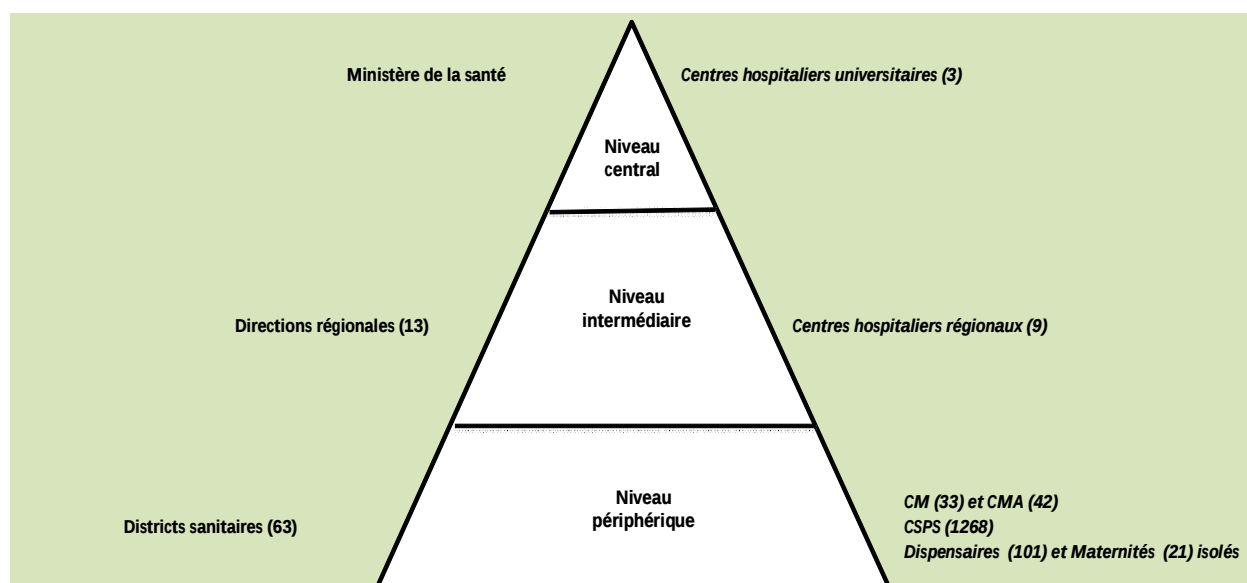
L'organisation du système sanitaire tient ses fondements du système sanitaire colonial dont l'objectif principal était essentiellement de maintenir la main d'œuvre indigène en bonne santé. Le système de santé s'appuyait sur trois principaux services : le service des troupes coloniales, celui des établissements hospitaliers et, enfin, celui de la police sanitaire.

De 1960 à 1979, le système national de santé était organisé en dix (10) secteurs médicaux centrés sur les départements administratifs de l'époque. Ils offraient des soins curatifs et préventifs à travers des formations sanitaires fixes et, dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies, des équipes mobiles de dépistage, de traitement et de vaccination. Cette organisation porte encore les marques du système colonial qui accorde une place aux campagnes de masse; tout en gardant les priorités de l'approche hospitalo-centrique.

De 1980 à 1992, avec dix directions départementales, l'organisation du système de santé était calquée sur l'organisation administrative; le souci était de rapprocher au maximum les services de santé des populations. L'organigramme du secteur public a beaucoup varié au gré des changements sociopolitiques que le pays a connus. Mais pour l'essentiel on note, aujourd'hui, trois niveaux de responsabilités :

- Le niveau central, par l'entremise du Cabinet du Ministre, est chargé de l'application de la politique nationale de santé définie par le gouvernement. Le ministre est assisté par un secrétariat général qui assure la coordination administrative et technique des services.
- Le niveau intermédiaire est constitué par les Directions régionales de la santé (DRS). Elles sont au nombre de treize (13), et constituent des relais entre le niveau central et les districts sanitaires. La Direction régionale de la santé a pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires en collaboration avec les directions centrales et les équipes cadres de districts.
- Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire, l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé. Il est administré par une équipe cadre de district (ECD) chargée de la planification des soins cliniques, de la supervision, de la gestion et de la recherche en santé.

Figure 3 : Organisation du secteur public



Source : Réalisée à partir des données recueillies du document de politique sanitaire nationale

Les structures publiques de soins sont organisées en quatre niveaux : (i) les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les dispensaires et maternités isolés sont les premiers contacts entre les services et la population, (ii) les centres médicaux (CM) et les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) sont le premier niveau de référence, (iii) les centres hospitaliers régionaux (CHR) sont le deuxième niveau de référence, et (iv) les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont le troisième niveau de référence. Le Service de Santé des Forces Armées Nationales, l'Office de santé des travailleurs et la Caisse nationale de sécurité sociale contribuent à l'offre de soins dans leurs propres institutions.

Le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) est le niveau de soins le plus périphérique avec une capacité de 6 lits pour l'observation de malades. Une telle structure est considérée fonctionnelle si elle dispose d'un effectif de trois agents conforme aux normes de personnel et offre le paquet minimum d'activités (PMA) défini pour le CSPS.

Le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) constitue le premier niveau de référence pour les formations sanitaires périphériques. Il a une capacité d'hospitalisation de 40 à 60 lits. En plus des activités dévolues au niveau CSPS ; le CMA doit assurer la prise en charge des urgences médicochirurgicales comme les césariennes, les cures de hernies, les interventions pour grossesses extra-utérines et les appendicectomies.

Le Centre Hospitalier Régional (CHR) est le troisième niveau de soins. Avec une capacité d'hospitalisation de 140 lits environ, il comprend plusieurs services et sert de référence et de recours aux centres médicaux (CM), aux centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) et aux centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Il n'existe pas de normes en personnel pour ces structures et les plateaux techniques existants sont très inégaux à cause du déficit en personnel spécialisé et en équipements.

Les trois Centres hospitaliers universitaires (CHU), situés à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, constituent le niveau de soins le plus élevé dans le pays. Ils servent de lieu de référence pour les soins spécialisés et de sites de formations des différentes catégories de personnels et de recherche.

Tableau 15 : Evolution des infrastructures et des ressources humaines en santé de 2004 à 2007

Offres de soins	2004	2005	2006	2007
Infrastructures				
Effectif CHR/CHU	12	12	12	12
Effectif CMA	41	41	42	42
Effectif CM	42	35	26	33
Effectif de CSPS	1 148	1 172	1 211	1 268
Effectif Dispensaires isolés	67	83	173	164
Effectif Maternités isolées	16	23	18	21
Rayon moyen d'action théorique (kilomètre)	8	8	8	8
Proportion des CSPS respectant les normes en personnel (%)	76	77	75	76
Ratio habitants par CSPS	11 082	10 079	9 946	9 876
Ratio habitants par CM/CMA	216 082	186 681	205 069	191 074
Ressources humaines				
Effectif d'AIS	1 202	ND	1 319	1 490
Effectif IB	1 735	ND	1 575	1 934
Effectif IDE	1 984	ND	1 695	2 338
Effectif Médecins	359	ND	249	441
Effectif Chirurgiens Dentistes	30	ND	50	38
Effectif sage femme / maïeuticien d'état	504	ND	456	604
Effectif Pharmaciens	35	ND	51	58

Source : DEP/Ministère de la santé, 2007

Pour des soins plus spécialisés dépassant les capacités existantes au niveau national, certains malades sont évacués vers d'autres pays comme Abidjan, Paris etc. A ce secteur public, il faut ajouter le service de santé des forces armées qui offrent des soins de premiers niveaux et des services de référence aux militaires et leurs familles.

Bien que prédominante, l'action des structures publiques de santé est complétée par des acteurs privés à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Longtemps marginale, la place de ces acteurs devient importante par l'arrivée sur le marché de professionnels qui n'ont plus de destin naturel dans la fonction publique, du fait des contraintes budgétaires [Adsp' 2000]. La médecine traditionnelle¹⁶ présente depuis toujours cotoie des structures privées de type infirmier à l'origine et de plus en plus médical actuellement.

4.3.2 Le secteur privé

Au regard des textes en vigueur et à l'exception des dépôts de médicaments pour lesquels une dérogation est possible, la pratique dans le secteur sanitaire privé est réservée aux professionnels de la santé. Cependant, il existe de plus en plus d'établissements sanitaires gérés par des associations et des organisations non gouvernementales (ONG). Les structures privées de soins sont beaucoup plus présentes en milieu urbain et semi-urbain. Cette pratique privée est très répandue parmi les agents de l'État. Les rares formations existant en milieu rural sont des centres gérés le plus souvent par des associations ou des organismes religieux.

Tableau 16 : Répartition des établissements privés de soins par région

Région	A but lucratif	A but non lucratif						Total
		Associatif	Confessionnel Musulman	Confessionnel Catholique	Confessionnel Protestant	ONG	Total	
Boucle du mouhoun	5	0	0	1	0	0	1	6
Cascades	5	0	0	1	0	0	1	6
Centre	140	18	5	8	4	8	43	183
Centre Est	5	0	0	2	0	0	2	7
Centre Nord	0	0	0	5	1	1	7	7
Centre Ouest	10	2	0	3	1	0	6	16
Centre Sud	1	0	0	1	1	0	2	3
Est	3	2	0	2	3	1	8	11
Hauts Bassins	57	6	1	3	4	5	19	76
Nord	5	3	2	0	0	0	5	10
Plateau Central	0	0	0	2	0	0	2	2
Sahel	4	0	0	0	0	2	2	6
Sud Ouest	5	0	0	2	0	0	2	7
Total	240	31	8	30	14	17	100	340

Source : Ministère de la santé, 2007

¹⁶ Le Burkina Faso a reconnu l'importance de la médecine traditionnelle par la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 portant code de la santé publique

A côté du secteur public, existe un secteur privé qui est passé de 19 structures en 1985 à 340 en 2007. Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif, les institutions de soins relevant d'associations et d'ONG à but non lucratif. Selon le rapport d'analyse des résultats du recensement des établissements privés de soins réalisé en 2007 [Ministère de la Santé'2007], les formations sanitaires privées emploient 1789 agents permanents toutes catégories confondues soit une moyenne de 5,26 agents par établissement privé de soins. Le personnel technique de santé représente 60,26% et est en majorité constitué d'infirmiers. Le nombre de médecins spécialistes est sensiblement égal au nombre d'établissements offrant des prestations de spécialités. Les vacataires sont au nombre de 915, avec une prédominance des médecins spécialistes. Le nombre élevé de vacataires surtout au niveau des médecins spécialistes (431) suppose qu'un professionnel est vacataire dans plusieurs établissements à la fois. A l'image des établissements privés de soins, le personnel est aussi concentré dans les régions du Centre et des Hauts Bassins. Le personnel médecin est quasiment rare dans les autres régions. 53,82% des établissements privés de soins offrent des consultations de médecine générale : ce sont essentiellement les polycliniques, les cliniques, les centres médicaux et les cabinets médicaux. Cependant certains établissements privés (Cabinet de soins infirmiers, CSPS, Cliniques d'accouchement) offrent une consultation de médecine générale alors qu'ils ne le devraient pas conformément aux textes en vigueur.

Le secteur pharmaceutique privé compte actuellement environ 115 officines et au moins trois grossistes. Par ailleurs, la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique et jouent un rôle important, notamment en zone rurale.

Le secteur souffre malheureusement de nombreux maux liés à divers facteurs : insuffisance voir inexistence de textes juridiques organisant le secteur, les charges fiscales élevées, l'absence de concertation entre acteurs du secteur privé et secteur public, l'insuffisance d'organisation au sein même du secteur privé, la faible qualification du personnel et parfois du plateau technique. La résultante de ces caractéristiques se concrétise par une offre de qualité souvent contestable. Le personnel employé dans le secteur privé, qui était composé de paramédicaux retraités, se diversifie progressivement et comprend autant des fonctionnaires en activité que des jeunes diplômés.

4.3.3 Le sous secteur traditionnel

L'exercice de la médecine traditionnelle et de la gestion des plantes médicinales locales est mal organisé et mal réglementé. Toutefois, le Burkina Faso a pris conscience des enjeux de cette médecine traditionnelle : enjeux culturels parce qu'elle fait partie de notre culture ; enjeux scientifiques du fait de l'existence d'une expertise traditionnelle ; enjeux économiques car cela diminue le taux d'importation de produits pharmaceutiques ; enjeux médicaux parce que ce sont des produits qui ont des vertus thérapeutiques avérées [FASO-DEV'2008].

La couverture des besoins sanitaires des populations était assurée, avant la colonisation, par la médecine et la pharmacopée traditionnelle. Le colonisateur n'était pas en mesure d'aller à l'encontre des tradipraticiens. Il cherchait également à exploiter les plantes médicinales locales. Cette logique s'est poursuivie après l'indépendance. Malgré leur popularité, la médecine et la pharmacopée traditionnelles ont fait l'objet de mesures restrictives et elles sont juste tolérées par le code de la santé de 1970. C'est à partir de cette date cependant, que les organismes internationaux ont manifesté un intérêt particulier : la création en 1978 de l'Institut de recherche sur les substances naturelles (IRSN) et certaines mesures prises sous la révolution ont renforcé la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Ainsi un service chargé de la recherche pharmaceutique a été créé à cet effet au niveau du Ministère de la Santé, et le gouvernement a encouragé et facilité l'organisation des tradipraticiens en associations provinciales.

Les tradipraticiens sont répertoriés et bénéficient désormais d'autorisations d'exercer délivrées par les autorités compétentes. La politique nationale en matière de médecine et pharmacopée adoptée en 2004 donne des orientations en la matière. Elle est basée sur la nécessaire collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne pour la couverture des besoins sanitaires de la population. Aussi, deux décrets règlent le secteur de la médecine au Burkina : un décret portant condition d'exercice de la médecine et pharmacopée traditionnelles au Burkina et un autre portant autorisation de mise sur le marché des médicaments traditionnels. Cependant la médecine et la pharmacopée traditionnelles demeurent un domaine non pris en compte par les programmes de santé. La gestion du secteur est toutefois très complexe du fait de l'existence d'acteurs multiples aux intérêts parfois contradictoires. La production locale à base de plantes médicinales ou de recettes traditionnelles demeure au stade artisanal.

A partir de la relance de cette politique des SSP en 1992, des efforts ont été faits, tant au niveau national que régional, pour établir des relations de collaboration entre médecine moderne et traditionnelle. On peut noter entre autres l'organisation des tradipraticiens, l'octroi d'un local pour les tradithérapeutes à Ouagadougou, l'association des tradipraticiens à certaines rencontres comme la recherche nationale essentielle en santé et les rencontres sur le sida, etc. Au niveau régional, certains pharmaciens ont établi des collaborations : certaines plantes médicinales et produits thérapeutiques ont été mieux étudiés et transformés sous diverses formes (sirop, décoction etc.). Cette collaboration est également bien établie au niveau universitaire à travers le département de recherche sur les substances naturelles.

4.4. Le financement du système sanitaire

Pour soutenir le système de santé en général, le Burkina a consacré 202,1 milliards de F.CFA en 2005 dans le domaine de la santé contre 164,1 milliards de F.CFA en 2004. Ces ressources proviennent essentiellement du secteur public (23,9% (y compris les dépenses de sida), du secteur privé (3,1%), des ménages (37,4%), des institutions sans but lucratif au service des ménages (0,1%), des partenaires techniques et financiers (35,0%). Les dépenses de la santé hors celles allouées à la réponse au sida s'élèvent à 178,0 milliards de F.CFA.

Comparativement à l'année 2004 où la dépense nationale de santé était estimée à 164,1 milliards de FCFA, celle de 2005 a connu une augmentation de 23,2%, soit une variation en valeur absolue de 38,0 milliards de FCFA. Cette hausse s'explique non seulement par des apports substantiels des intervenants mais aussi par l'amélioration de la couverture en terme de collecte des données (prise en compte suffisante du secteur privé, des structures d'appuis aux mutuelles de santé et des ONG intervenant dans le domaine de la santé, etc.).

En ce qui concerne l'évolution de la dépense nationale de la santé par source de financement, elle est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Evolution de la structure de la dépense nationale de santé par source de financement de 2003 à 2005 (en millions de F.CFA)

Source de financement	2003	2004	2005
Fonds publics	34 812	44 208	48 315
Fonds des employeurs privés	2 618	1 252	6 291
Fonds des ménages	67 824	73 753	75 615
Fonds des institutions sans but lucratif au service des ménages			139
Fonds extérieurs	27 988	43 991	70 731
Fonds non spécifié	3 028	872	977
Ensemble	136 270	164 076	202 068

Source : Ministère de la santé, Burkina Faso : Rapport sur les comptes nationaux de la santé 2005, Février 2008

L'analyse des dépenses hors celles allouées à la réponse au sida révèle qu'elles ont été allouées principalement au profit des pharmacies pour l'achat des biens médicaux (32,2%), de l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie (24,7%), des hôpitaux (13,8%), de la santé publique et des programmes de prévention (18,5%), des soins ambulatoires (7,1%), des institutions de recherche et d'enseignement (2,2%) et des prestataires non spécifiés (1,5%). Le tableau ci-après présente l'évolution des dépenses en pourcentage par rapport aux prestataires de 2003 à 2005.

Tableau 18 : Evolution des dépenses des prestataires de 2003 à 2005 en %

Prestataires	2003	2004	2005	
			Sans VIH	Avec VIH
Hôpitaux	16	15	14	13
Soins ambulatoires	9	8	7	16
Pharmacies (biens médicaux)	38	34	32	28
Santé publique et programme de prévention	10	14	19	16
Administration générale de la santé et assurance maladie	10	14	25	23
Autres	17	15	3	4
Total	100	100	100	100

Source : Ministère de la santé, Burkina Faso : Rapport sur les comptes nationaux de la santé 2005, Février 2008

De l'étude des comptes nationaux de la santé pour les années 2003, 2004 et 2005, il ressort que les dépenses des agents du Ministère de la santé, émergeant au budget de l'Etat ont augmenté au fil des années. En effet, les dépenses sont passées successivement de 10,7 milliards FCFA en 2003 à 12,6 milliards en 2005 ; ce qui représente un taux d'accroissement de 18,1%.

Plusieurs institutions assurent l'achat de services en matière de santé. Les différentes sources sont représentées dans le tableau ci-après (Tableau 19).

Tableau 19 : Structures et services impliqués dans l'achat de service

Sources	Domaines	Mécanisme
Ménage	Consultation, médicament/examens complémentaires	Païement direct par la personne ou tiers
Etat	Equipement, formation, salaire, médicaments, soins, examens complémentaires	Païement des salaires et subvention
Assurance/ mutuelle de santé	Consultation, soins, examens complémentaires	Païement avant ou subvention
Services non étatiques (privé ou autres)		Subvention

Source : Ministère de la santé : Etude sur les Comptes nationaux de la santé du Burkina Faso pour les années 2003 et 2004

Le système de santé avec sa forme pyramidale, est structuré à l'image de l'organisation administrative. L'offre publique de soins est sous-tendue par une offre privée et traditionnelle, mais qui, malheureusement connaît une faible voire une absence d'organisation. Malgré une amélioration de la couverture sanitaire (en structures et en ressources humaines) et une augmentation de la qualité des soins, il n'en demeure pas moins que le Burkina Faso doit faire face à une très faible fréquentation des structures sanitaires par les populations. L'initiative de Bamako qui se voulait une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires tout en renforçant l'équité d'accès aux soins, ne s'est pas traduite par un meilleur accès aux services de santé pour les plus démunis [Ridde & Girard, 2004]. La tarification des actes de santé constitue une source de marginalisation des groupes les plus vulnérables. Entre le poids de l'héritage colonial et les pressions des nouveaux acteurs de financements des soins, le Burkina Faso n'a de fait pas encore connu un système de santé adapté à ses réalités socio-économiques [Harang'2007].

C'est donc au centre d'une offre de soins en proie à (i) une faible utilisation des services, (ii) des ressources humaines nécessitant un recyclage et meilleure répartition, (iii) des surenchères

de l'acte médical ce qui limite l'accessibilité aux plus démunis, c'est dans ce contexte qu'interviennent les soins et traitements du sida dont la mise en œuvre nécessite la collaboration et la mobilisation de tous les acteurs et à tous les niveaux de la pyramide.

CHAPITRE 5 : L'OFFRE NATIONALE DE SOINS LIES A L'INFECTION DU VIH

La prise en charge du sida, plus particulièrement les soins médicaux aux personnes vivant avec le VIH (PvVIH), est l'un des éléments clés de la riposte internationale à la pandémie. Toutes les formations sanitaires, suivant le besoin de soins de la population générale ou de la personne infectée, participent à l'offre de soins des PvVIH. On a souvent parlé d'un continuum de la trilogie « conseil, dépistage, soins ». Dans le cadre de la réponse à l'infection du VIH, la prévention est partie intégrante de l'offre de soins dans la prise en charge thérapeutique. Les débats ont souvent « mis en balance » la prévention et la prise en charge, apparaissant comme concurrentes dans l'allocation des ressources. Or comme le souligne A. Desclaux, « cette opposition n'a pas de sens dans une stratégie de réponse au VIH » [Desclaux'2001].

5.1. Le profil des services de soins disponibles

La gamme des soins disponibles va de la prophylaxie des infections opportunistes (IO) à la prise en charge par les thérapies antirétrovirales (TARV) en passant par les soins palliatifs et les soins des IO.

5.1.1. La prophylaxie des IO

L'infection à VIH conduit pour la grande majorité des personnes séropositives non-traitées à une déficience immunitaire croissante. Les infections opportunistes (IO) apparaissent en présence d'un système immunitaire affaibli et déterminent de manière essentielle la morbidité et la mortalité des personnes souffrant d'une infection à VIH. En ce qui concerne ces infections opportunistes, il ne s'agit pas, dans la plupart des cas, d'infections nouvelles, mais de réactivation d'infections latentes déjà présentes. Plus l'infection à VIH progresse, et moins le système immunitaire est en mesure de tenir en échec ces «infections latentes» [Forum Med Suisse'2001]

Le suivi et la prévention adéquate des infections opportunistes ont un impact positif sur la morbidité (diminution de la fréquence et de la sévérité des infections). La généralisation de

l'accès aux médicaments pour ces infections, tels que les molécules antituberculeuses et le cotrimoxazole, est une intervention coût-efficace¹⁷ et une composante obligatoire des soins du sida. Il faut cependant souligner que la thérapie antirétrovirale est en elle-même la meilleure prophylaxie contre les infections opportunistes. L'élargissement des traitements antirétroviraux réduira progressivement la nécessité du recours aux autres médicaments contre les infections opportunistes [France diplomatie'2008].

Développée au début des années 2001 au Burkina Faso, grâce à la mise à contribution des structures communautaires, la prophylaxie des infections opportunistes est systématique pour toute personne sous ARV. Impulsée par les différentes initiatives à partir de 2003, elle s'est renforcée au fil des années permettant la prise en charge successive de 9.701cas en 2004, 13.616 cas en 2005 et 30.113 cas en 2006. Pour l'année 2006, la prophylaxie a couvert toute la file active des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de soins ARV.

5.1.2. La thérapie antirétrovirale

Selon l'OMS, la prise en charge thérapeutique consiste à fournir des soins de santé complets aux personnes vivant avec le VIH. En conséquence, elle suppose l'extension de l'accès au traitement et de proposer aux patients un diagnostic précoce, un traitement adapté incluant les ARV pour ceux dont l'état de santé le nécessite, une prophylaxie et un traitement des infections opportunistes, des soins infirmiers incluant l'hygiène, la nutrition, les soins palliatifs, l'aide à l'observance au traitement et des soins à domicile. Elle s'impose comme un droit des personnes infectées et affectées par le VIH. Elle comporte plusieurs maillons destinés à atténuer la vulnérabilité des individus vivant avec le VIH et les communautés, et contribue à contrôler les impacts sur les individus, les familles et les systèmes institutionnels et sociaux. Cette prise en charge induit les implications suivantes :

- une continuité de la prise en charge entre le système de santé et la communauté (familles, associations, OBC, secteurs traditionnel et confessionnel) ;
- un renforcement des capacités des services de santé ;
- une prise en compte des dimensions socioéconomiques de la prise en charge ;
- une décentralisation des activités et une extension de l'accès au traitement ;

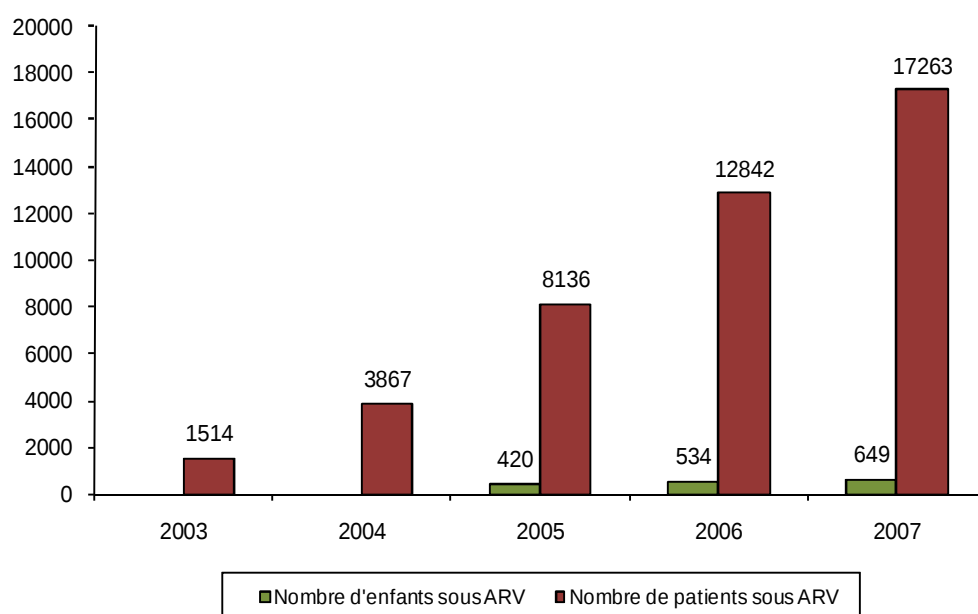
¹⁷ La prise en charge des IO est une intervention coût-efficace pour la prévention du VIH en ce sens que le traitement des IO rend la prévention du VIH plus efficace et cette dernière réduit les coûts liés au traitement

- une approche interdisciplinaire de la prise en charge ;
- une meilleure implication des PVVIH dans la prise en charge ;
- une promotion et une dissémination des bonnes pratiques de prise en charge.

Au Burkina Faso, avant 1999, il n’existait que quelques cas isolés de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale. Les ARV étaient alors importés par des officines privées ou arrivaient sous forme de dons des particuliers (amis, parents, etc.). En mars 1999, un atelier national de consensus a permis de sélectionner les molécules pour la bithérapie, mais, il a fallu attendre 2003 après l’adoption des normes et de prise en charge de l’infection à VIH, pour constater le démarrage officiel à travers la sélection des ARV (première et deuxième ligne) qui ont été commandés par le Comité ministériel de lutte contre le sida et les IST du Ministère de la santé.

A partir de l’année 2006, le traitement antirétroviral connaît un essor grâce à la drastique réduction du coût des ARV, à la disponibilité des médicaments et au renforcement des structures en personnel qualifié.

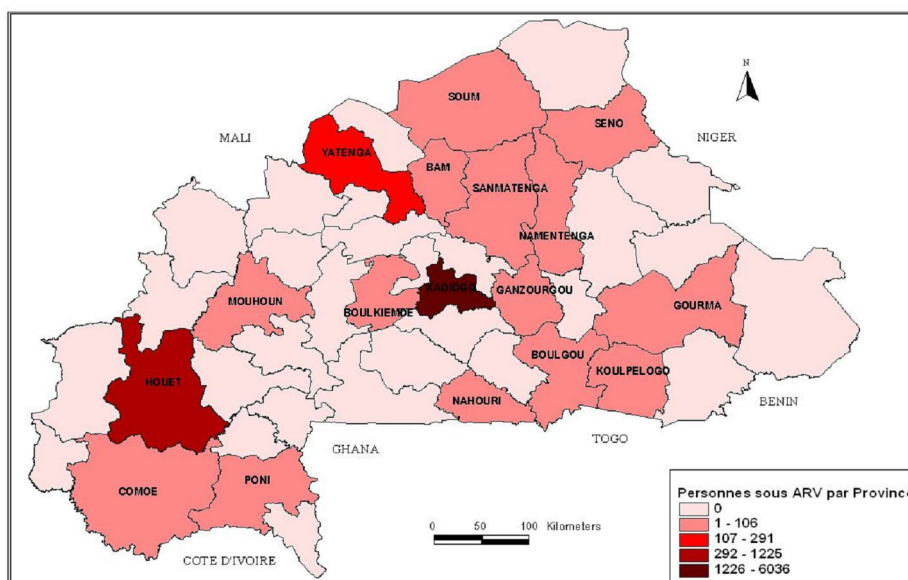
Graphique 10 : Evolution des patients (enfants, adultes) sous ARV de 2003 à 2007



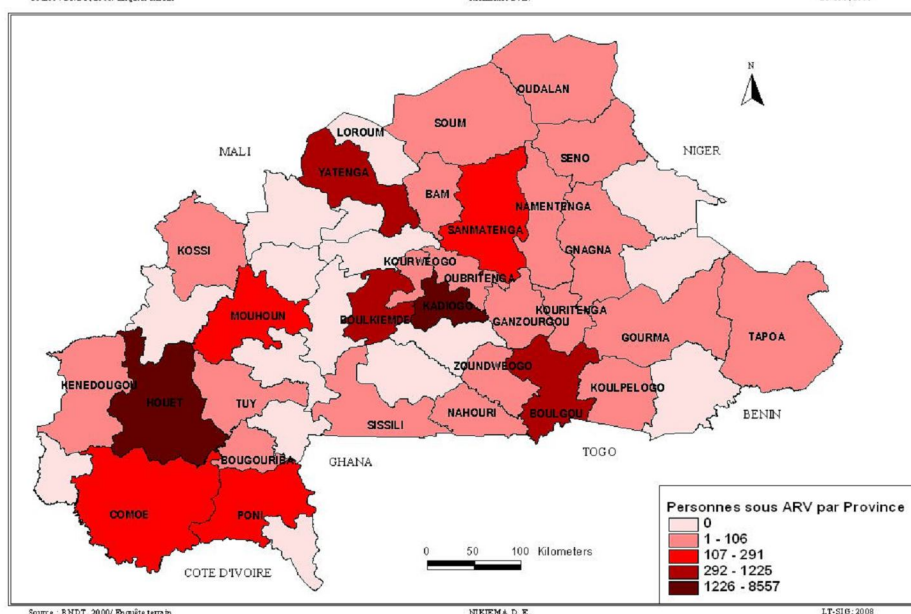
Source : Synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

Le graphique ci-dessus montre une progression constante du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale. En effet, le nombre de personnes sous ARV a été multiplié par 11 de 2003 à 2007. Les personnes sous thérapie antirétrovirale sont prises en charge par des structures publiques et privées de soins, disséminées sur l'ensemble du territoire.

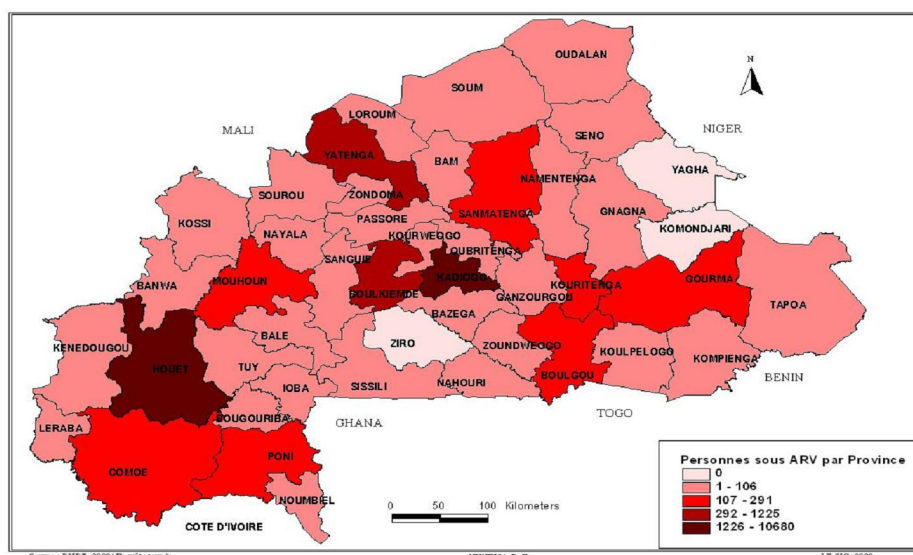
Carte 10 : Evolution de la prise en charge ARV de 2005 à 2007



a : en 2005



b : en 2006

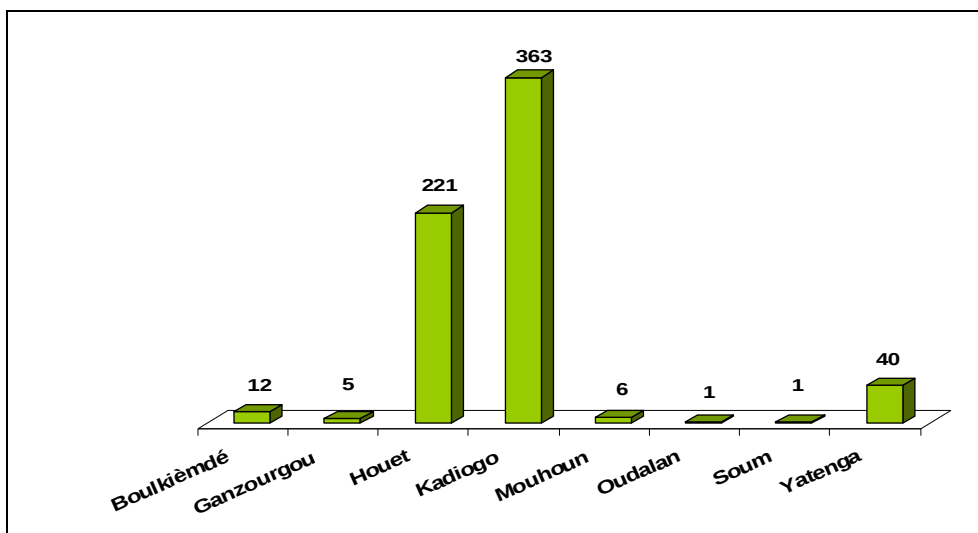


c : en 2007

Le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale n'a cessé de croître sur l'ensemble du territoire, passant d'un petit millier de personnes (1 514) en 2003 essentiellement à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, à 18 000 personnes (enfants et adultes) en 2007, inégalement réparti dans 43 provinces sur les 45 que compte le pays. Malheureusement de 2003 et 2004, les données consolidées de prise en charge thérapeutiques ne sont pas désagrégées par province pour permettre une spatialisation. Aussi, la répartition spatiale du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale a seulement pris en compte les données à partir de 2005 (Carte 10 a, b, c).

La qualité de plus en plus grande du rapportage des données sur la prise en charge thérapeutique par les ARV nous permet de réaliser la carte de la situation de la TAV pour l'année 2007 (Carte 11). Sur cette carte, on constate que si la prise en charge des adultes concerne 43 provinces sur 45, la prise en charge par la thérapie pédiatrique n'est effective que dans 8 provinces réparties comme suit dans les régions :

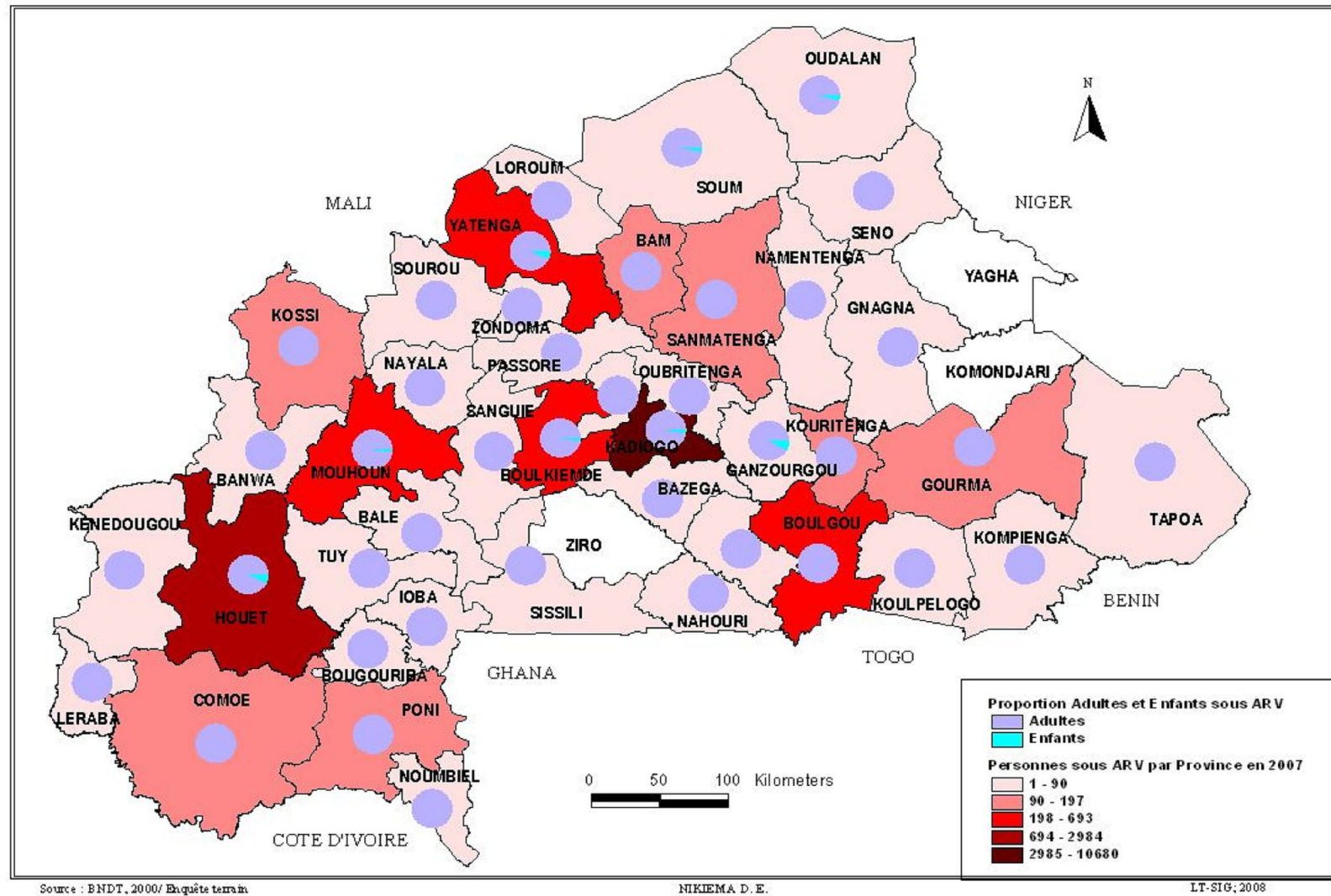
Graphique 11 : Situation de la prise charge par les ARV pédiatriques par province



Source : SP/CNLS-IST, 2008

NIKIEMA

Carte 11 : Situation de la prise en charge des enfants et des adultes en 2007

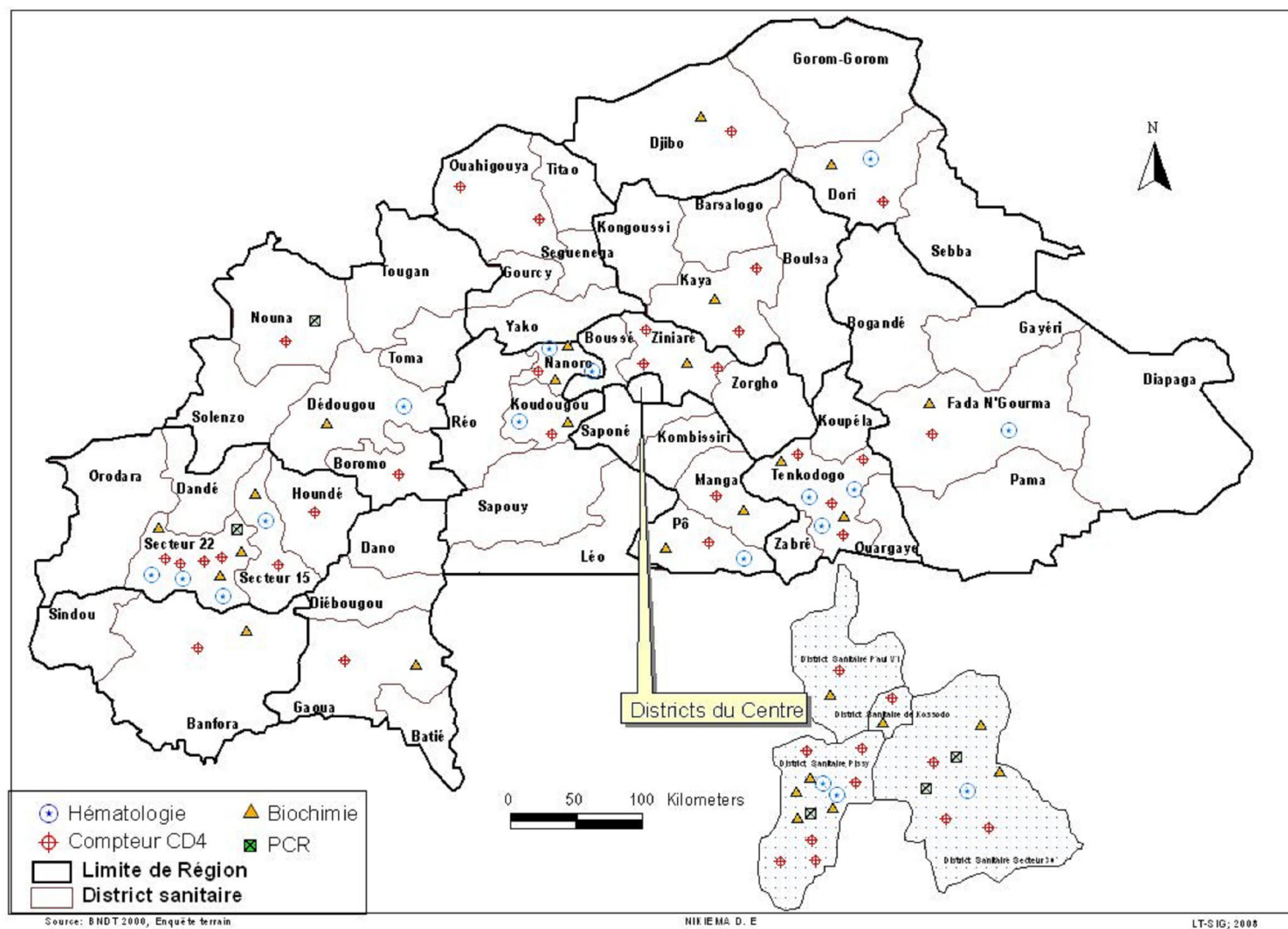


5.1.3. Les examens biologiques

Au niveau des examens biologiques nécessaires au suivi médical des PVVIH, l'offre est disparate selon que l'on est dans des grandes villes comme Ouagadougou et Bobo Dioulasso ou dans les campagnes et autres villes moyennes.

Dans les premiers cas, les Hôpitaux nationaux offrent une gamme assez large d'examens à disponibilité variable ponctuée par les ruptures en réactifs, tandis que l'offre privée (à travers les laboratoires) existe mais est peu accessible financièrement. Dans les villes moyennes et les campagnes, les examens biologiques sont pratiquement peu disponibles, obligeant les PVVIH à parcourir des distances très grandes, souvent au prix de leur santé, pour réaliser leurs examens.

Carte 12 : Disponibilité des services de laboratoires VIH/SIDA au Burkina Faso en 2007



Pour le cas spécifique des laboratoires disposant de compteurs CD4, le nombre est passé respectivement de 13 en 2005 à 39 en 2007.

Tableau 20 : Situation des laboratoires équipés en compteurs pour la numération des CD4 en 2007

Région sanitaire	District sanitaire	Formation sanitaire	Marque	Année de dotation	Total
Boucle du Mouhoun	Boromo	CMA Boromo	Facscout	2005	2
	Nouna	CRS Nouna	Facscout + Facscan		
Cascades	Banfora	CHR Banfora	Facscout	2005	1
Centre	Pissy	CHUYO	Facscout + Facscalibur	2005	11
		CMA Pissy	Facscout	2005	
		CM CGASL	Facscout	2005	
		CMA Clinique SUKA	Facscout	2005	
		CTA	Facscout	2005	
		OST	Facscout	2006	
	Secteur 30	CM ST Camille	Facscout	2006	
		CHUP/CDG	Facscout	2005	
		CMA du Secteur 30	Facscout	2005	
	Kossodo	CMA de Kossodo	Facscout	2005	
Centre Est	Paul VI	CMA Paul VI	Cyflow	2006	
	Tenkodogo	CHR Tenkodogo	Facscout	2005	
	Koupéla	CMA Koupéla	Facscout	2005	
	Ouargaye	CMA Ouargaye	Cyflow	2006	
Centre Nord	Zabré	CMA Zabré	Cyflow	2006	4
	Kaya	CHR Kaya	Facscout	2005	
	Kongoussi	CMA Kongoussi	Cyflow	2006	
Centre Ouest	Koudougou	CHR Koudougou	Facscout	2006	2
	Nanoro	CMA Nanoro	Facscout	2005	
Centre Sud	Manga	CMA Manga	Cyflow	2006	2
	CMA Pô	CMA Pô	Facscout	2005	
Est	Fada	CMA Fada	Facscout	2005	1
Hauts Bassins	Secteur 22	CHUSS	Facscout	2005	6
		HDJ	Cyflow	2006	
		Centre MURAZ	Facscout + Facscalibur		
		CMA Secteur 22	Facscout	2005	
	Secteur 15	CMA Secteur 15		2005	
	Houndé	CMA Houndé		2006	
Nord	Ouahigouya	CHR Ouahigouya	Facscout	2005	2

	Yako	CMA Yako	Cyflow	2006	
Plateau Central	Ziniaré	CMA Ziniaré	Cyflow	2006	3
	Boussé	CMA Boussé	Facscout	2006	
	Zorgho	CMA Zorgho	Facscout	2006	
Sahel	Dori	CHR Dori	Facscout	2006	2
	Djibo	CMA Djibo	Facscout	2006	
Sud Ouest	Gaoua	CHR Gaoua	Facscout	2005	1

Source : CMLS/Ministère de la santé, 2007

5.1.4. La pharmacopée et la médecine traditionnelle

Elle contribue grandement à la prise en charge des PVVIH aussi bien en ville qu'en campagne et se retrouve dans le circuit de soins de la plupart des PVVIH. Bien qu'elle soit importante, elle reste difficilement quantifiable du fait de l'inorganisation du secteur et de l'insuffisance de collaboration avec les structures modernes de soins. Outre les pratiques non documentées réalisées par les tradipraticiens communautaires, il existe depuis l'année 2000 une expérience à l'unité de Phytothérapie du Centre Médical Saint Camille (CMSC) en collaboration avec la Direction de la promotion de la médecine traditionnelle. C'est un travail scientifique qui vise le suivi clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) traitées par la Médecine traditionnelle, dont l'objectif général est de « contribuer à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH par une meilleure implication de la Médecine traditionnelle ».

Dans le domaine du suivi clinique et biologique, 200 patients VIH positifs ont été enregistrés au centre médical Saint Camille au compte de l'unité de phytothérapie parmi lesquels, six patients ont été perdus de vue. En revanche, aucun décès n'a été enregistré et seulement quatre patients ont été mis sous ARV portant le nombre total à 11 ayant passé à la trithérapie (7 étaient déjà passés sous ARV en 2006). On note par ailleurs qu'entre 2006 et 2007, six patients ont connu une chute de leur taux de CD4 au premier contrôle après trois mois de phytothérapie avec une remontée après six mois de traitement. Treize patients sont restés stationnaires du point de vue de l'évolution de leur taux de CD4 et 160 patients ont connu une ascension régulière et significative du taux de leur CD4. En conclusion sur le plan clinique et biologique la majorité des patients présente une amélioration quant à leurs paramètres cliniques et biologiques.

Dans le domaine de l'encadrement des tradipraticiens impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA, au cours de cette année 18 ont été encadrés du point de vue de la formation et de la production des recettes. Quatre autres présentant un intérêt sont en cours de sélection.

En ce qui concerne le recensement des plantes à risque d'interaction négative avec les ARV, douze (12) plantes ont été recensées comme pouvant être à risque d'interaction négative avec les ARV. Une brochure sur ces plantes à l'intention des cliniciens est disponible.

L'ensemble des services disponibles est offert dans le circuit traditionnel de soins ou dans le cadre des soins à domicile ou encore en soins ambulatoires. Si les soins ambulatoires sont presque exclusivement offerts par les structures de soins, par contre les soins à domicile sont plus exécutés par les structures communautaires impliquées dans la prise en charge des PVVIH.

Tableau 21 : Paquet minimum d'activités (PMA) des structures pour la prise en charge médicale

Niveau	Activités
Formations sanitaires publiques	
1. CSPS	Dépistage, diagnostic clinique
	Suivi des malades
	VAD
	Traitement syndromique des IST et affections opportunistes
	Référence pour le diagnostic biologique et les traitements
2. CM/CMA	Dépistage – diagnostic – suivi clinique – traitement des infections opportunistes (tuberculose, candidose, zona, herpès, parasitoses, digestives)
	Diagnostic biologique du VIH et des infections opportunistes
	Surveillance clinique du traitement avec les ARV
	Référence pour prise en charge spécialisée si nécessaire
3. CHR	Dépistage – diagnostic – suivi clinique – traitement des infections opportunistes (salmonelloses, isosporose, cryptosporidiose, microporidiose, traitement présomptif de la toxoplasmose + infections citées pour le CMA)
	Diagnostic biologique du VIH et des infections opportunistes
	Traitement par les ARV et suivi
	Prophylaxie en cas d'exposition aux risques de transmission du VIH
	Référence pour prise en charge spécialisée si nécessaire
4. CHU	Diagnostic – traitement des infections opportunistes – suivi clinique et biologique
	Diagnostic biologique du VIH et des infections opportunistes.
	Traitement par les ARV et suivi

	Prophylaxie en cas d'exposition aux risques de transmission du VIH
Formations sanitaires privées	
1. Communautaire	Counselling
	VAD (visite à domicile)
	Accompagnement, soutien psychosocial
	Dépistage dans les CDVC
	Hygiène et alimentation
	Prise en charge de la fin de vie
2. Cabinets de soins infirmiers	Idem CSPS
3. Cabinets médicaux	Idem CM, CMA mais prise en charge ambulatoire
4. Clinique et polyclinique	Idem CHR et CHU en fonction des compétences et du matériel disponible
Consultation externe	
Laboratoire +	
Hospitalisation	
Plusieurs spécialités	

NB. La correspondance établie entre les structures publiques et privées ne concerne que les activités.

5.2 Les structures de prise en charge médicale

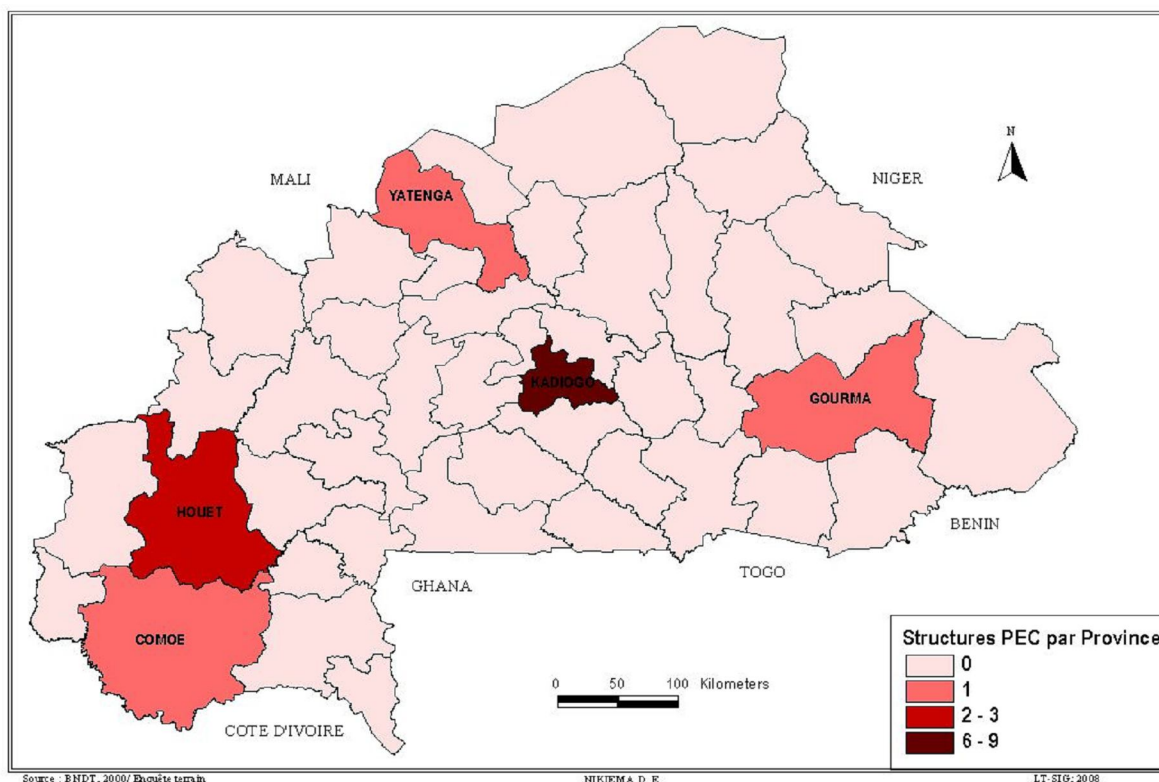
Plusieurs structures publiques et privées offrent des services de prise en charge médicale. Leur évolution spatio-temporelle est illustrée par les cartes 13 a, 13 b, 13 c, 13 d, et 13 e, représentées ci-après.

5.2.1. Les structures publiques de soins

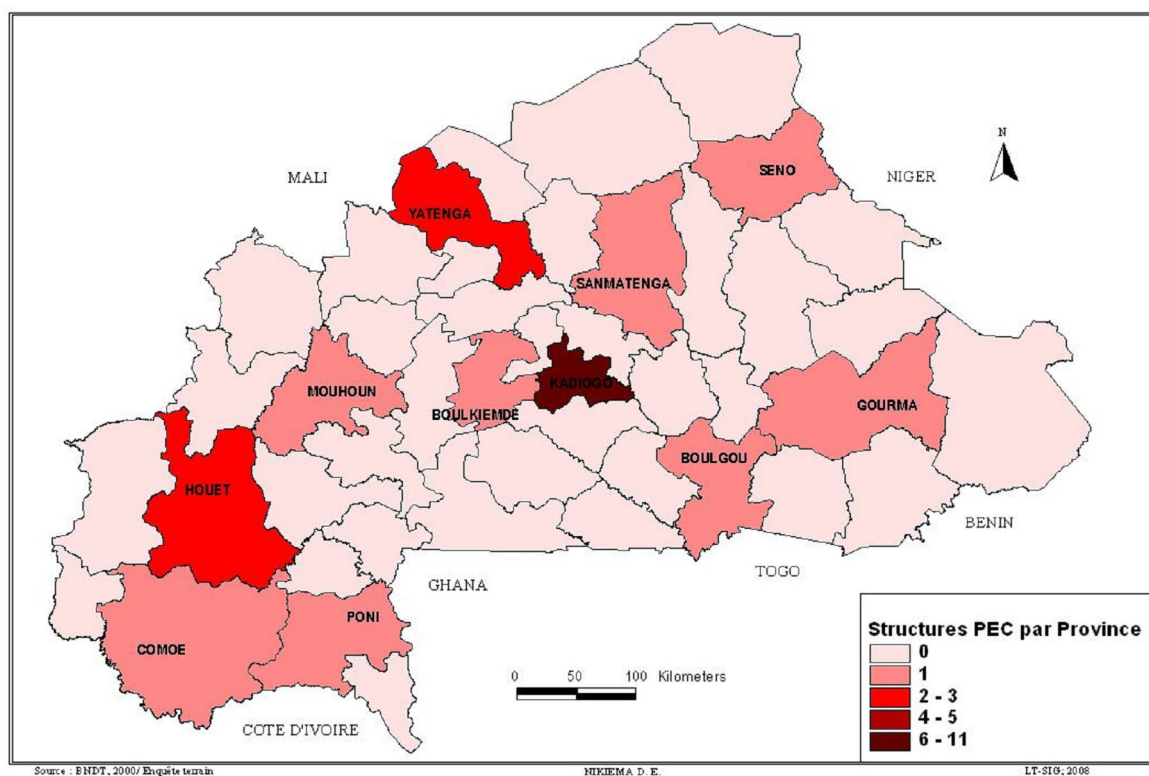
L'organisation de la prise en charge par les ARV a connu une importante progression aussi bien au niveau de la qualité des soins que du nombre de structures impliquées depuis le lancement en octobre 2003 du processus d'introduction des ARV dans le paquet thérapeutique des formations sanitaires et la mise à disposition des outils de régulation et de standardisation de la prise en charge médicale. Cette augmentation des structures est le fait de plusieurs initiatives, au moins une trentaine, dont les principales ont été les suivantes : Initiative PPTE, Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER), Banque mondiale (MAP et TAP), Croix rouge française, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Medecins sans frontière, Société TAN ALIZ, Banque africaine de développement (Projet de renforcement des services de santé et Projet d'appui à la lutte contre le sida), Don Brésilien, Don Belge.

Cartes 13 : Evolution par province des structures de prise en charge par les ARV de 2003 à 2007

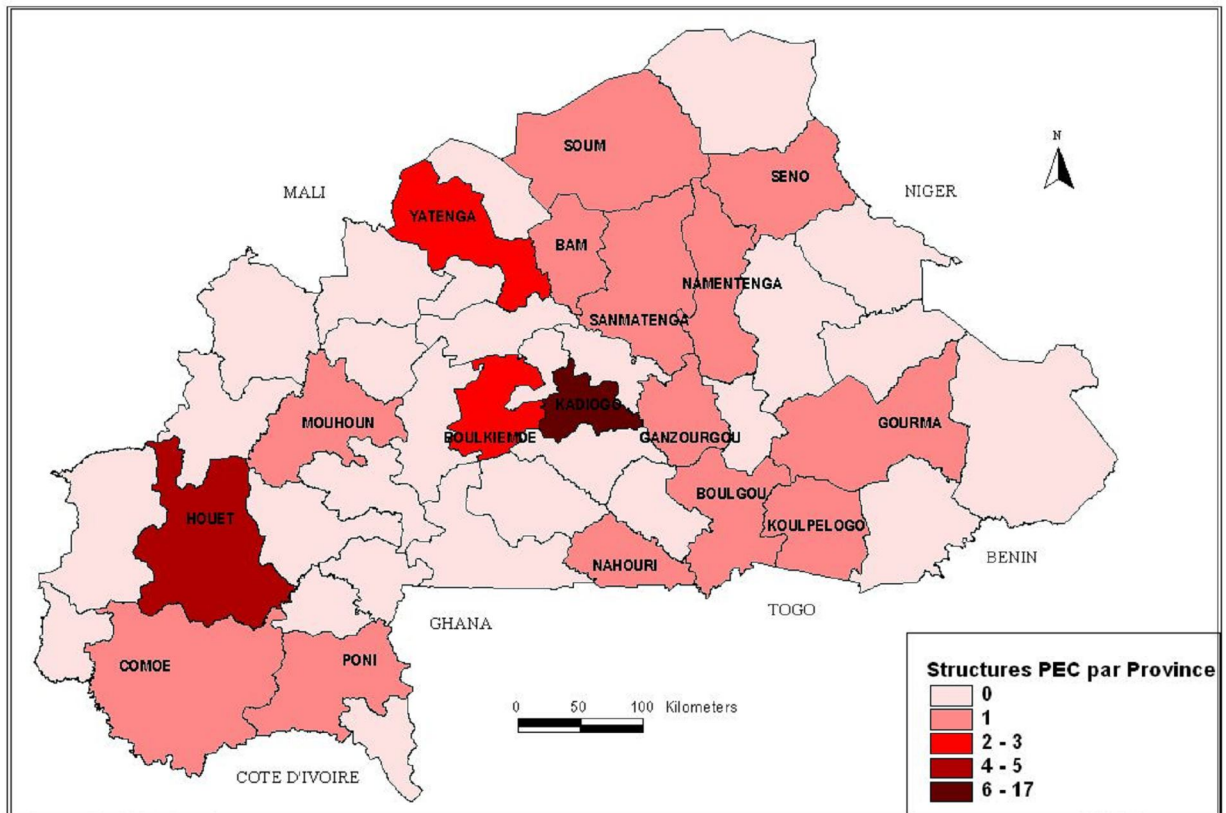
Carte 13 a : en 2003



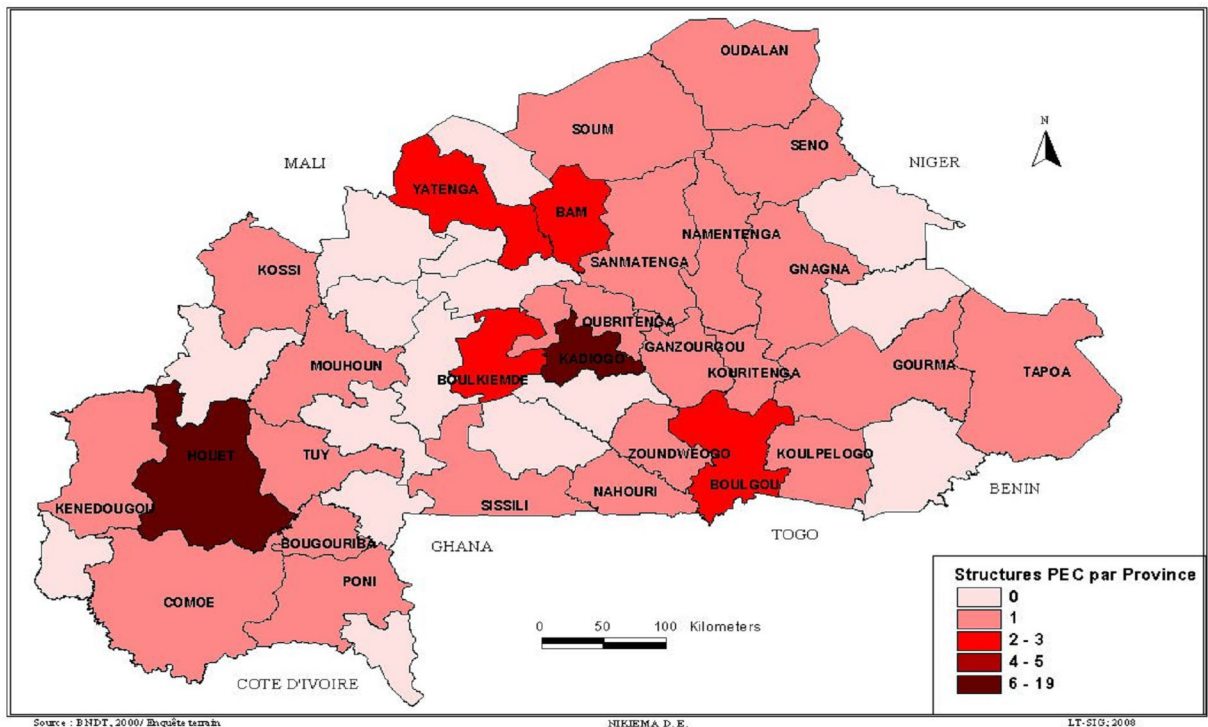
Carte 13 b : en 2004



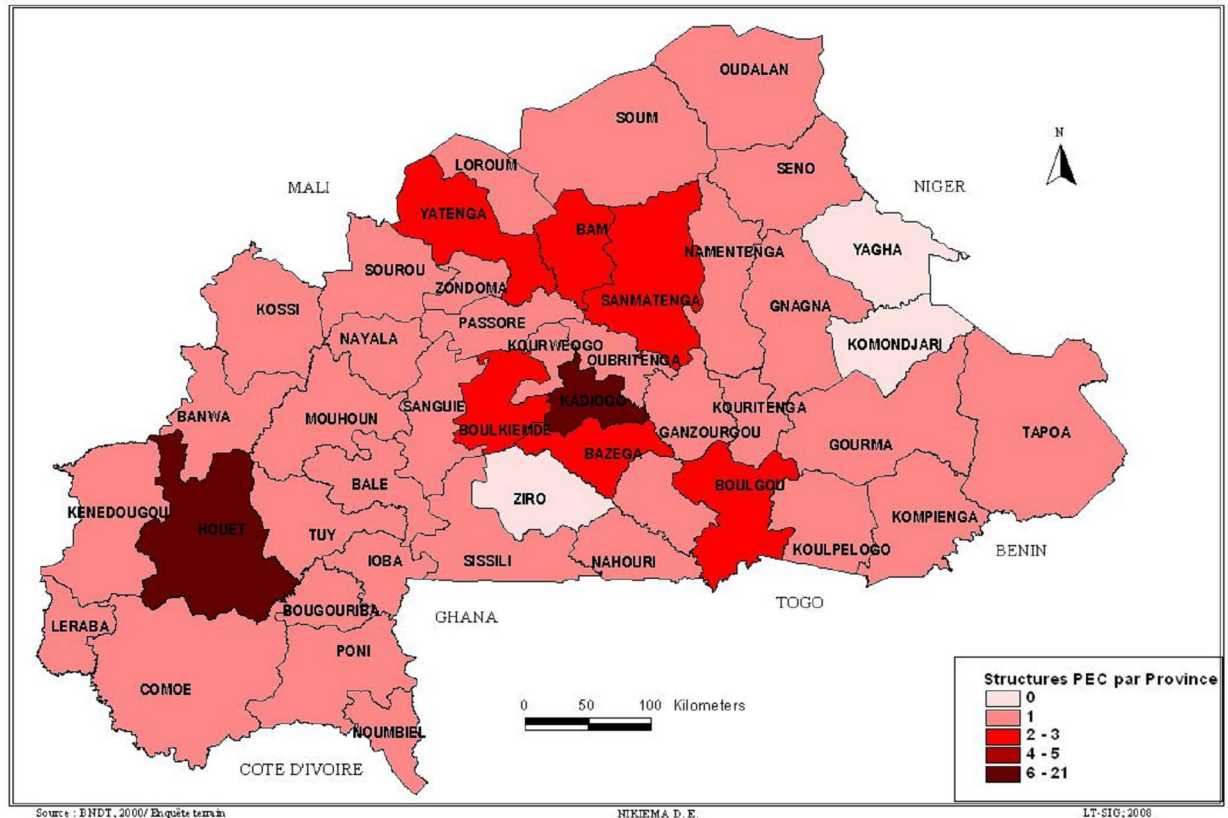
Carte 13 c : en 2005



Carte 13 d : en 2006



Carte 13 e : en 2007



La revue documentaire et les entretiens effectués auprès des responsables des services techniques font remonter la prise en charge officielle au Burkina Faso par les ARV en 2000, avec l'ouverture du Centre de traitement ambulatoire (CTA) par l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida (OPALS) en partenariat avec la Croix-Rouge française, à Ouagadougou en septembre 2000. L'effort du Gouvernement ne sera effectif qu'en 2002 [SP/CNLS-IST'2003] à travers l'initiative des ressources PPTE dont le Burkina est bénéficiaire. Ces ressources ont permis d'impliquer le CHU-YO, le CHU-SS et cinq centres hospitaliers régionaux.

A partir de 2003 et avec l'impulsion des différentes initiatives, les TARV seront dispensés dans neuf de structures de soins publiques ; en 2007, on en dénombre soixante six (66). Le tableau ci-après illustre l'évolution de l'implication des structures publiques dans la prise en charge par les ARV de 2003 à 2007.

Tableau 22: Evolution des structures soins publiques impliquées dans la prise en charge par les ARV de 2003 à 2007

Régions sanitaires	Structures/Sites de PEC	2003	2004	2005	2006	2007
Boucle du Mouhoun	CHR Dédougou					
	CMA Nouna					
	CMA Boromo					
	CMA Solenzo					
	CMA Tougan					
	CMA Toma					
Cascades	CHR Banfora					
	CMA Sindou					
Centre	CHUYO Médecine C					
	CHU YO Dermatologie					
	CHUP CDG					
	CHU YO Pédiatrie					
	CHU YO Pneumologie					
	HDJ Ouaga					
	CMA Kossodo					
	CMA Pissy					
	CMA sect 30					
	Camp S. Lamizana					
	Clinique OST					
	CNLAT					
	CM Présidence					
	CHR Tenkodogo					
Centre Est	CMA Koupéla					
	CMA Ouargaye					
	CMA Garango					
	CMA Zabré					
Centre Nord	CHR Kaya					
	CMA Kongoussi					
	CMA Barsalogo					
	CMA Boulsa					
Centre Ouest	CHR Koudougou					
	CMA Nanoro					
	CMA Léo					
	CMA Réo					
Centre Sud	CMA Manga					
	CMA Po					
	CMA Kombissiri					
	CMA Saponé					
Est	CHR Fada					
	CMA Bogandé					
	CMA Diapaga					
	CMA Pama					
Hauts Bassins	CHU SS HDJ					
	CHU SS					
	CMA District 15 Bobo					
	CMA District 22 Bobo					
	CMA Houndé					
	CMA Dandé					
	CMA Orodara					
	Clinique OST					
Nord	CHR Ouahigouya					
	CMA Yako					
	CMA Gourcy					
	CMA Seguenega					
Plateau central	CMA Titao					
	CMA Ziniaré					

Sahel	CMA Zorgho					
	CMA Bousé					
	CHR Dori					
	CMA Djibo					
	CMA Gorom-Gorom					
Sud Ouest	CHR Gaoua					
	CMA Batié					
	CMA Diébougou					
	CMA Dano					

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

5.2.2. Les structures privées de soins

L'implication des structures privées¹⁸ de soins dans la prise en charge des personnes affectées et infectées par le VIH a contribué à impulser une réelle dynamique dans l'offre de service et dans la décentralisation des prestations. A travers le dépistage proposé à l'ensemble de la population, et les services divers qu'elles offrent aux personnes vivant avec le VIH, les structures privées de soins constituent un maillon important dans l'offre de soins, et notamment pour la prise en charge médicale des PVVIH au Burkina Faso.

L'arrivée des premières initiatives de prise en charge qui ont subventionné les TARV ont permis à certaines structures d'apporter un soutien aux structures étatiques d'offre de soins liés à l'infection du VIH. Le nombre de structures privées de soins est passé de 5 en 2003 à 13 en 2007. Le tableau ci-dessous présente l'implication des structures privées dans la prise en charge par les ARV de 2003 à 2007.

Tableau 23 : Evolution des structures de soins privées impliquées dans la prise en charge par les ARV de 2003 à 2007

Régions sanitaires	Structures/Sites de PEC	2003	2004	2005	2006	2007
Centre	CMA Paul VI					
	Clinique Suka					
	CM St Camille					
	CM Oasis					
	CANDAF					
	CM ALAVI					
	CM Bergerie					
	CM Vie positive					
Centre Nord	CM Diocesain Bam					
Hauts Bassins	Clinique Yèrèlon					
	Clinique OST					
	CM REVS+					
	CM espoir et Vie					
Nord	CM AMMIE					

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

¹⁸ Sont prises en compte les structures associatives communautaires, les structures confessionnelles et les cliniques privées.

5.3. L'approvisionnement en médicaments

Au Burkina Faso, la réponse à l'infection à VIH s'est considérablement amplifiée de 2003 à 2007 et le nombre de malades mis sous traitement ARV a été multiplié par 12. Ces évolutions se poursuivront et s'intensifieront ; ce qui nécessitera un accroissement proportionnel des quantités et volumes de médicaments ARV et contre les IO ainsi que des moyens de diagnostic. Pour ce faire, des systèmes d'approvisionnement et de distribution performants et pérennes seront alors nécessaires si l'on veut, parallèlement à l'augmentation du nombre de malades mis sous traitement, améliorer à la fois, la qualité de leur prise en charge et l'efficience des financements engagés.

L'accroissement observé du nombre de malades pris en charge, résulte essentiellement de la mise en place de nouveaux financements qui ont contribué à augmenter fortement le montant des ressources mobilisées. Mais, cet accroissement des moyens financiers s'est fait, le plus souvent, parallèlement aux circuits financiers pré existants, par la superposition de nouveaux circuits de financement et d'approvisionnement, fonctionnant en quasi autarcie, sans véritable coordination avec les budgets et les opérateurs nationaux, créant ainsi une situation de plus en plus complexe et de moins en moins lisible.

La mise en place de ces financements additionnels n'a pas toujours été accompagnée d'évaluations préalables permettant de révéler la complexité du cycle d'approvisionnement et tout particulièrement de certains de ses éléments clés : estimation des besoins, capacité et conditions de stockage, notamment dans les centres de prise en charge, logistique de distribution, suivi des commandes fournisseurs, contrôle de qualité et rétro information de la périphérie vers le niveau central décisionnel. Il résulte de cette situation, parfois au niveau central mais surtout à la périphérie, dans les centres de prises en charge, des niveaux de stocks mal corrélés aux besoins, entraînant soit des ruptures de stocks soit la péremption de surstocks pouvant conduire à l'interruption des traitements, avec comme corollaire, le risque sous-jacent d'apparition de pharmaco résistance [UNICEF'2008].

Deux circuits d'approvisionnement coexistent au Burkina Faso, à savoir le circuit privé tenu par des grossistes privés (officines et pharmacies) et celui public représenté par la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) avec ses quatre agences. La

distribution au public se fait par l'entremise des Dépôts répartiteurs des districts, des Dépôts MEG des formations sanitaires. En ce qui concerne les ARV, ils sont presque exclusivement délivrés par la CAMEG qui a dû adapter son système de gestion (basé sur les grossistes) à la vente des ARV directement au client.

Légende

- Agence en projet
- Agence fonctionnelle
- Limite de Région
- Zone de couverture de l'agence de Fada
- Zone de couverture de l'agence de Ouahigouya
- Zone de couverture des agences de Ouagadougou
- Zone de couverture de l'agence de Bobo

Source : CAMEG, BNDT 2002

2008

NIKIEMA, D. E.

Lorsque la CAMEG a décidé en 1999 de distribuer les ARV au Burkina Faso sur demande du Ministère de la santé, le coût moyen mensuel de la trithérapie variait entre 500 000 FCFA et 600 000 FCFA dans le secteur privé. Des négociations avec certaines firmes pharmaceutiques ont abouti à une réduction très sensible des prix allant de 60% et 80%, depuis mai 2001. Ces produits étaient vendus au prix coûtant aux malades sans marge bénéficiaire.

Tableau 24. Evolution du coût mensuel de vente des traitements les plus prescrits en valeur absolue

Protocole	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz	250 184	82 080	40 000	40 000	32 635	27 420	25 085	20 300
Zidovudine + Lamivudine + Indinavir	310 497	89 215	53 488	53 488	46 123	39 665	37 630	35 345
Lamivudine + Stavudine + Efavirenz	279 374	53 450	31 458	31 072	27 242	22 572	21 044	17 670
Triomune				19 980	12 055	7 135	5 140	4 650

Source : SP/CNLS-IST, Rapport général de la septième session du CNLS-IST, janvier 2008

A la faveur des initiatives (Initiative PPTE, ESTHER, Banque Mondiale (MAP et TAP), Croix Rouge Française, Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le sida et le paludisme, Médecins Sans Frontière, Société TAN ALIZ, Banque africaine de développement (Projet de renforcement des services de santé et Projet d'appui à la lutte contre le sida), Don Brésilien, Don Belge, etc.) survenues en fin octobre 2003, le prix de participation des patients à l'acquisition des ARV a été fixé à 5000 FCFA. Depuis le 1er décembre 2007, lors de la commémoration de la Journée mondiale sida, le prix d'achat des ARV est passé de 5000 FCFA à 1500. Cette décision a été entérinée par arrêté n°2008-034/MS/CAB du 09 avril 2008, portant fixation des prix de cession des ARV aux personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso pour traitement, quelque soit le protocole thérapeutique. Toutefois, les ARV sont donnés gratuitement aux personnes qui sont déclarées indigentes, soit environ 80% des PvVIH ayant besoin de traitement [SP/CNLS-IST'2008].

5.4 Les portes d'entrée dans la prise en charge médicale

Il s'agit d'un certain nombre de maladies ou de situations qui constituent des opportunités pour l'enrôlement des patients dans le circuit de prise en charge médicale. Ce sont :

5.4.1. La tuberculose

Au cours des dix dernières années, les cas de tuberculose ont plus que triplé dans bon nombre de pays, notamment dans les milieux à forte prévalence du VIH. Environ 35 % des personnes souffrant de tuberculose sont en même temps infectées par le VIH. La co-infection tuberculose-VIH est devenue le principal facteur de propagation de l'épidémie de tuberculose dans la région africaine. Chez les personnes vivant avec le VIH, le virus favorise l'évolution de la tuberculose active, en cas d'infection latente ou récente due à *Mycobacterium tuberculosis*. Sur le plan pathologique, la tuberculose accélère la survenue du sida chez les personnes vivant avec le VIH et constitue une maladie révélatrice de l'infection à VIH. À ce jour, plusieurs essais randomisés ont établi l'efficacité des interventions conjointes pour réduire l'incidence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie chez les PvVIH. Le recours au traitement prophylactique à base de cotrimoxazole et d'isoniazide et la prise en charge des infections opportunistes ont permis de réduire la morbidité et la mortalité chez les PvVIH. La thérapie antirétrovirale, de son côté, a permis de réduire l'incidence de la tuberculose de plus de 80 % chez les PVVIH [OMS'2007].

Au Burkina Faso, selon les données recueillies en 1995, lors d'une étude réalisée au Centre régional de lutte anti-tuberculeuse (CRLAT) de Bobo-Dioulasso, 35% des malades tuberculeux étaient co-infectés TB/VIH. En 2003, une étude réalisée au CRLAT de Ouagadougou a montré un taux de séroprévalence VIH chez les tuberculeux de 25,9%. [SP/CNLS-IST'2004]

La stratégie « direct observation treatment » (DOTS) a démarré en 1995 et couvre à présent 100% du pays avec 81 Centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT). Un total de 379 CSPS, 12 infirmeries de prison et 10 dispensaires de l'Office de santé des travailleurs participent à l'identification des patients suspects de tuberculose. De plus, 106 laboratoires pratiquent la recherche du Bacille de Koch (BK) en routine ; un contrôle externe

de la qualité de ce réseau est régulièrement réalisé par le Laboratoire national de référence (LNR) et les examens sont jugés fiables.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) déclarés est passé de 1.560 en 2000 à 2.614 en 2007. De réels progrès dans le suivi des malades sont constatés ces dernières années. En effet, le taux de perdus de vue est passé de 16,3% en 2000 à 5,1% en 2006. Cependant, le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas TPM+ n'a atteint que 72,8% en 2006 en raison d'un taux élevé de létalité (12,5%) et d'échec (8,3%).

Le nombre de patients atteints de tuberculose bénéficiant d'un dépistage du VIH est passé de 23% en 2006 à 49% en 2007 ; 83% des tuberculeux co-infectés sont sous prophylaxie au cotrimoxazole.

Concernant l'implication des communautés, depuis l'année 2005, onze (11) structures associatives de coordination régionales appuient 352 associations de mise en œuvre à travers deux composantes : prévention (171 associations d'IEC/CCC, 21 associations de tradipraticiens et 20 associations d'anciens et de nouveaux malades) et prise en charge communautaire (20 associations de PECC de la TB et 120 associations de PECC des PVVIH). De 2005 à 2007, les prestataires communautaires ont sensibilisé environ 925 000 personnes, apporté un soutien psycho-social à 3294 malades de la TB et référé 4593 cas suspects de TB vers les CDT.

5.4.2. La Prévention de la transmission mère enfant du VIH

Sans mesure de prévention, 30 à 35% des enfants de mères séropositives contractent le virus à la naissance [UNICEF, 2005]. Les TARV peuvent pourtant réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, le travail et l'accouchement. C'est le but de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) qui à travers les différentes composantes (counselling, dépistage volontaire, thérapie antirétrovirale, etc.) qu'elle offre, permet de sauver plusieurs milliers de vies chaque année.

Au Burkina Faso, la Direction de la santé de la famille (DSF) est la structure technique de coordination de la prévention de la transmission mère-enfant. L'objectif général du

programme PTME est de réduire d'au moins 50% la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 2006 à 2010.

Trois types d'approches ont été utilisés à savoir l'approche contractuelle (cas du Centre médical Saint Camille), l'intégration des activités de prévention de la transmission mère-enfant dans les formations sanitaires (cas des structures publiques) et l'implication des associations.

Avec l'appui des partenaires techniques et financiers, les prestations de prévention de la transmission mère-enfant sont gratuites au niveau des bénéficiaires (y compris la Névirapine® qui est le principal ARV du programme).

Le Programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été officiellement lancé le 30 mai 2002 et les activités ont débuté le même mois au centre médical St Camille de Ouagadougou. Ce centre est resté leader dans la mise en œuvre du programme jusqu'en 2005. Les districts sanitaires de Pissy, du secteur 15 de Bobo, de Ouahigouya, de Gaoua et de Tenkodogo ont été les cinq autres sites à entamer les activités de la PTME en 2002.

D'un point de vue évolutif, le nombre de districts offrant des services de PTME est respectivement passé de 3, 12, 26, 38, 45 à 50 pour les années 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 et 2007. Outre l'extension, la qualité des activités de PTME s'est progressivement améliorée au cours de la période au regard des résultats enregistrés (Cf. tableau suivant). S'agissant du nombre de formations sanitaires ayant intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités, il est passé respectivement de 9, 14, 44, 152, 211 à 400 sites pour les années 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 et 2007. Cette progression, bien qu'intéressante ne concerne que moins de 50% des formations sanitaires publiques du pays.

Carte 15 : Situation des districts offrant des services de PTME en 2007



Tableau 25 : Etat de progrès de la transmission mère-enfant (TME)

Activités	Année 2005		Année 2006		Année 2007	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nouvelles CPN	41 168		58 954		78 362	
Adhésion au conseil pré-test	24 856	60,38	37 735	64		
Adhésion au dépistage	19 661	79,10	29 010	77	50 746	
Résultats rendus (post test)	16 644	84,65	24 356	84		
Femme VIH+	832	4,23	1 378	5,70	1 591	3,14
Partenaires femmes enceintes dépistées	1 010	5,14	1 142	4,70		
Partenaires VIH+	64	6,34	95	8,30		
Femmes enceintes testées positives ayant accouché dans une formation sanitaire	673	80,89	1 401		1 640	
Mères ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	476	70,73	1 134	81,82	1 408	85,85
Enfants testés VIH+	14	10,14	19	6,48	25	9,2

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2005, 2006, 2007

5.4.3. Le Conseil Dépistage Volontaire (CDV)

Il constitue une importante porte d'entrée pour la prise en charge médicale en ce sens qu'en assurant le dépistage dans un cadre formel et spécialisé, il donne l'opportunité aux personnes dépistées positives d'être orientées vers des structures de prise en charge adéquate.

Le nombre total de centres de conseil dépistage volontaire (CCDV) a considérablement évolué du premier Cadre stratégique de lutte contre le sida au deuxième. En effet, de 2003 à 2005, le nombre de CCDV est passé de 35 à 93 et de 93 à 121 de 2005 à 2007, répartis dans 40 districts sanitaires, soit un taux de couverture de 73%.

Tableau 26 : Evolution des indicateurs en matière de dépistage volontaire

Indicateurs	2005	2006	2007
Nombre de centre CDV	93	116	121
Nombre de personnes dépistées	170 826	169 767	115 991
Proportion de personnes ayant fait le test de dépistage VIH parmi les personnes reçues pour le conseil-dépistage volontaire dans les structures communautaires	86,48%	87,73%	88,24%
Proportion de structures hospitalières (CHU, CHR, CMA, CM) offrant en routine le conseil et le dépistage volontaire du VIH	25,00%	36,47%	24,00%
Proportion de Districts sanitaires offrant en routine le conseil et le dépistage volontaire du VIH	32,73%	67,27%	100,00%
Proportion de structures communautaires offrant en routine le conseil et le dépistage volontaire du VIH	8,70%	10,70%	11,29%
Taux de séropositivité	5,8%	5,3%	5,5%

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2005, 2006, 2007

Les activités de promotion du CDV ont permis de dépister 115 991 personnes en 2007 contre 199 767 en 2006, représentant un taux de régression de 41,9% ; ceci s'explique par l'insuffisance de ressources pour la réalisation de la campagne de dépistage en milieu scolaire et universitaire.

Les taux de séropositivité des années 2005, 2006 et 2007 montrent une certaine stabilité de l'évolution de l'épidémie : 5,8% en 2005 contre 5,5% en 2007.

Il existe trois types de CDV comprenant les centres intégrés aux formations sanitaires, les centres autonomes gérés par les associations et le dépistage mobile.

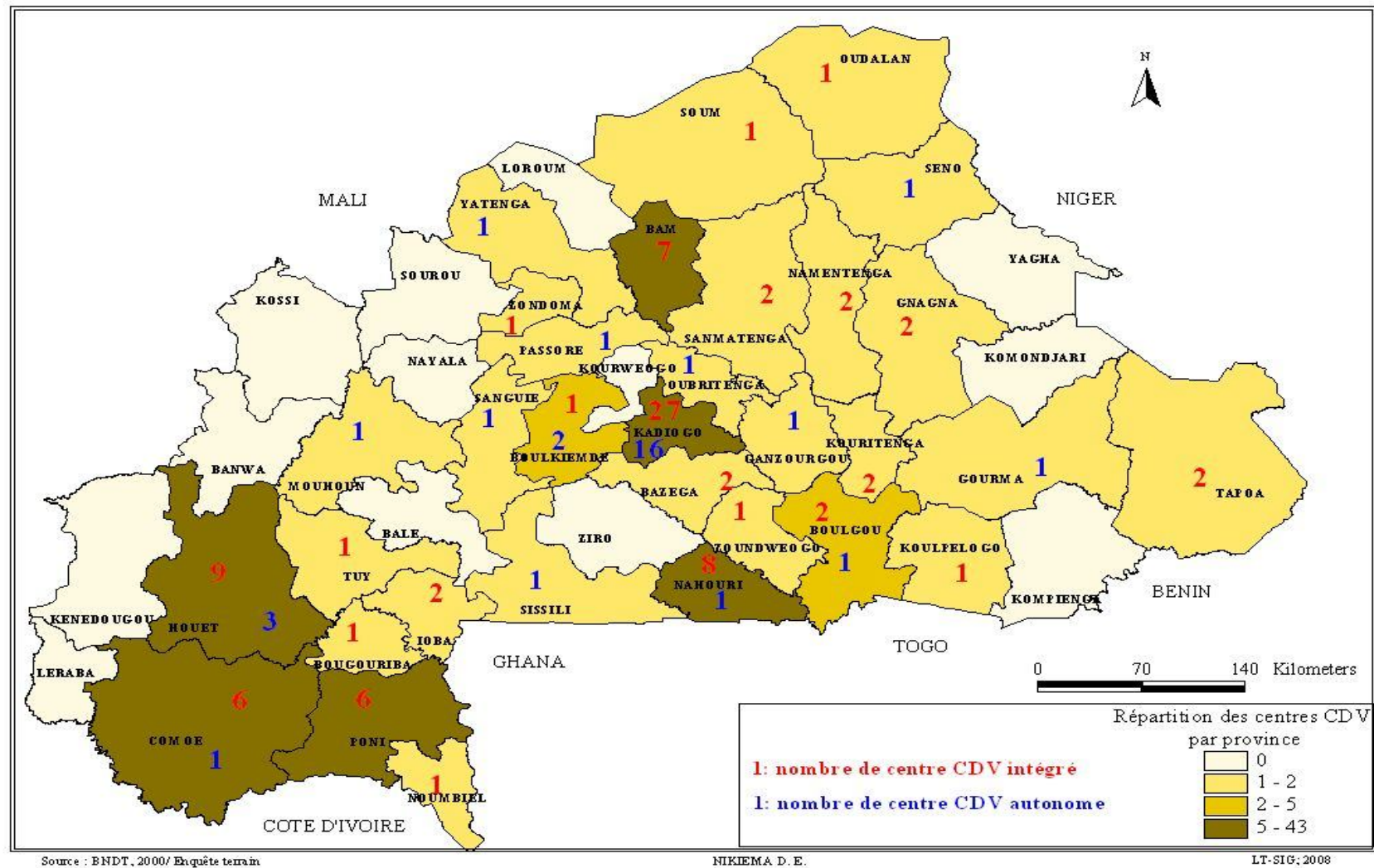
Photo 2 : *Un véhicule de dépistage mobile*



©AAS, 2008

Une équipe de l'unité mobile (stratégie avancée)
de l'association AAS en pleine séance de dépistage.

Carte 16 : Localisation des centres de dépistage en 2007



5.4.4. La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles

Les interventions dans ce domaine ont couvert essentiellement : la révision et la diffusion des documents techniques, la formation/supervision des acteurs, la dotation en kits IST à des prix subventionnés, le renforcement de la surveillance des IST et le suivi évaluation des activités.

En effet dès 2002, il a été procédé : (i) à la révision et à l'adoption des algorithmes de prise en charge syndromique des IST, (ii) à l'adoption des normes et protocoles pour la prise en charge syndromique des cas IST et (iii) à la formation des agents à la prise en charge syndromique des IST.

Si l'année 2003 a été marquée par une faible exécution des activités dans ce domaine par insuffisance de financement, par contre les années suivantes ont connu un renforcement des interventions à travers surtout : l'extension et le renforcement des expériences réussies dans les interventions dans le milieu des travailleuses¹⁹ du sexe, la multiplication et la diffusion de la 3ème version des algorithmes de prise en charge des IST dont une version sous forme d'affiche a été élaborée, la confection et la mise à disposition effective des kits de traitement des IST à des coûts abordables (100-200 et 500 FCFA) dans les formations sanitaires y compris celles des Ministères de la défense, de la sécurité et des maisons d'arrêt, la mise en place d'un système de surveillance renforcée dans les sites sentinelles, la mise en place du réseau national de surveillance de la sensibilité des germes responsables des IST et le renforcement des compétences des agents.

Ces efforts, intensifiés en 2005 ont permis de notifier et de traiter de plus en plus de cas d'IST dans les formations sanitaires (Cf. tableau ci-dessous). La majorité des cas traités sont retrouvés chez les femmes et dans la tranche d'âge 20-29 ans.

Tableau 27 : Evolution des cas d'IST traités de 2004 à 2006

	2004	2005	2006
Nombre de cas d'IST notifiés et traités	94 330	97 325	109 266
Pourcentage de femmes	75,4%	79,2%	82,2%
Pourcentage de jeunes de 20-29 ans		49,6%	49,9%

¹⁹ Il existe également des hommes dans ce milieu de la prostitution, mais la terminologie internationale à laquelle nous essayons de nous coller au plus, instruit d'utiliser « travailleuses du sexe ».

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2005, 2006, 2007

Par ailleurs, dans le cadre des interventions ciblées, il faut noter l'élargissement des interventions envers d'autres cibles et d'autres villes :

- District sanitaire de Bogodogo (projet AWARE/HIV),
- Ouagadougou, Banfora et Pô avec ONG Médicos del mundo,
- Ouagadougou et Koudougou avec ATU-JB
- les actions du projet et de l'association Yérèlon qui s'étendent de Bobo-Dioulasso à Niangoloko.
- le suivi des travailleuses du sexe et les routiers par le CSPS du secteur 15 de Ouagadougou en collaboration avec l'Union des routiers du Burkina contre le SIDA dans toutes les grandes gares du pays et dans les principales frontières.

5.5. Financement de l'offre de soins liés à l'infection à VIH

Pour soutenir l'offre de soins liés à l'infection à VIH, les acteurs de financement de la réponse au VIH ont injecté successivement 14,10 milliards de FCFA en 2003, 17,97 milliards de FCFA en 2004, 24,11 milliards de FCFA en 2005 et 21,28 milliards de FCFA en 2006. La baisse des ressources en 2006 pourrait s'expliquer par le fait que le CSLS 2006-2010 était dans sa phase transitoire (adoption du nouveau cadre stratégique et tenue de la table ronde des bailleurs de fonds en juillet 2006). Sur la période, les partenaires extérieurs restent la principale source de financement de la réponse au VIH avec 52,29% en 2003; 80,30% en 2004 et 82,49% en 2005, 81,77% en 2006. La diminution de la contribution des partenaires extérieurs est due à la clôture de certains projets/programmes, tels le Projet d'appui au Programme national multisectoriel de lutte contre le sida (PA-PMLS), le programme de traitement accéléré (TAP). Ces clôtures n'ont pas entraîné un arrêt définitif des interventions mais plutôt une baisse de l'apport des partenaires techniques et financiers intervenants dans ces projets et programmes.

Tableau 28 : Evolution de la dépense par source de financement de 2005 à 2006

Source de financement	2005	2006
Gouvernement	1,15	1,86
Ménages	2,74	1,73
Entreprises privées	0,33	0,00
ONG nationales	0,00	0,29

Partenaires bilatéraux	5,82	5,98
Partenaires multilatéraux	4,33	9,72
Institutions financières internationales	8,56	0,00
ONG internationales	1,18	1,70
Total	24,11	21,28

Source : SP/CNLS-IST : Etude sur l'estimation financière des ressources et des dépenses de sida, 2005 et 2006

Ces ressources mobilisées ont servi principalement à financer les services de soins et de traitement : 26,1% des ressources en 2003, 26,52% en 2004, 41,98% en 2005 et 35,21% en 2006. Elles ont par ailleurs été affectées aux dépenses de prévention : 34,4% des dépenses en 2003, 23,23% en 2004 et 23,40 en 2005 puis 29,48% en 2006.

Dans les services de soins et de traitement, la plupart des ressources ont été allouées à l'approvisionnement en ARV. Ces ressources rapportées aux dépenses globales se présentent comme suit : 7,7% en 2003, 8,55% en 2004 et 28,34% en 2005 et 16,82% en 2006.

Tableau 29 : Situation des dépenses en fonction des interventions pour les années 2005 et 2006

Catégories	Dépenses 2005	Dépenses 2006
PREVENTION	5 642 332 000,00	6 274 394 783,00
Masse média	1 545 000	
IEC/CCC	2 175 521 000	1 295 301 844,00
Conseil et dépistage volontaire	249 970 000	539 905 904,00
Jeunes	296 386 000	284 000 000,00
Programmes axés sur les TS et leurs clients	226 665 000	93 000 000,00
Activités sur les lieux de travail	24 249 000	307 416 469,00
Programmes de prévention pour PVVIH	1 100 000	134 776 350,00
Populations spécifiques	373 368 000	177 449 707,00
Fourniture de préservatif féminin et masculin	1 144 264 000	1 711 531 944,00
Amélioration de la prise en charge des IST	-	328 729 023,00
Prévention de la transmission mère enfant du VIH	808 270 000	954 976 799,00
Sécurité de sang	340 994 000	228 648 697,00
Précautions universelles	-	218 658 046,00
PRISE EN CHARGE MEDICALE	10 123 228 000,00	7 494 404 018,00
Traitement Antiretroviral	6 833 850 000	3 580 413 868,00
Soutien nutritionnel associé au traitement ARV	542 333 000	807 111 377,00
Suivi en laboratoire spécifique des maladies liées au VIH	196 624 000	623 863 612,00
Soutien psychologique et services d'accompagnement	-	349 041 399,00
Transport des patients et aide d'urgence	-	2 786 321,00
Soins palliatifs	18 689 000	813 840 736,00
Prophylaxie des infections opportunistes	460 000 000	68 509 292,00
Traitement des infections opportunistes	2 071 732 000	1 233 837 413,00
Autres services de soins et de traitement non classés ailleurs		15 000 000,00
ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES	941 934 000	868 847 400,00
MANAGEMENT DE PROGRAMME	3 788 806 000,00	4 205 066 353,00
Gestion de programme	2 178 726 000	1 990 531 457,00
Planification et coordination	24 863 000	136 189 420,00
Suivi et évaluation	645 344 000	848 630 744,00
Recherche opérationnelle	512 982 000	1 046 143 769,00
Surveillance (sero-sentinel, comportementale)	426 891 000	183 570 963,00
FORMATION	932 889 000	646 998 957,00
PROTECTION SOCIALE ET SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT	1 142 816 000,00	764 483 968,00
Protection sociale à travers les prestations de services sociaux	32 089 000	699 689 852,00
Projets générateurs de revenus	61 192 000	63 798 000,00
Autres services de protection sociale non classés ailleurs	1 049 535 000	996 116,00
ENVIRONNEMENT FAVORABLE	1 540 576 000,00	1 029 963 580,00
Plaidoyer et communication stratégique	14 772 000	112 259 471,00
Droit de l'Homme	199 173 000	68 500 064,00
Renforcement institutionnel spécifique au SIDA	1 326 631 000	849 204 045,00
TOTAL	24 112 581 000,00	21 284 159 059,00

Source : SP/CNLS-IST : Etude sur l'estimation financière des ressources et des dépenses de sida, 2005 et 2006

En terme de cibles, l'analyse des comptes nationaux sida montre que la plupart des ressources ont été dépensées au profit de la population générale et des personnes vivant avec le sida de 2003 à 2006 :

- la population générale avec : 48,1% en 2003; 52% en 2004 et 35,25% en 2005 et 42,33% en 2006
- les personnes vivant avec le VIH avec : 31,7 en 2003; 20,33% en 2004 et 44,35% en 2005 et 39,42% en 2006.

L'analyse des dépenses en terme de prestataires de biens et services montre une amélioration dans la répartition des ressources ; en effet, la part des dépenses affectées aux structures de soins spécifiquement (hôpital, services de soins ambulatoires, services de laboratoire et pharmacies) est passée de 12,82% en 2005 à 36,15% en 2006. Les dépenses des services de promotion de santé et de prévention ont largement été revues à la baisse au profit des services sociaux, de la coordination des actions et des centres de recherche. Le tableau suivant présente la situation des dépenses par prestataires en valeur relative pour les années 2005 et 2006.

Tableau 30 : Situation des dépenses par prestataires de biens et services pour les années 2005 et 2006 en valeur relative

Prestataires	2005	2006
Hôpital	3,44%	24,45%
Services de soins ambulatoires	4,15%	6,42%
Services de laboratoires	5,23%	2,93%
Pharmacie	0,00%	2,35%
Services de promotion de santé et de prévention	73,61%	46,04%
Banque de sang et auxiliaires	0,00%	1,07%
Services sociaux	1,54%	2,32%
Autorité nationale de coordination	7,02%	9,25%
Mass média	0,01%	0,26%
Autres prestataires non santé	2,15%	0,00%
Centres de recherche	2,85%	4,92%

Source : SP/CNLS-IST : Etude sur l'estimation financière des ressources et des dépenses de sida, 2005 et 2006

L'introduction tardive des ARV n'aura pas permis avant 2003 une offre de soins efficiente. Toutefois, avec l'appui de différentes initiatives d'accès aux soins et traitements du sida, l'offre de soins liés à l'infection à VIH a été marquée par l'implication des structures de tout ordre : publiques, privées confessionnelles, associatives, privées lucratives. L'intégration des structures aura permis, malgré l'arrivée tardive des thérapies antiretrovirale, de constater une couverture géographique importante (43 provinces sur 45 dispensent des TARV). A cette couverture géographique s'allie un nombre important de personnes vivant avec le VIH bénéficiaires de cette prise en charge thérapeutique. Leur nombre va crescendo en raison de la réduction des coûts, certes, mais cela y va aussi de l'importance des ressources humaines et matérielles développées ou renforcées dans ce sens. Cela nous permet de nous interroger sur les apports de la prise en charge thérapeutique sur le système de santé et l'offre de soins au niveau du Burkina Faso.

CHAPITRE 6 : L'INFECTION A VIH ET LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE, QUELS APPORTS SUR L'OFFRE NATIONALE DE SOINS

L'infection du VIH a profondément éprouvé les systèmes de santé des pays en développement qui étaient déjà en difficulté. Les systèmes de santé sont doublement touchés : à travers le personnel infecté par le VIH et dans leur organisation. Il y a un fort afflux de patients pour les différents aspects de prise en charge médicale : examens biologiques et médicaux, prise en charge des infections opportunistes, TAR, co-infection tuberculose, VIH, etc. L'appréciation des répercussions porte sur trois principaux niveaux : le personnel de santé, les structures de soins et les dépenses publiques [PNUD'2001]. Mais, *in fine*, l'épidémie n'a-t-elle pas fait progresser le système sanitaire tout entier ?

Depuis la Cisma 2001 tenue à Ouagadougou, les communautés avaient marqué leur participation à la lutte contre le VIH ; une lutte qui, d'abord axée sur la prévention, allait être résolument orientée vers l'implication dans les soins et traitements liés au VIH à partir de la mise en œuvre de l'initiative « three by five ».

Pour faire face à cet assaut de l'infection à VIH sur le système de santé, il a fallu développer des initiatives telle que l'implication du communautaire dans l'offre de soins, la création de centres spécialisés pour la prise en charge des personnes infectées, la formation du personnel médical, paramédical et des agents communautaires de soins à la prise en charge médicale.

6.1. Traitement et soins de l'infection à VIH, quels apports à l'offre de soins

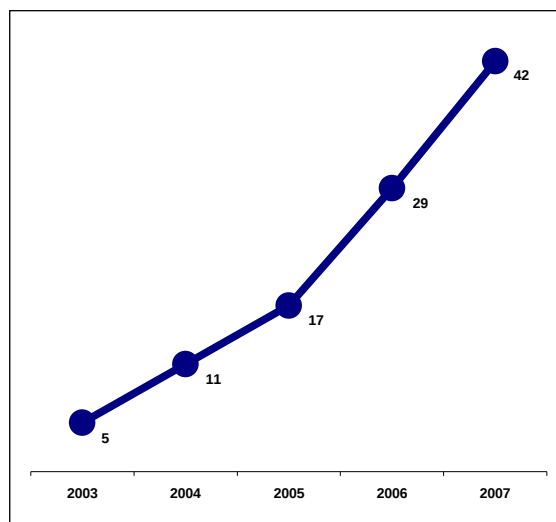
L'initiative « Three by five » constitue pour les systèmes de santé des pays où la charge morbide du sida est particulièrement élevée un formidable défi en raison de l'ampleur des changements à apporter d'urgence dans un contexte d'incapacités et de sous rendement chroniques [2004]. Cette initiative a été un moteur, un levier de l'élargissement des soins et traitements à une plus grande majorité de personnes qui en avaient besoin. Cet élargissement s'est traduit dans les pays en développement sur le plan géographique et institutionnel. Ce qui

a permis la rénovation, voire la mise en place d'infrastructures et d'équipements sanitaires, la formation plus accrue des professionnels de santé, etc., d'où l'apport au système de santé.

6.1.1. Au niveau de la couverture géographique

Sur le plan géographique, la couverture nationale de l'offre de soins s'est accrue, passant de 5 provinces en 2003 à 42 provinces en 2007. Seules les provinces du Yagha (Sahel), du Ziro (Centre Ouest) et de la Komondjari (Est) ne disposent toujours pas de structures de soins et traitement du sida.

Graphique 12: couverture géographique des provinces disposant d'au moins un centre de soins et traitement du sida



NIKIEMA D.E

2008

Ces trois provinces étaient auparavant rattachées au district sanitaire de Dori pour le Yagha, le district sanitaire de Léo pour le Ziro et au district sanitaire de Fada pour la Komondjari. Leur autonomie n'étant pas encore effective, ces provinces ne disposent pas des compétences humaines et matérielles nécessaires à la prise en charge thérapeutique de l'infection à VIH.

6.1.2. Au niveau institutionnel

Pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients sous thérapie antirétrovirale, l'on constatera une modification institutionnelle du système de santé au Burkina Faso. Cette modification devrait permettre de soutenir le système traditionnel de soins. En effet, le Gouvernement du Burkina Faso avec l'appui technique et financier de la Croix rouge française, a, en 2000, procédé à la mise en place d'un Centre de traitement ambulatoire en vue de la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le sida : c'est un hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge du sida. Il est intégré à l'hôpital public en tant que service ou unité de soins, et géré par une équipe de soignants professionnels nationaux.

Le concept du Centre de traitements ambulatoires a été défini et mis en place dès 1994 par l'Organisation panafricaine de lutte contre le sida (OPALS). Il a naturellement évolué depuis, notamment avec la disponibilité des traitements antirétroviraux et des financements extérieurs. Ainsi, le rôle précurseur et initiateur, l'appui technique proposé par l'OPALS et poursuivi à partir de 1998 par la Croix-Rouge française, ont permis de faire des CTA les premières structures de prise en charge des malades en Afrique [CRF'2007]. Le 16 novembre 1998, la Croix-Rouge française (CRF) et l'Organisation panafricaine de la lutte contre le SIDA (OPALS) ont signé une Convention-Cadre en vertu de laquelle les deux organisations officialisent un rapprochement afin d'optimiser leurs interventions sur le sida en Afrique, à partir d'un instrument commun²⁰.

C'est ainsi qu'en septembre 2000, le CTA de Ouagadougou est ouvert et celui de Bobo-Dioulasso a été inauguré en novembre 2002 mais sa fonctionnalité n'a été effective qu'à partir du 25 Janvier 2005.. Malgré les réserves, les craintes et les difficultés rencontrées, le CTA s'est imposé comme l'une des réponses les mieux adaptées pour la prise en charge de personnes atteintes du sida dans les pays du Sud, et notamment en Afrique subsaharienne.

D'une capacité d'accueil de 300 patients, le CTA de Ouagadougou sera très vite submergé par l'arrivée de patients de diverses et très lointaines origines²¹. La CRF a restitué aux autorités le centre de Bobo-Dioulasso en 2004 et celui de Ouagadougou en avril 2007. Les CTA sont passés sous la tutelle du Ministère de la santé et ils ont pris la dénomination de « Hôpital du jour » (HDJ), rattachés au centre hospitalier universitaire Sanon Sourou (CHU-SS) pour celui de Bobo-Dioulasso et au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) pour celui de Ouagadougou.

***Photo 3 : L'hôpital du
Ouagadougou***



jour de

²⁰ <http://www.croix-rouge.fr/goto/actualites/durban/carte.asp>

²¹ Entretiens réalisés au CTA en 2004

Construit au sein du CHU-YO (Ouagadougou), cette infrastructure est le signe révélateur de l'importance accordée à la prise en charge thérapeutique des PvVIH

Encadré 2: Les Centres de traitement ambulatoires : l'espoir en perspective

Le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) a été élaboré à partir d'une connaissance des réalités sanitaires et sociales africaines. Il s'agit d'une structure légère, souple, adaptée à son environnement culturel, insérée dans le système de santé du pays et associée aux programmes nationaux de lutte contre le sida. Le personnel est entièrement composé de professionnels locaux, dont certains sont mis à disposition par le ministère de la Santé des pays concernés.

Principes

- S'inscrire en cohérence avec les dispositifs de santé en fonctionnement.
- Allier la modernité (hôpital de jour) à la tradition africaine (soins à domicile).
- Veiller à l'intégration et à la non-discrimination du malade au sein de la société.
- Devenir le support d'une recherche clinique effective

Objectifs

Centre de soins spécialisé sur le VIH, le CTA assiste les structures existantes dans la prise en charge des personnes atteintes. Ses objectifs se déclinent sur trois domaines complémentaires.

- En termes de santé, le CTA a pour mission d'assurer l'accueil, le dépistage et une prise en charge médicale des patients par la mise à disposition de traitements appropriés, y compris, dans la mesure du possible, les traitements antirétroviraux.
- En termes de formation, le CTA veille à affiner et compléter les connaissances et techniques acquises par le personnel, afin d'accroître son efficacité et son autonomie.
- En termes de prévention, la mobilisation des acteurs communautaires, des associations et des patients eux-mêmes favorise la diffusion de l'information sur le VIH dans l'environnement du CTA

Fonctionnement

Le CTA assure le dépistage du VIH/Sida, le suivi médical, le traitement des infections opportunistes, la dispensation de médicaments et le soutien social. Généralement articulé avec une structure hospitalière, il est animé par des spécialistes de la santé (médecins, infirmiers) et du social (assistant social, psychologue) et dispose d'un technicien de laboratoire et de personnels de soutien (secrétariat, accueil, administration, entretien). Ces programmes associent progressivement les Sociétés Nationales de Croix-Rouge/Croissant Rouge et ont vocation, à terme, à être intégrés à leurs activités.

6.1.3. La nécessité d'un renforcement des capacités des structures publiques de prise en charge

L'introduction officielle de la thérapie antirétrovirale en 2003 a eu pour conséquence la prise de certaines mesures facilitant l'administration des ARV. En effet, dès 2003, des réflexions ont été engagées par le Gouvernement avec l'appui technique du programme ESTHER et de l'OMS en vue de l'élaboration des normes et protocoles de prise en charge qui ont été adoptés en 2004. Ce document de normes et protocoles a été révisé en 2005 selon le principe de la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte du VIH/sida (PCIM/VIH). En 2006, un plan de passage à l'échelle du traitement antirétroviral a été adopté et les modules de formation sur la PCIM/VIH ont été adaptés à la politique de prise en charge nationale. Ce plan de passage devrait permettre (i) de renforcer et soutenir les services de prise en charge médicale, (ii) de renforcer l'approvisionnement et la gestion des réactifs, médicaments, consommables médicaux, nutriments et équipements, (iii) de renforcer la participation communautaire à la prise en charge médicale et (iv) de renforcer la coordination et le contrôle de qualité.

Après l'introduction officielle de la thérapie antirétrovirale en 2003, les besoins en traitement n'ont pas cessé de croître. En effet, la file active ARV est passée de 9 701 en 2004, à 13 616 en 2005 et à 30 113 en 2006, pourtant le nombre de patients sous traitement antirétroviral n'a pas suivi la même évolution que les besoins. C'est ainsi qu'une vaste campagne de formation a été organisée à partir de 2004 et a permis de disposer d'environ 4172 professionnels de santé impliqués dans la prise en charge. Le tableau suivant donne la situation des agents de santé formés par type de formation.

Tableau 31 : Situation des agents de santé formés par type de formation de 2004 à 2007

Type de formation	2004	2005	2006	2007
formation spécifique en matière de prescription	394 médecins, pharmaciens, techniciens de laboratoire, infirmiers	40 pharmaciens 75 médecins 50 paramédicaux (dont agents CDT tuberculose)		
formation au diplôme interuniversitaire	20 prestataires	10 prestataires	10 prestataires	
formation en suivi biologique		105 techniciens de laboratoire		
formation sur le counselling, dépistage et la prise en charge psychosociale des PVVIH		20 chirurgiens dentistes		
formation en législation sanitaire et droits des			18 médecins hospitaliers	
Introduction des modules de formation en IST/VIH/SIDA à l'école nationale de santé publique			Existence de documents de référence 20 enseignants permanents formés	étudiants formés
formation sur la PCIM/VIH			682 agents de santé	2728 agents de santé

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2004, 2005, 2006, 2007

De plus, d'autres formations non quantifiées ont été réalisées au profit (i) des préparateurs en pharmacie sur la gestion et la dispensation des ARV, (ii) des agents de santé au cours Fournier en France sur la prise en charge du VIH/SIDA et des IST, (iii) des agents des services de la lutte contre la maladie sur l'organisation de la prise en charge médicale des PVVIH, (iv) d'un pool de formateurs sur la prévention des infections, la prise en charge des IST et le CDV dans toutes les régions sanitaires.

Toujours dans le sens des mesures prises par le Gouvernement et comme présenté au 5.3, des initiatives de prises en charge ont été négociées et ont permis au pays de rendre disponibles de façon permanente les ARV pour la prise en charge thérapeutique des patients. Ainsi, les premiers stocks d'ARV ont acquis sur fonds propre de la CAMEG en 1999, puis ont suivi les dotations des initiatives qui se présentent comme suit :

- mars 2002 : Approvisionnement du CTA sur financement de la Croix Rouge Française ;
- octobre 2002: Introduction des ARV en génériques sur financement de l'entreprise TAN ALIZ ;
- 2003: Protocole d'accord avec ESTHER, MSF et la Banque Mondiale à travers le MAP ;
- 2004: Protocole d'accord avec le PNUD (Bénéficiaire principal du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour une durée de deux ans prorogé en 2006 et avec la Banque africaine de développement à travers le projet de renforcement des services de santé (PRSS) ;
- 2005 : Protocole d'accord avec la Banque mondiale à travers le TAP et la Banque africaine de développement à travers le projet d'appui à la lutte contre le VIH/sida (PALS) ;
- 2007: Renouvellement du protocole d'accord avec le SP/CNLS-IST (nouveau bénéficiaire principal du fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) ;
- 2007: Protocole d'accord avec la Fondation CLINTON (UNITAID) et le Royaume de Belgique à travers le projet d'appui au Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida et les IST.

Le tableau suivant présente l'évolution des acquisitions d'ARV par la CAMEG de 1999 à 2007.

Tableau 32 : Evolution des acquisitions d'ARV par la CAMEG de 1999 à 2007

Année	Montant en F CFA
1999	160 525 000
2000	225 712 776
2001	397 813 894
2002	925 508 875
2003	794 846 654
2004	1 021 349 267
2005	2 465 485 627
2006	1 720 139 540
2007	2 108 247 561

Source : SP/CNLS-IST, Rapport général des travaux de la septième session du CNLS-IST, janvier 2008

6.2. Implication du monde associatif à l'offre de soins sida, quelle contribution ?

L'action de sensibilisation menée par la société civile a été utile pour ouvrir la voie au traitement d'un plus grand nombre de personnes vivant avec le sida. Dès 1978 à la conférence sur les soins de santé primaires de Alma Ata, la pleine participation de la communauté aux activités multiformes menées en vue d'améliorer la santé est devenue l'un des piliers du mouvement en faveur de la santé pour tous [OMS'2004]. La Charte d'Ottawa, signée en 1986 à l'occasion de la Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, considère que le renforcement de l'action communautaire constitue l'une des cinq priorités essentielles en vue d'une action sanitaire fondée sur la prévention²². Pour atteindre l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », il va falloir établir des partenariats entre les gouvernements nationaux, les organisations internationales, la société civile et les communautés et tirer parti des ressources propres à chacun pour obtenir des résultats sur le terrain. Il est indispensable que l'action soit conduite par les gouvernements car la société civile ne peut pas se substituer au secteur public. Toutefois, certaines instances gouvernementales pourront constituer des partenariats avec des groupes de la société civile et mettre en place des dispositifs permettant d'utiliser les compétences existant au sein des diverses communautés.

Au Burkina Faso, le dispositif associatif de la réponse au sida soutenu par les pouvoirs publics et les partenaires au développement est particulièrement dense, diversifié et constitue depuis le début de l'épidémie un des leviers essentiel de la politique de lutte contre la maladie. L'implication du monde communautaire dans la prise en charge des personnes affectées et infectées par le VIH, c'est-à-dire la population générale dans toutes ses déclinaisons, a contribué à impulser une réelle dynamique dans l'offre de service et dans la décentralisation des prestations. A travers le dépistage proposé à l'ensemble de la population, et les services divers qu'elles offrent aux personnes vivant avec le VIH, les structures associatives constituent un maillon important de l'offre de soins, et notamment pour la prise en charge thérapeutique au Burkina Faso.

²² Charte d'Ottawa. Première Conférence internationale pour la Promotion de la Santé : Vers une nouvelle santé publique, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf, consulté le 12 mars 2007)

Longtemps impliquées et confinées dans la prévention de l'infection à travers les actions de sensibilisation, les communautés ont véritablement intégré l'offre de soins de sida à partir de 2003, avec les premières initiatives de prise en charge ARV au Burkina Faso.

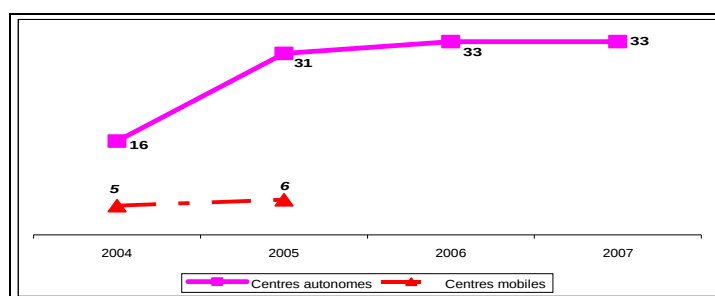
6.2.1. Les centres communautaires de dépistage

A la fin du 3^{ème} trimestre 2007, le nombre des centres de dépistage sur le territoire national était de 121 repartis dans 40 districts sanitaires, soit un taux de couverture de 73%. Quarante-huit (88) centres sont intégrés dans les formations sanitaires contre 33 centres de dépistage, gérés par des structures communautaires [SP/CNLS-IST'2007]. Au nombre des centres des structures associatives, on compte les centres autonomes, fixes et les équipes mobiles, appelées « dépistage en stratégie avancée ».

La répartition détaillée des centres autonomes suivant les 45 provinces du Burkina Faso donne une disparité d'implantation et un faible niveau, voire une absence totale de couverture de certaines provinces. Ainsi, seul un tiers (15 provinces) dispose de centres de dépistage communautaires, le Kadiogo disposant de 50% des centres, suivi du Houet (9%), du Boulkiemdé (6%). Les douze autres provinces disposent chacune d'un centre de dépistage.

Les centres communautaires de dépistage ont véritablement été répertoriés à partir de 2004 (16 centres). Au cours de l'année 2005, le nombre est passé du simple au double (31 centres) avant de se stabiliser au cours des deux dernières années. Cette augmentation des centres autonomes caractérise bien la place de choix qu'occupent les activités de dépistage au niveau du monde associatif. Les principales actions menées sont (i) le dépistage de routine, (ii) les campagnes nationales de dépistage, et (iii) le dépistage mobile, en stratégie avancée.

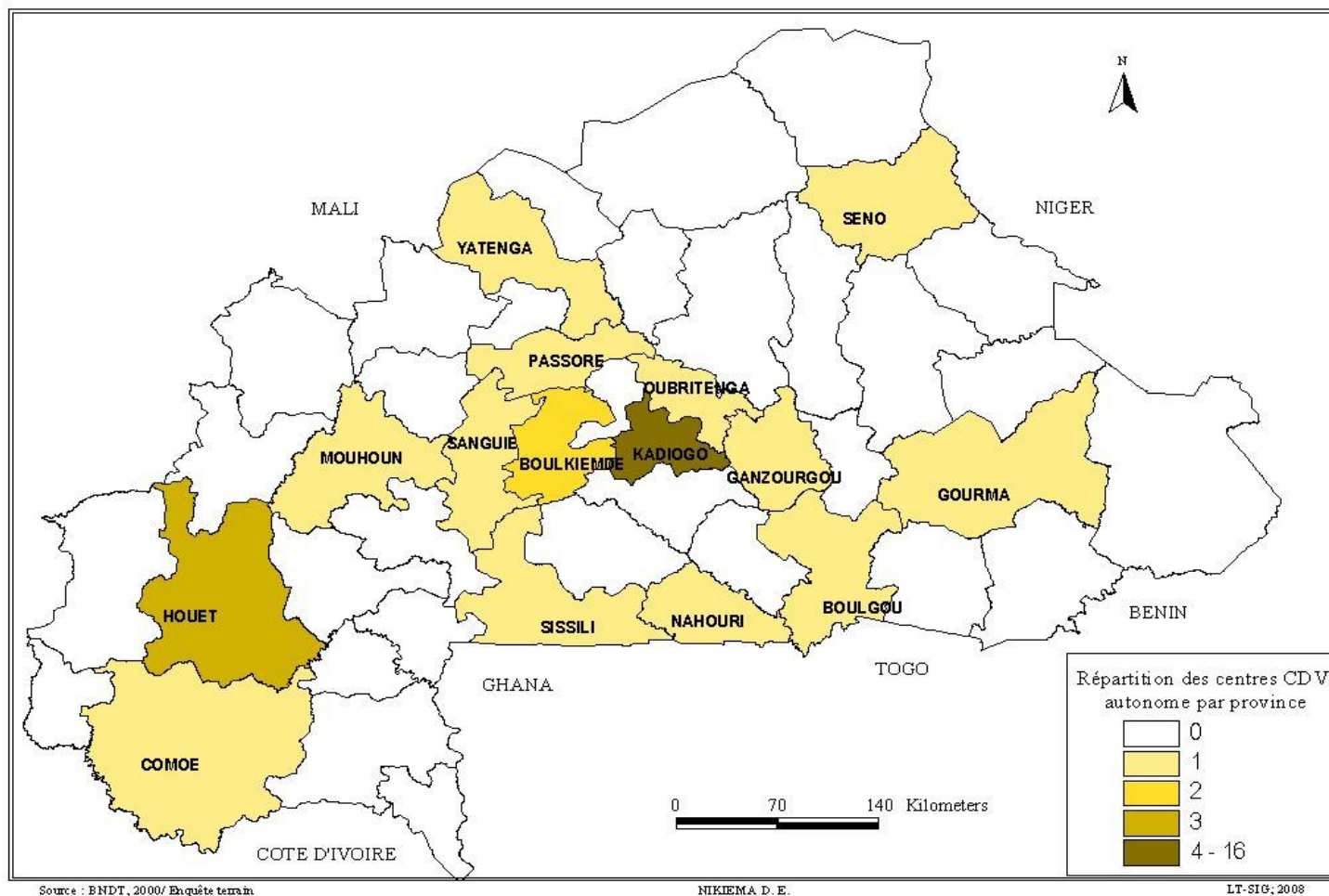
Graphique 13 : évolution des centres de dépistage communautaire de 2004 à 2007



Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2004, 2005, 2006, 2007

NB/ A partir de 2005, il existe plus de données sur les stratégies mobiles

Carte 17 : Localisation des centres de conseil dépistage volontaire autonome



A l'échelle des 13 régions du Burkina Faso, les disparités d'implantation révèlent un faible niveau de couverture avec des régions où aucun site communautaire n'est mis en place : Centre Nord (Sanmatenga), du Sud Ouest (Poni). Par contre, les régions de la Boucle du Mouhoun (Mouhoun), des Cascades (Comoé), du Centre Est (Boulgou), du Centre Sud (Zoundwéogo), de l'Est (Gourma), Plateau Central (Oubritenga) et du Sahel (Séno) disposent d'un centre par région.

Tout comme les structures associatives concentrées dans les zones urbaines, les centres de dépistage autonomes se déclinent dans la même logique. Ainsi, la province du Kadiogo compte à elle seule 44 centres de dépistage dont 27 centres intégrés et 17 centres autonomes soit 39% du total des structures. Un seul centre est situé hors des limites communales de Ouagadougou : c'est le centre ALAVI, situé dans le département de Tanghin Dassouri. Les autres structures autonomes se répartissent indifféremment dans les cinq arrondissements de la capitale, la forte concentration se retrouvant dans l'arrondissement de Boulmiougou.

En dehors de la ville de Ouagadougou où deux unités mobiles sont utilisées dans les bars et sites de prostitution, les autres unités mobiles se déploient dans les localités qui ne disposent pas de centre de dépistage.

6.2.2. La prise en charge communautaire (PECC)

La prise en charge communautaire de l'infection à VIH a véritablement connu un élargissement et une intensification en 2004 avec l'appui apporté par le programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC) et ses partenaires sous l'égide du SP/CNLS-IST. Elle fait suite au concept de « dépistage volontaire », pour accompagner les personnes dépistées positives au VIH.

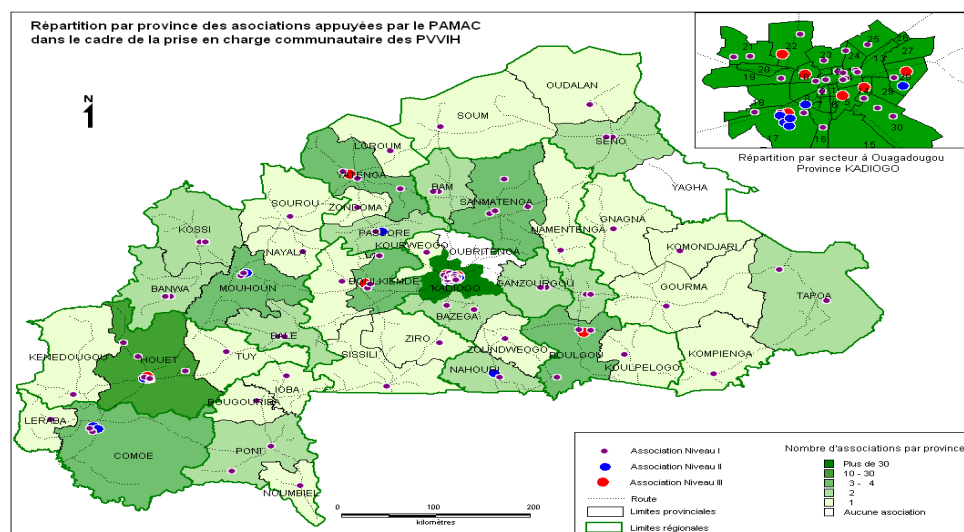
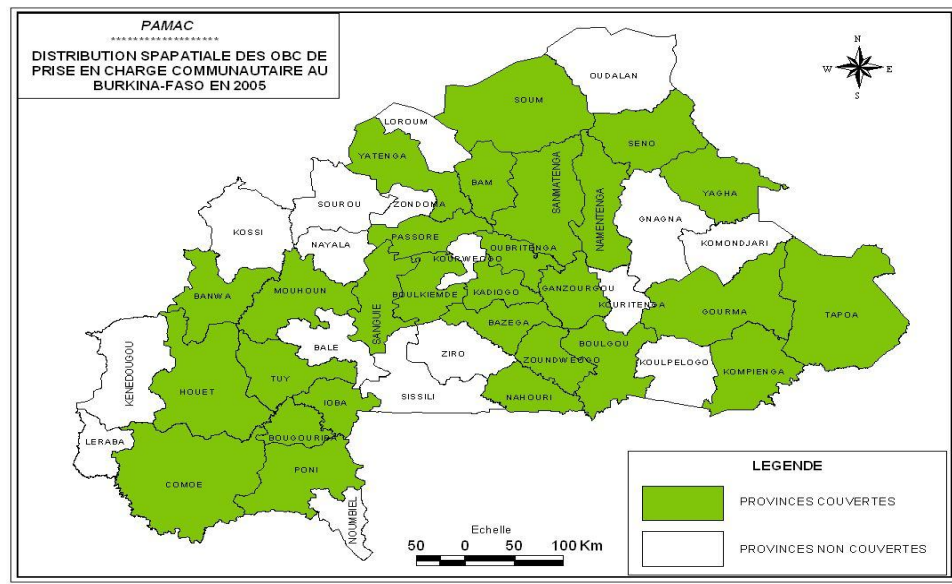
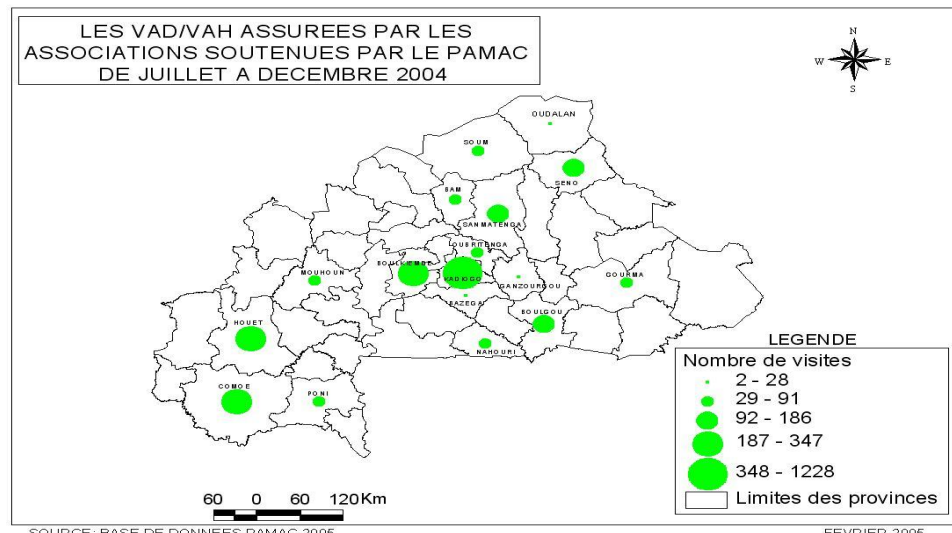
Le concept de prise en charge communautaire du sida est l'ensemble des services (psychologique, social, spirituel, nutritionnel, matériel, médical, économique et juridique) offerts aux personnes vivant avec le VIH dans la famille ou dans la communauté par une organisation à base communautaire [PAMAC'2005]. Au Burkina Faso, la prise en charge trouve son fondement de l'élaboration du «Guide pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au niveau communautaire» par la GTZ (août 1997) et son actualisation

intervenue en septembre 2000. La PECC repose sur des normes élaborées en juin 2000, et intitulées «Normes et protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ».

La prise en charge nécessite donc une continuité entre le système de santé et la communauté (familles, associations, secteurs traditionnel et confessionnel); une prise en compte des dimensions socioéconomiques et une meilleure implication des PVVIH dans la prise en charge.

Le tissu associatif de la PECC de l'infection à VIH est composé d'associations et de réseaux d'associations. Pour l'année 2004, le PAMAC a appuyé et suivi 48 structures réparties essentiellement dans le Kadiogo (17 structures) et le Houet (8). Les 23 autres structures se répartissent dans 15 autres provinces. Pour l'année 2005, ce sont 84 associations dont 5 réseaux d'associations qui sont impliquées dans la PECC. Ces structures sont réparties dans l'ensemble des 13 régions du pays, mais seulement 27 provinces abritent au moins une association de PECC. Il faut noter que 55% des associations sont concentrées dans 3 régions (Centre, Hauts bassins et Centre Nord). Ces régions détiennent les nombres les plus élevés de personnes vivant avec le VIH, ainsi que les plus forts taux de prévalence.

Carte 18 : Evolution des structures de PECC de 2004 à 2007



A partir de 2006, le nombre croissant des personnes sous ARV a nécessité une plus grande implication du communautaire pour la PECC. C'est ainsi qu'avec l'appui de ses partenaires, le PAMAC a permis la réalisation d'activités par 108 structures associatives en 2006 ; leur nombre est passé à 120 en 2007.

Tableau 33 : Répartition des bénéficiaires de la PECC en fonction du sexe et de l'âge en 2007

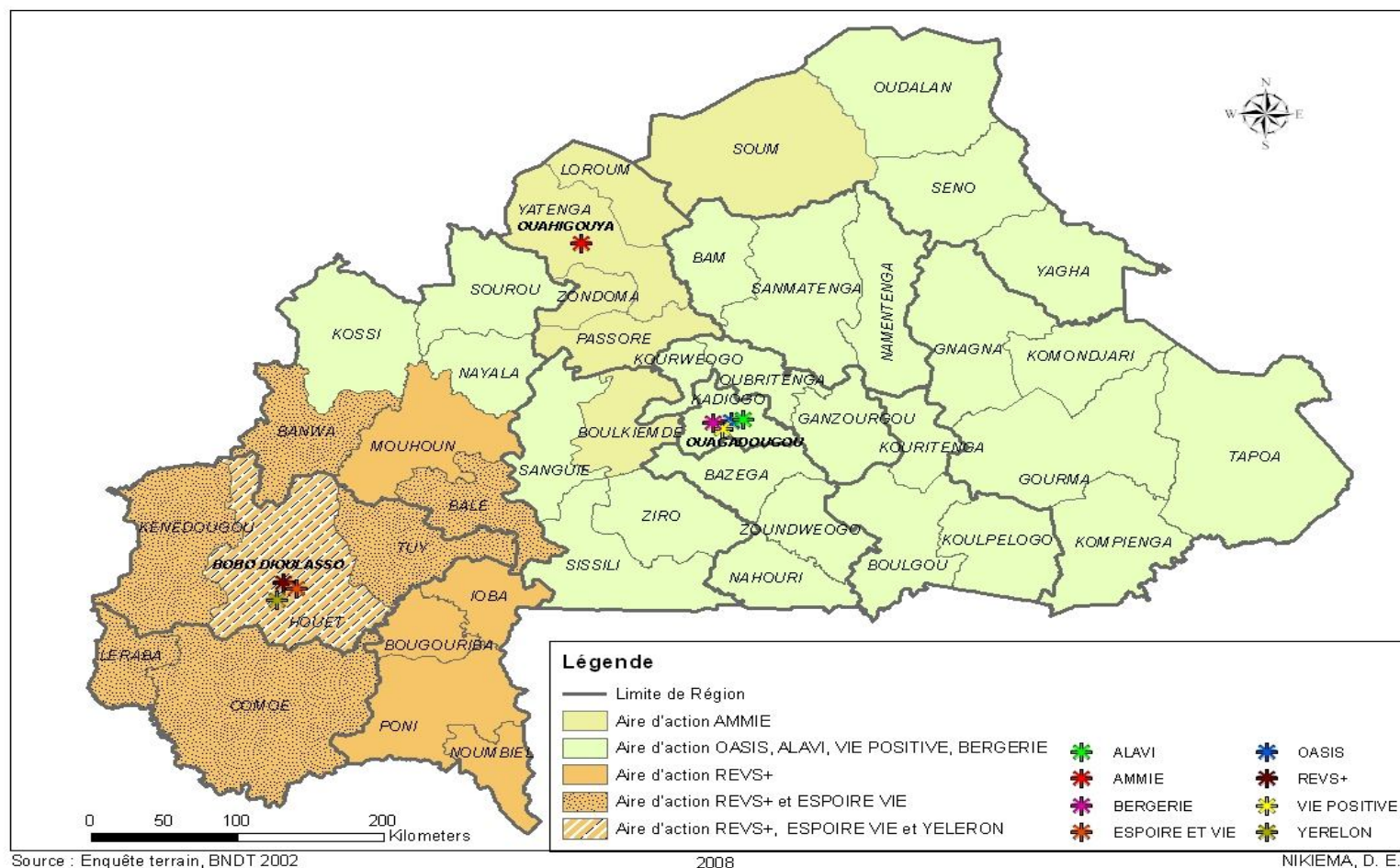
Tranches d'âges	Bénéficiaires de la PECC		Total	Personnes sous ARV		Total
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
Adultes de 25 ans et plus	7 971	16 417	24 388	2 417	5 945	8 362
Jeunes de 15 à 24 ans	1 116	1 586	2 702	401	425	826
Enfants de 0 à 14 ans	878	828	1 706	253	356	609
Total	9 965	18831	28 796	30 71	6 726	9 797

Source : PAMAC

6.2.3. Structures communautaires et thérapie antirétrovirale

L'arrivée des premières initiatives de prise en charge qui ont subventionné les TARV ont permis à certaines structures associatives d'apporter un soutien aux structures étatiques d'offre de soins du sida. Impliquées en 2004 dans le continuum de soins, à travers le projet «Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme », plus d'une soixantaine de structures associatives bénéficieront à partir de 2005 d'une convention de collaboration avec le Ministère chargé de la santé. Elles sont au total 69 associations et parmi elles, six recevront une accréditation pour la prise en charge médicale des PVVIH : trois structures de la province du Kadiogo, dans la région du Centre (AAS, ALAVI et Bergerie), deux structures du Houet, à l'Ouest (REV+, Espoir et vie) et une structure communautaire du Yatenga au Nord (AMMIE) [SPS/CNLS-IST'2004].

Carte 19 : Aire d'action des structures de prise en charge thérapeutique en 2007



Des six structures en 2005, le nombre d'associations impliquées dans la prise en charge médicale a augmenté, avec une file active sans cesse croissante atteignant cinq mille (5000) personnes, adultes et enfants y compris. Le tableau ci-après présente l'évolution des structures associatives impliquées dans la prise en charge de la thérapie antirétrovirale.

Tableau 34 : Evolution des structures associatives impliquées dans la prise en charge de la thérapie antirétrovirale de 2003 à 2007

REGIONS SANITAIRES	Structures/Sites de PEC	2003	2004	2005	2006	2007
Centre	CM Oasis					
	CM ALAVI					
	CM Bergerie					
	CM Vie positive					
Hauts Bassins	Clinique yerelon					
	CM REVS+					
	CM espoir et Vie					
Nord	CM AMMIE					

Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

L'offre de soins liés à l'infection à VIH au Burkina Faso s'est traduite par une implication concrète des structures associatives communautaires dans la prévention et la prise en charge thérapeutique.

Des actions de prévention, il ressort que la couverture territoriale en centre de dépistage s'est améliorée, permettant aux populations d'accéder aux dépistages de routine pour connaître leur statut sérologique.

Par rapport à la prise en charge thérapeutique, il s'est agit de renforcer les capacités des agents communautaires de soins, pour appuyer le personnel des structures publiques. Cela a été nécessaire pour étendre la couverture géographique de l'accès aux thérapies et permettre ainsi à un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH d'avoir accès aux soins et traitements pour améliorer leurs conditions de vie et augmenter l'espérance de vie.

La construction d'infrastructures comme les hôpitaux de jour, qui s'intègrent dans le paysage sanitaire, facilite et permet une meilleure accessibilité des soins aux personnes qui en ont besoin.

CONCLUSION PARTIELLE

L'offre nationale de soins a été gravement éprouvée par l'infection à VIH au Burkina Faso, à l'instar des autres pas en voie de développement avec des ressources limitées. En effet, mes systèmes de soins souvent inadaptés ou inaccessibles pour diverses raisons, ont été mis en mal par la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH. Des exigences en termes d'équipements, d'infrastructures, de disponibilité en médicaments et de personnel médical et soignant qualifié, ont dans un premier temps limité l'accessibilité et la disponibilité des soins et traitements liés à l'infection à VIH. Il a fallu la mise en œuvre de nombreuses initiatives en faveur de l'accès aux traitements du sida pour toutes les PvVIH pour élargir l'accessibilité à un grand nombre de personnes vivant avec le VIH, aux conditions économiques souvent mauvaises.

Cette disponibilité des soins liés à l'infection à VIH a été accompagnée par des effets positifs sur l'offre nationale de soins. En termes d'acquis sur le plan institutionnel (infrastructure, formation de personnel, meilleur équipement du plateau technique des laboratoire...) ou de renforcements de la couverture géographique de l'offre, la prise en charge thérapeutique a véritablement connu un essor à partir de 2004, suite à l'initiative « Thre by five » puis grâce à la contribution du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose.

Ces initiatives ont permis de réduire le coût de la thérapie et de permettre des prestations au niveau des structures de base de l'offre de soins. A l'échelle de la province considérée comme collectivité locale de base, les différents CM et CMA ont été progressivement et entièrement impliqués.

Aussi, à l'intérieur d'une province, ou au niveau national, les nouvelles territorialités induites par les mobilités des personnes vivant avec le VIH seraient à rechercher ailleurs que dans la quête d'une prise en charge thérapeutique suivant la distribution spatiale de l'offre de soins. Des notions telles que « rejet par la famille du défunt époux », « déménagement », « regard des autres », « divorce » qui appellent des aspects de stigmatisation et de discrimination sont à considérer.



TROISIÈME PARTIE

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU SIDA : TERRITORIALISATION ET TERRITORIALITES

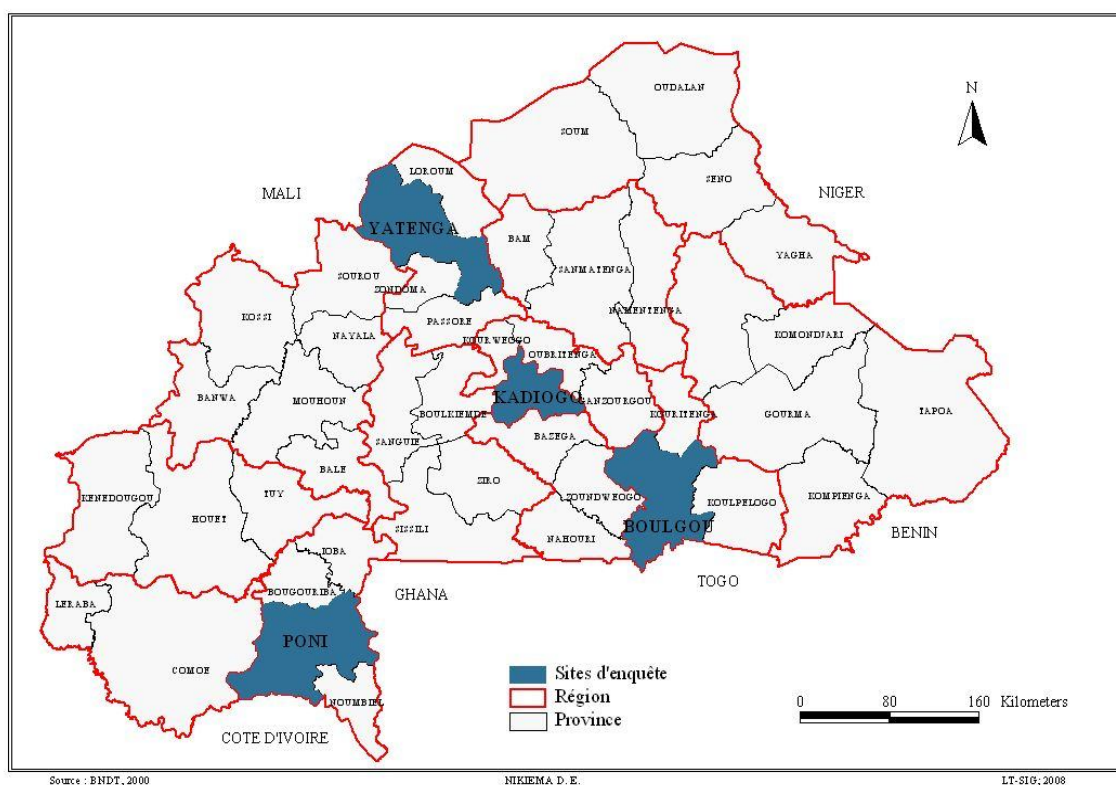
CHAPITRE 7 : LES SITES D'ENQUETES ET DONNEES DE TERRAIN

Dans le cadre de notre recherche, le Burkina Faso est la zone d'étude sur laquelle nous avons choisi d'appliquer les différentes hypothèses présentées dans la partie introductive de notre travail. Mais nous avons circonscrit les enquêtes relatives aux personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale et territorialités sur quatre sites. Ce sont les provinces suivantes :

- La province du Boulgou dans la région sanitaire du Centre-Sud,
- La province du Kadiogo dans la région sanitaire du Centre,
- La province du Poni dans la région sanitaire du Sud-Ouest.
- La province du Yatenga dans la région sanitaire du Nord,

La carte ci-après localise les sites d'enquêtes.

Carte 20 : Localisation des sites d'enquêtes



7.1. Méthodologie

Les structures associatives et communautaires, habilitées à la prise en charge communautaire ainsi que celles accréditées par le ministère de la santé pour la prise en charge médicale, ont été le cadre de rencontre des personnes soumises aux questionnaires. La raison d'un tel choix est double :

- les structures de soins du public ou du privé sont surtout focalisées sur la dispensation des traitements. L'aspect du suivi communautaire, qui inclut l'observance au traitement et le suivi psychologique, relève du monde associatif et communautaire. L'adhésion des personnes sous thérapie antiretrovirale pour l'administration du questionnaire a été négociée lors de séances de suivi appelées « clubs d'observance au traitement ». Et c'est à travers ces séances que la majorité des questionnaires a été administrée soit avant la séance ou sur invitation de l'équipe de conseillers, quand la personne répondait aux critères de choix.
- mon appartenance au monde communautaire qui avec ses réseaux d'entraide, facilite le contact et les entretiens avec les personnes vivant avec le VIH. Ceci a permis la mise à contribution des relations personnelles pour faciliter la réalisation de l'enquête et des entretiens. Membre d'un réseau d'envergure nationale, et en stage au Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le VIH/sida et les IST (SP/CNLS-IST), j'ai pu participer à de nombreuses missions de terrain qui m'ont permis de visiter les centres de prise en charge et de rencontrer les personnes sous traitement antirétroviral.

7.1.1 Considération éthique

Etymologiquement le mot "**éthique**" est un synonyme d'origine grecque de "**morale**". Il a cependant, de nos jours, une connotation moins péjorative que "morale" car plus théorique ou philosophique. Pendant que la morale est un ensemble de règles ou de lois ayant un caractère universel, irréductible voire éternel, l'éthique s'attache aux valeurs et se détermine de manière relative dans le temps et dans l'espace, en fonction de la communauté humaine à laquelle elle s'intéresse²³.

²³ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Ethique.htm>

L'apparition du VIH dans les années 1980 a engendré énormément de réflexions et de politiques éthiques, au delà des réponses cliniques et scientifiques que l'épidémie nécessitait. En l'absence de tout traitement efficace, l'éthique a commencé par se pencher sur la responsabilité des professionnels de santé auxquels il était demandé de soigner les patients quel que soit leur état ou l'origine de la maladie. Il s'agissait en fait de combattre les préjugés liés à l'homosexualité et à la toxicomanie et de faire face aux craintes de transmission du virus. Au cours des années 90 et suivantes, la controverse sur le devoir de soins des médecins et des autres prestataires vis-à-vis des patients vivant avec le VIH s'est atténuée car le risque de transmission s'était entre-temps avéré très faible ou tout au moins maîtrisable. Par contre, la polémique s'est déportée sur la question de la confidentialité du statut du patient vis-à-vis du VIH.

Il convient également de tenir compte du «terrain». En effet, lorsque l'on s'intéresse, par exemple, à des publics déjà fortement sollicités, des populations «surenquêtées», il se pose de manière évidente les questions liées à la gestion de leur lassitude et les réticences motivées par les multiples sollicitudes, parfois sans feed-back ou de promesses non tenues. Ici encore, la réflexion sur les «terrains surinvestis» par de nombreux acteurs et chercheurs, notamment en Afrique, engage les doctorants à étudier de près une méthodologie de recherche qui soit à la fois rigoureuse et respectueuse de l'éthique.

Dans ce cas-ci de notre travail, pour mener à bien ces enquêtes de terrain, il a été considéré prioritairement deux éléments que sont le consentement éclairé des personnes retenues et la confidentialité des informations collectées. Selon E. Hirsch, en ce qui concerne le VIH et le sida, l'accès à un protocole de recherche équivaut dans certains pays à la seule possibilité de bénéficier d'un traitement [Hirsch'2003]. Aussi, bien que surexploitée, les personnes vivant avec le VIH acceptent assez aisément de participer aux recherches, avec le secret espoir de bénéficier d'une prise en charge médicale. La thématique de cette recherche de thèse ne portant pas sur des essais cliniques, il a fallu vraiment cette solidarité entre structures communautaires pour avoir une grande adhésion des sujets.

Dans les démarches, une première étape a porté sur les échanges avec les responsables des structures retenues pour leur expliquer les objectifs de notre travail et demander leur adhésion à l'enquête. Ensuite, nous avons organisé une rencontre regroupant la file active sous ARV en présence des responsables des structures. Il s'est agi au cours de ces rencontres de leur

expliquer de façon très claire les objectifs et les résultats poursuivis, notamment la manière dont leur participation pouvait permettre de décrire la territorialité des personnes sous ARV.

Le consentement acquis, il a fallu leur garantir la confidentialité des informations collectées, surtout quand on sait que « la confidentialité est la chose la moins bien partagée en Afrique » [Sakho'2007]. D'où le recours aux conseillers ou aux chargés de soins dans chaque structure pour mener les questionnaires. Ces derniers de part leur connaissance et leur proximité avec les sujets ont su créer le climat de confiance qui a permis de collecter les informations recherchées.

7.1.2 Critères de sélection des sujets

Il existe au sein des structures faisant de la prise en charge par les ARV, au moins deux files actives dans le cadre de l'offre de soins du sida : (i) la file active des personnes sous ARV et (ii) la file active des personnes en attente de traitement. Dans le cadre de notre travail, l'intérêt a porté sur les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale.

7.1.3 L'échantillonnage spatial et démographique

D'une manière générale, l'échantillonnage porte sur deux caractéristiques : spatiale et démographique.

- sur le plan spatial, des 45 provinces que compte le Burkina Faso, 6 provinces ont été retenues suivant les caractéristiques de déconcentration de l'offre de soins. Ce choix fait également suite à notre travail exploratoire en DEA. Ce sont les provinces suivantes : Kadiogo, Houet, Poni, Yatenga, Boulgou, Gourma. Mais nous avons eu l'adhésion de 4 d'entre elles, le Gourma et le Houet²⁴ n'ayant pas collaboré pour la réalisation des enquêtes auprès des personnes vivant avec le VIH.
- au niveau démographique, l'échantillonnage a porté sur la file active sous ARV en 2007 des structures retenues.

²⁴ Malgré les rencontres et les échanges multipliés avec les structures de ces localités, et également la mise à leur disposition des différentes fiches pour le questionnaire, nous n'avons pas pu entrer en possession des fiches et ce, jusqu'à la finalisation de notre travail. Au regard de la convivialité et de la collaboration avec ces structures, nous estimons que les raisons sont liées à une grande sollicitation pour de nombreuses contributions.

Le tableau ci-après présente la répartition de l'échantillon par site d'enquête.

Tableau 35. Caractéristiques spatiales et démographiques de l'échantillon

Sites d'enquête	File active sous ARV (<i>en 2006</i>)	Echantillon à enquêter ($\geq 10\%$)	Echantillon enquêté
Boulgou	397	40	61
Kadiogo (structures communautaires)	2900	290	295
Poni	187	19	10
Yatenga (AMMIE)	459	46	40
Total	3943	395	406

NIKIEMA, 2008

7.1.4. Les variables de l'enquête de terrain

Le questionnaire structuré et utilisé pour cette enquête comporte quatre parties :

- Section 1 : Identification et localisation de la personne enquêtée
- Section 2 : Etat sérologique de l'enquêté et traitement
- Section 3 : Aspects de mobilité de la personne vivant avec le VIH
- Section 4 : Sérologie de la famille

Les différentes variables étudiées sont les suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques : c'est l'expression souvent employée pour décrire les traits d'une population ou d'un groupe. Ces caractéristiques prennent en compte des données sur l'âge, le sexe, l'occupation et l'origine ethnique. Les caractéristiques démographiques n'incluent pas le comportement individuel.
- Caractéristiques de l'infection : ce sont les données relatives au type de VIH, le lieu, la date et les raisons du dépistage, la connaissance de la sérologie par les membres de la famille, etc.
- Caractéristiques du traitement : Elles portent sur les données de traitement ARV, les examens biologiques (CD4), les conditions d'accès au traitement, le choix du centre, etc.
- Mobilités de la personne sous ARV : concernent les modalités de mobilité à travers les moyens, la durée et les lieux de déplacement, ainsi que les motifs qui les sous-tendent.

7.1.5. Outils et procédure de la collecte de données

La collecte des données s'est basée sur l'administration de questionnaire auprès des personnes vivant avec le VIH sous ARV et la réalisation d'entretiens auprès de responsables de structures. Elles se sont toutes menées de manière individuelle.

Les entretiens auprès des responsables de structures ont permis de collecter les données générales sur l'épidémiologie du VIH, l'offre de soins, la riposte nationale au sida, ... Les questionnaires ont été administrés par des enquêteurs qui ont reçu une formation ad' hoc à la compréhension des questions. Ces enquêteurs, conformément aux aspects d'éthique liés au VIH ont été proposés par les responsables des structures parmi leurs conseillers ou le personnel de soins infirmiers.

7.1.6 Le traitement et l'analyse des données

La saisie des données a été faite avec Epidata par la méthode de simple saisie : un masque de saisie suivant le schéma de pré-codification des questionnaires a été élaboré avec le logiciel. Les différents items du questionnaire ont été pris en compte au niveau du masque. Après le pré-test de l'outil, les ajustements nécessaires ont été apportés au masque de saisie. Les balises pour l'entrée systématique et obligatoire au niveau de tous les champs ont été retenues afin d'éviter la perte d'information. Les valeurs minimales, maximales et légales ont été définies pour minimiser les erreurs au moment de la saisie.

Une équipe d'agents expérimentés a été affectée à cette tâche de saisie de données. Les données saisies ont ensuite fait l'objet de vérification et d'épuration par le biais des tabulations partielles en vue de corriger les incorrections et les incohérences en se référant au contenu exact des questionnaires. Ainsi, sur cette base, un contrôle de qualité sur un échantillon des fiches saisies a été effectué. L'apurement des données a été fait. A l'issue, certains questionnaires ont été éliminés et les données présentées ici proviennent d'une base de 402 fiches. Les données ont été ensuite transférées sous SPSS 11.5 pour analyse. Ces données ont été complétées et enrichies par les données de bases des localités et des structures

d'enquêtes. C'est le cas par exemple pour le lieu d'habitation où les secteurs ont été pris en compte plutôt que les noms de quartier.

7.2. Résultats globaux

Les résultats de l'enquête de terrain portent sur un échantillon final de 402 personnes vivant avec le VIH dont 366 femmes (91%) et 36 hommes (9%), reparti dans les sites des provinces du Boulgou, du Kadiogo, du Poni et du Yatenga. Les personnes enquêtées sont essentiellement des Burkinabé à 95,5% et des nationalités des pays voisins (4 Maliens, 2 Nigériens, 6 Togolais et 6 Ghanéens).

L'âge moyen de l'échantillon est de 36,4 ans avec un écart type de 7,55 ans ; les âges extrêmes sont de 16 ans (individu de sexe féminin) et de 60 ans (individu de sexe masculin). L'âge moyen chez les femmes est de 36,2 ans avec un écart type de 7,67 ans. Chez les hommes, l'âge moyen est de 38,97 ans avec un écart type de 5,7 ans.

Tout sexe confondu, 333 personnes de l'échantillon ont au moins un enfant, le plus grand nombre d'enfants déclarés étant de 9 (déclarés par deux individus). Sur un effectif de 256 personnes ayant déclaré connaître le statut sérologique des enfants, seulement 35 d'entre eux ont au moins un enfant vivant avec le VIH.

Il ressort que 34,57% enquêtés ont déclaré vivre en union (marié, concubinage) tandis que 65,43% vivent seul (divorcé, veuf, célibataire). Néanmoins, il convient de noter que les enquêtés ayant déclaré vivre seuls, 84% ont déjà vécu en union (divorcé, veuf).

La répartition des enquêtés par catégorie socioprofessionnelle montre que 16% ont un salaire rémunéré (employé, cadre), 14% travaillent pour leur compte (employeur, artisan, paysan, travailleur indépendant) et 70% n'avaient d'activités rémunérées (étudiant, sans emploi).

En terme de niveau d'instruction, il ressort que 52% des enquêtés ont au moins participé à un programme de formation formelle (primaire, secondaire, supérieur) et 48% d'entre eux n'ont aucun niveau d'instruction.

Enfin, de l'analyse de l'échantillon, 74% des enquêtés vivent dans la province du Kadiogo.

Tableau 36 : Synthèse des données socioéconomiques recueillies lors de l'enquête terrain

Variables	Effectif total	Pourcentage
Sexe		
Hommes	36	8,96%
Femmes	366	91,04%
Nationalité		
Burkinabé	384	95,52%
Autres (Ghanéenne, Malienne, Nigérienne, Togolaise)	18	4,48%
Age		
Moyenne	36,47	
Ecart-type	7,556	
Minimum	16	
Maximum	60	
Statut matrimonial		
Marié	78	19,40%
Concubinage	61	15,17%
Divorcé	51	12,69%
Veuf	170	42,29%
Célibataire	42	10,45%
Profession		
Employé	44	10,95%
Employeur	1	0,25%
Cadre	21	5,22%
Artisan	13	3,23%
Paysan	7	1,74%
Travailleur indépendant	35	8,71%
Elève/Etudiant	8	1,99%
Sans emploi (ménagère, chômeur, etc.)	273	67,91%
Résidence		
Boulgou	56	13,93%
Kadiogo	297	73,88%
Kourittenga	1	0,25%
Kourwéogo	3	0,75%
Loroum	1	0,25%
Passoré	1	0,25%
Poni	4	1,00%
Yatenga	39	9,70%
Niveau d'instruction		
Primaire	138	34,33%
Secondaire	70	17,41%
Supérieur	2	0,50%
Aucun	192	47,76%

Des caractéristiques de l'infection, on retient que 238 individus (59,2%) sont porteurs du **VIH1** et 8,2% vivent avec le **VIH 2**. Les personnes qui ignorent de quelle souche de virus ils sont porteurs sont 128, tandis que la forme combinée (VIH1+VIH2) est très rare (seulement 3 personnes). Trois motifs ont été évoqués pour le dépistage et la plupart des enquêtés ont réalisé leur dépistage dans le cadre d'une suspicion clinique (63%) ; ce qui caractérise un stade avancé de l'infection.

Si les premiers dépistages relevés pendant l'enquête ont commencé en 1996, à partir de l'année 2004, on constate un réel engouement. En effet, 52% des enquêtés ont réalisé leur dépistage de 1996 à 2004. Par rapport au lieu et au mode de contamination, 52% des enquêtés ne savent pas où ils ont pu contracter le virus et 59% ignorent comment ils ont été infectés.

Majoritairement sans aucun emploi rémunéré, soit 70% de l'échantillon, la majorité des personnes enquêtées bénéficient de la thérapie sida grâce aux diverses initiatives ayant souscrit à la politique de l'accès universel pour le traitement. C'est ainsi que pour 83% de l'échantillon, ils ne déboursent aucune somme pour leur thérapie.

Par rapport au traitement, 79% des enquêtés ont connu l'existence de la thérapie antirétrovirale par leur médecin. Aussi, 52% des enquêtés ont été mis sous thérapie antirétrovirale de 2000 à 2005, correspondant à la proportion des enquêtés dépistés de 1996 à 2004 ; ce qui confirme que la plupart des enquêtés ont réalisé leur dépistage par des suspicions cliniques (63%).

Tableau 37 : Synthèse des données de l'infection et du traitement recueillies lors de l'enquête terrain

Variables	Effectif total	Pourcentage
Motif du dépistage		
Dépistage volontaire	142	35,32%
Examens médicaux	252	62,69%
Emploi	8	1,99%
Années de dépistage		
1996	2	0,25%
1997	1	0,25%
1998	1	0,25%
1999	7	1,74%
2000	13	3,23%
2001	32	7,96%
2002	43	10,70%
2003	31	7,71%
2004	82	20,40%
2005	72	17,91%
2006	99	24,63%
2007	19	4,73%
2008	1	0,25%
Type de VIH		
VIH 1	238	59,20%
VIH 2	33	8,21%
VIH 1+2	3	0,75%
Ignore	128	31,84%
Lieu de contamination		
Ouagadougou	77	19,15%
Hors Ouagadougou	63	15,67%
Côte d'Ivoire	19	4,73%
Autre pays	5	1,24%
Ignore	238	59,20%
Mode de contamination		
Voie sexuelle	155	38,56%
Transfusion sanguine	9	2,24%
Objets souillés	7	1,74%
Ne sait pas	231	57,46%

Variables	Effectif total	Pourcentage
Connaissance du traitement		
Médecin ou docteur	319	79,35%
Les conseillers	52	12,94%
La famille	13	3,23%
Autre personnes	16	3,98%
Médias	2	0,50%
Années de mise sous ARV		
2000	11	2,74%
2001	10	2,49%
2002	20	4,98%
2003	32	7,96%
2004	59	14,68%
2005	79	19,65%
2006	115	28,61%
2007	72	17,91%
2008	4	1,00%

De données de terrain, il ressort que 44,3% des enquêtés ont changé de résidence depuis leur infection et pendant leur traitement. Les motifs fréquemment évoqués sont soit liés à la discrimination (Chassé, rejoindre ma famille, répudié, divorce, retrouvé mes enfants) à 74% des cas de changement, soit liés à la recherche d'emploi à 14%. Le motif lié à la santé vient en dernière position. En effet, seul 3% des enquêtés ont changé de résidence à la recherche de soins ; ce qui est négligeable. De plus, l'enquête a révélé que les déplacements temporaires ou occasionnels pour des raisons de santé sont également négligeable (6%).

En terme de déplacement du lieu de résidence au centre de soins, il ressort que 30,3% des enquêtés le font à vélo, par 26,4% d'entre eux, le font à pieds et 22,4% à mobylette.

Pour ce qui est des éléments d'amélioration des conditions de vie des patients, les enquêtés, à 50% souhaitent un appui financier pour exercer des activités génératrices de revenus (AGR), à 35% militent pour une continuité dans la disponibilité des traitements et à 15% pour une amélioration des conditions d'accueil dans les services de santé.

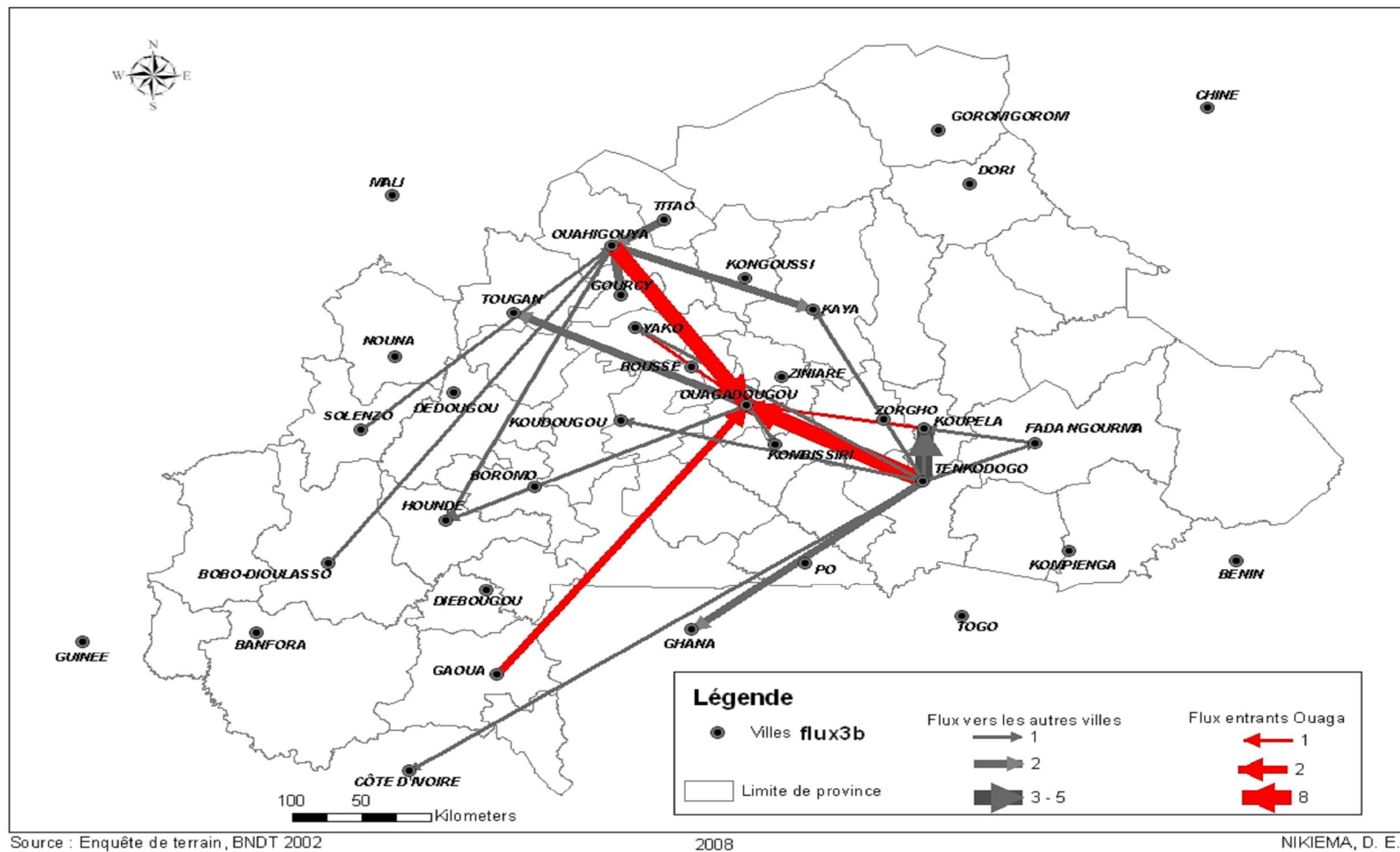
Tableau 38 : Synthèse des données de mobilité recueillies lors de l'enquête

Variables	Effectif	Pourcentage
Motifs changements de résidence		
Chassé, rejoindre ma famille, répudié, divorce, retrouver mes enfants	131	73,6%
Décès conjoint	17	9,6%
Raison de santé	5	2,8%
Recherche de travail	25	14,0%
Motifs des déplacements temporaire/occasionnel		
Funérailles	14	8,9%
Soins	9	5,7%
Travail	10	6,4%
Visite/ Vacances	107	68,2%
Raisons Familiales	10	6,4%
Autres	7	4,5%
Type d'amélioration des conditions de vie souhaité		
Disponibilité des médicaments	142	35,3%
Appui financier pour AGR	199	49,5%
Meilleur traitement dans les formations sanitaires	61	15,2%
Moyen de déplacement		
Pieds	106	26,4%
Vélo	122	30,3%
Mobylette	90	22,4%
Taxis/Voiture/Bus	71	17,7%
Se fait déposer	13	3,2%

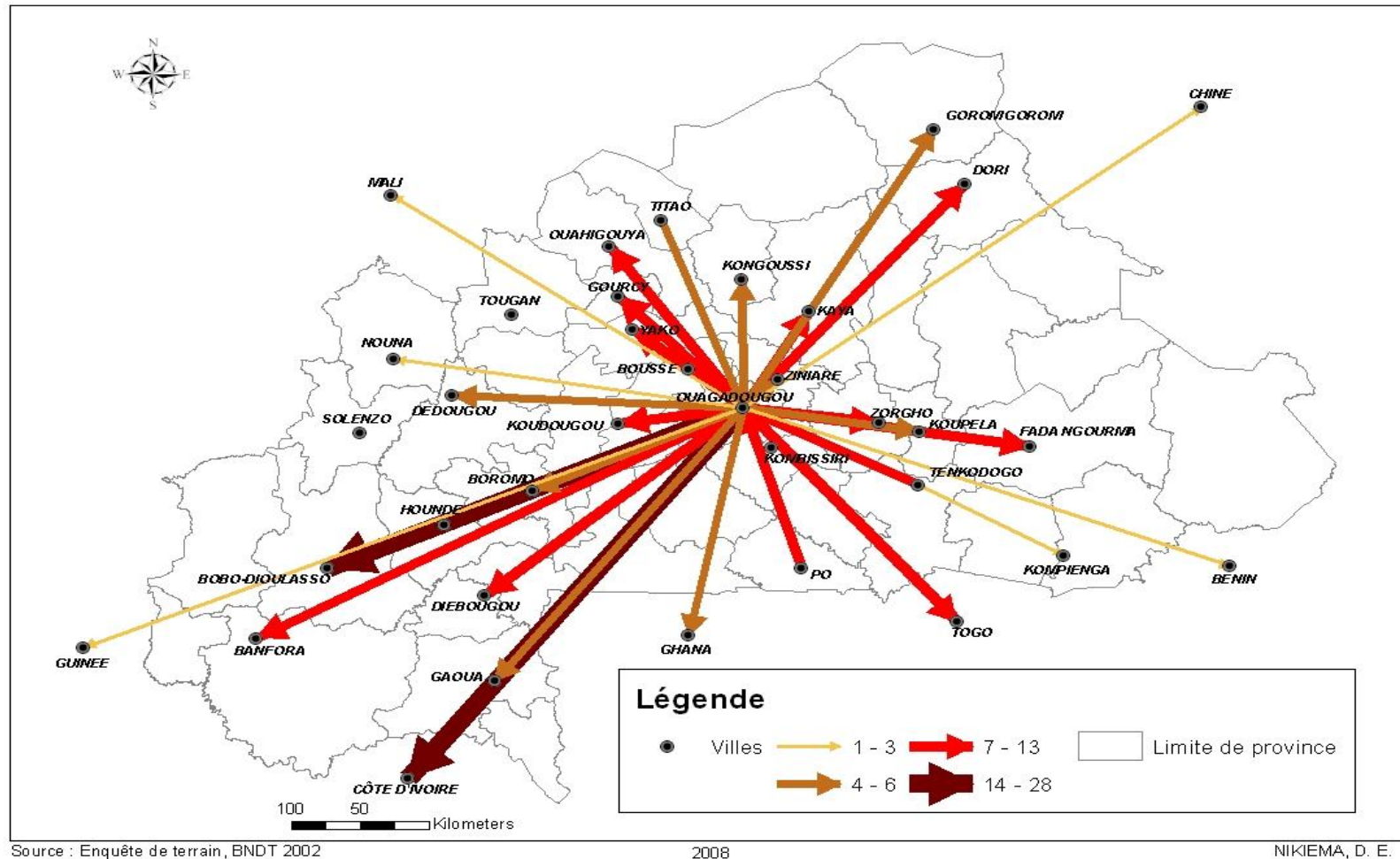
Si les médicaments et les structures de prise en charge thérapeutique existent dans la plupart des provinces (cartes n° 10, 11 et 12), il ressort de l'analyse des flux de la carte n°21 relative aux mobilités générales de l'échantillon enquêté, que certaines personnes vivant avec le VIH se déplacent ou se déplaçaient à la recherche de soins. Cela pourrait être dû à la prise en charge globale fournie par les structures communautaires. Cette idée est confortée par le nombre élevé d'enquêtés (50%) qui souhaitent un appui financier pour réaliser des AGR.

Carte 21 : Mobilités générales de l'échantillon enquêté

Carte 21 a : Mobilités partant des sites d'enquêtes (sauf le Kadiogo) vers Ouagadougou et les autres localités du Burkina Faso



Carte 21 b : Mobilités sortant du Kadiogo vers d'autres localités et pays



Bien que chaque province ait ses spécificités, les formes d'accès à la file active sous thérapie antirétrovirale sont presque identiques pour toutes les provinces enquêtées et ne diffèrent donc guère l'une de l'autre. Cependant, pour une meilleure visualisation du paquet d'activités au sein de chaque province, nous avons choisi de proposer une petite monographie de chacune d'entre elle, tout en restituant les données d'enquêtes de terrain y relatives.

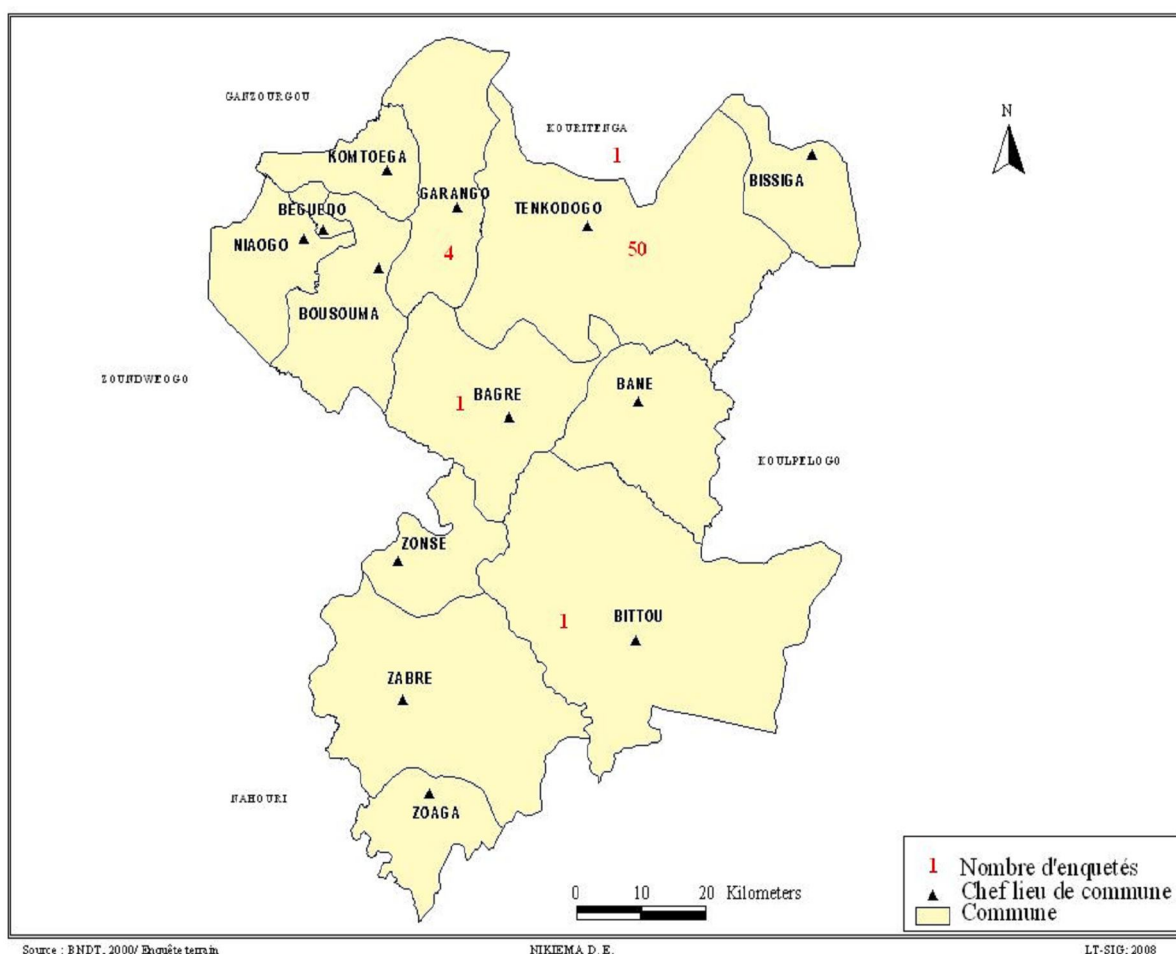
7.3. La province du Boulgou

7.3.1. Présentation synthétique de la province du Boulgou

D'une superficie de 6 852 km², la province du Boulgou est située au Centre-est du Burkina Faso, dans la région administrative du même nom. Le chef-lieu de la province est Tenkodogo. Le Boulgou est limité au Nord par les provinces du Kourittenga et du Ganzourgou ; au Sud par les républiques du Ghana et du Togo ; à l'Est par les provinces du Gourma et du Koulpélogo ; et à l'Ouest par les provinces du Zoundwéogo et du Nahouri. Situé à la frontière du Togo et du Ghana, et traversé par une route nationale bitumée, le Boulgou connaît un important trafic routier et sert d'ouverture sur la côte pour le Burkina. La province compte 3 communes urbaines et 10 communes rurales et plus de 250 villages.

Selon les statistiques de l'INSD, la population du Boulgou est estimée à 542 286 habitants dont 252 418 hommes et 289 868 femmes au recensement de 2006. En attendant les résultats définitifs du RGPH 2006, on retient que selon le recensement général de la population de 1996, la densité moyenne était de 61 habitants/km². L'ethnie ou langue majoritaire est le bissa qui représente 66,62%, suivi du mooré (21,18%), du fulfuldé (8,2% et du koussassé 2,88%. (RGPH 1996). Les autres langues ou ethnies sont très minoritaires.

Carte 22 : Province du Boulgou, le découpage administratif



Sur le plan sanitaire, la province compte deux districts sanitaires, Tenkodogo et Zabré. Les infrastructures sanitaires sont les suivantes par district sanitaire [DEP/MS'2008] :

- Tenkodogo : 1 centre hospitalier régional (CHR), 2 CM (Garango et Bittou) 41 CSPS, une formation sanitaire (FS) militaire, une FS privée et une FS parapublique, 3 officines et 29 dépôts privés. Le rayon moyen d'action théorique est de 6,22 km.
- Zabré : 1 Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA), 15 CSPS dont le rayon moyen d'action théorique (RMAT) est de 6,01 km. Il existe également 4 dépôts privés pour les médicaments

La prévalence du VIH pour l'ensemble de la région du Centre-Est était de 1,4 en 2005 et 2,2 en 2006. Elle est fournie à partir de la surveillance du site sentinelle de Tenkodogo. On ne

dispose pas des données exactes sur la prescription des ARV au niveau de la province du Boulgou ; néanmoins la thérapie antirétrovirale est effective au CHR de Tenkodogo depuis 2004 avec la mise à disposition de 50 traitements, à l'initiative du programme MAP.

En appui à l'offre de soins public de province, il existe des structures communautaires dispensatrices de soins et de la prise en charge communautaire. Parmi lesquelles, on peut citer l'Association Agir Tous Ensemble (AATE) et Association Solidarité Action Faire Face (ASAFF).

AATE : l'Association Agir Tous Ensemble (AATE) a été créée le 13 avril 2002 à l'issue d'une assemblée de toutes les associations oeuvrant dans la lutte contre le VIH. Son aire d'action couvre les communes de Tenkodogo et de Garango. Elle a démarré ses activités par la prévention du VIH à travers les activités de sensibilisation (projection de film, théâtre suivi de débats), de conseil dépistage, en stratégie fixe et en stratégie avancée. Mais les années passant, l'association a élargi ses activités à la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH à travers les clubs d'observance, les groupes de paroles, des repas communautaires... De 2002 à 2007, AATE comptabilise une file active de 255 personnes vivant avec la VIH.

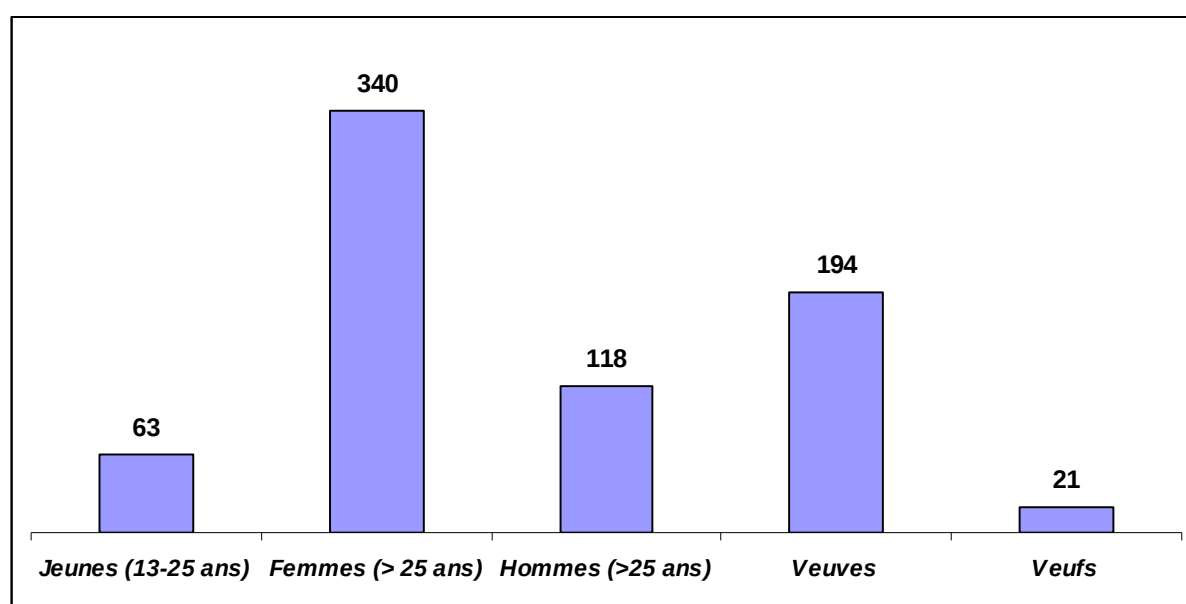
Photo 4. *Séance de projection de film dans un village*



Une séance de sensibilisation à travers une projection de film dans un village

ASAFF : l'Association Solidarité Action Faire Face (ASAFF) est une association de personnes vivant avec le VIH, incluant les personnes porteuses du virus et celles affectées par l'infection à VIH. Elle a été reconnue officiellement en 2003 et elle intervient essentiellement dans la prise en charge communautaire et la prévention. Son credo : devenir une référence dans le soutien et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH dans la région du Centre Est, un idéal pour l'amélioration de leur condition de vie. Un des objectifs majeurs de cette association est de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH mais aussi les Orphelins et enfants vulnérables. En terme d'appui, ASAFF couvre toute la région du Centre Est et au-delà et la structure de ses membres se présente comme suit.

Graphique 14. Répartition des membres de ASAFF par âge et par sexe



7.3.2. Résultats de l'enquête dans la province du Boulgou

7.3.2.1. Profil sociodémographique

L'enquête de terrain réalisée dans la province du Boulgou était constituée d'un échantillon de 57 personnes vivant avec le VIH parmi lesquelles, 95% de femmes. Sur le plan ethnique, les deux principales ethnies présentes dans la localité se détachent bien : 49% de bissa et 40% de mossi. Ces données viennent confirmer la nationalité des personnes enquêtées, avec 96% de

Burkinabé. Seules 2 personnes sont originaires de pays limitrophes, mais elles résident depuis de longue date dans le Boulgou.

Les lieux de résidence concernent essentiellement la commune de Tenkodogo (88%), celle de Garango (7%). Deux enquêtées viennent l'une de la commune de Bittou et l'autre de Bagré, tandis qu'une troisième personne réside dans la province voisine, le Kourittenga (voir tableau ci-après).

Tableau 39. Localité de résidence de l'échantillon de la province du Boulgou

Localités	Boulgou				Kourittenga
	<i>Bagré</i>	<i>Bittou</i>	<i>Tenkodogo</i>	<i>Garango</i>	<i>Koupèla</i>
Echantillon	1	1	50	4	1
Pourcentage	1,7544%	1,7544%	87,7193%	7,0175%	1,7544%

Par rapport à la situation matrimoniale, les enquêtées, essentiellement des femmes, sont veuves (60%). Les personnes mariées représentent 23% de l'échantillon, suivi par les célibataires (11%). Seulement 3 personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de prise en charge thérapeutique, sont divorcées et une seule personne vit en concubinage.

De l'instruction de l'échantillon, on relève que plus de 77% (soit 44 personnes) n'ont aucun niveau scolaire. Le niveau le plus élevé s'arrête au secondaire (4 personnes), tandis que 9 personnes vivant avec le VIH ont déclaré avoir fréquenté jusqu'au primaire.

Le caractère dominant de la gent féminine dans l'échantillon (représentées à plus de 90%) pourrait conforter la typologie dans les occupations professionnelles. La grande majorité de l'échantillon est répertoriée sous la rubrique « sans emploi », à hauteur de 95%. Ce sont donc les tâches domestiques qui sont la principale activité des femmes du site d'enquêtes. Trois personnes sont logées au registre « Agriculteurs ».

7.3.2.2. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique

Parmi les personnes enquêtées, 70% d'entre elles sont porteuses du VIH 1, la souche la plus répandue au Burkina Faso et 5% porteuses du VIH 2 ; tandis que 25% ignore le type de VIH avec lequel elles vivent. Le recours au dépistage, porte d'entrée pour la prise en charge thérapeutique est réalisé dans 63% des cas pour des raisons médicales (dépistage

proposé/suggéré au cours d'une consultation médicale). Le dépistage volontaire est effectué par 37% de l'échantillon, soit pour des raisons de curiosité, soit au cours de campagne de dépistage. La suspicion d'être porteur du VIH est aussi une des raisons qui motive le dépistage volontaire, au regard de comportements à risques. Pour ce qui est des modes de contamination, il apparaît que 72% des enquêtés aient été infectés par voie sexuelle, 2% par voie sanguine, 4% par objet souillé tandis que 23% ne connaissent pas l'origine de leur contamination.

La forte proportion de dépistage recommandé au cours de soins médicaux influe sur la proportion de l'échantillon informée du traitement du sida par le personnel de soins (médecin ou infirmier). Ainsi, 61% des personnes enquêtées ont été renseigné sur l'existence du traitement par l'équipe médicale, les conseillers du dépistage en ont parlé à 32% au cours du post test (counselling pour la remise des résultats) et 2% par les médias.

Pour la thérapie antirétrovirale qui a débuté dans le Boulgou en 2003, grâce aux initiatives, l'analyse des données montre que 18% des enquêtés ont mis sous thérapie antirétrovirale entre 2002 et 2004. En 2005, la prise en charge thérapeutique a concerné 44% de l'échantillon cumulé, 79% en 2006 et 98% en 2007. Une personne a rejoint la file active de traitement sida en 2008.

A l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida (JMS) 2007, le coût de la prise en charge thérapeutique a été fixé à 1500 FCFA (un peu moins de 2 euros et 50 centimes). De plus, les initiatives pour l'accès aux soins sida contribuent à fournir les soins. La résultante est que pour 74% des personnes enquêtées dans la province, la prise en charge thérapeutique est gratuite ; tandis qu'une minorité de l'échantillon (21%), contribue pour leurs soins à hauteur de 1500 FCFA. Deux personnes ont déclaré déboursier 8000 FCFA pour leur thérapie : cette somme concerne surtout le coût des examens biologiques, telle que la numération des CD4.

7.3.2.3. Facteurs de mobilités de l'échantillon

Le déplacement du lieu de résidence au centre de soins est effectué à pieds par 54% de l'échantillon d'enquête de la province, surtout les personnes vivant avec le VIH résidant dans la commune de Tenkodogo qui sont majoritaires dans l'échantillon. Les personnes vivant avec le VIH venant de communes éloignées autres que Tenkodogo, utilisent les transports en

commun (12%). La bicyclette est utilisée par 28% et la motocyclette par une minorité de 5%.

Le temps mis pour accéder aux structures de prise en charge thérapeutique est compris entre 10 et 120 minutes. En effet, il ressort que 37% des enquêtés cumulés mettent 20 minutes pour arriver au centre de prise en charge. 92% des enquêtés mettent entre 10 et 60 minutes pour arriver au centre de prise en charge. Seuls 3 personnes des enquêtés ont besoin de 95 à 120 minutes pour avoir accès au centre de prise en charge thérapeutique.

Tableau 40. Distribution des enquêtés de la province du Boulgou selon le moyen de déplacement

Moyens de déplacement	Pieds	Vélo	Motocyclette	Car/Bus	Total
Echantillon	31	16	3	7	57
Pourcentage	54,39%	28,07%	5,26%	12,28%	100%

Source : données d'enquête, 2008

NIKIEMA

Des mobilités générales de l'échantillon, il ressort que l'infection à VIH n'a pas influé sur les mobilités de l'échantillon. Les principales destinations sont Ouagadougou, Fada, Koupèla, le Ghana (frontière commune), la Côte d'Ivoire. (Voir carte 20a)

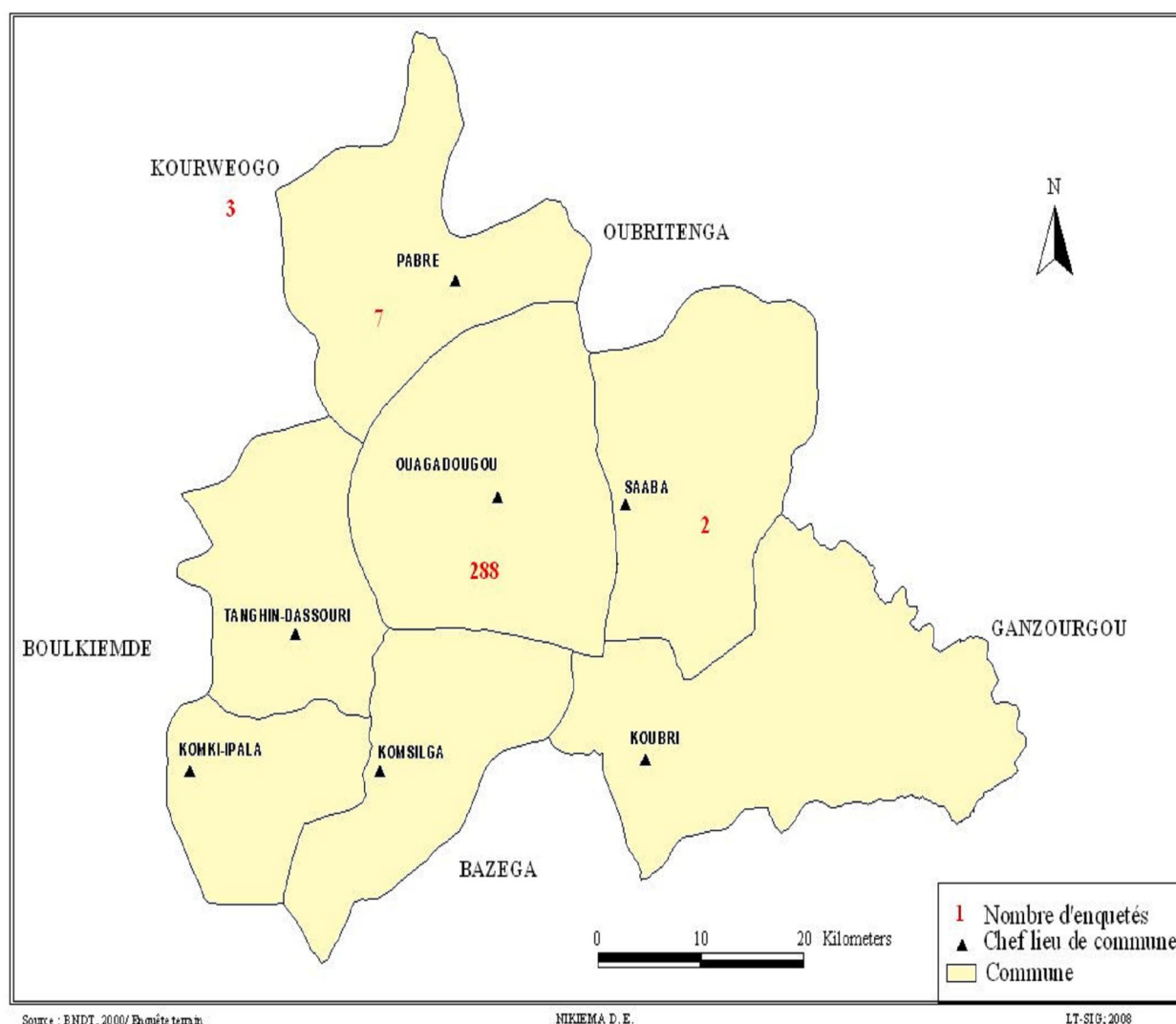
7.4. La province du Kadiogo

7.4.1. Présentation synthétique du Kadiogo

Le Kadiogo est situé au coeur du Burkina Faso. Il est limité au Nord par les provinces du Kourwéogo et d'Oubritenga, au Sud par la province du Bazéga, à l'Ouest par les provinces du Boulkiemdé et du Kourwéogo, et à l'Est par les provinces d'Oubritenga et du Ganzourgou.

La province couvre une superficie de 2 826,28 km² pour une population estimée à 1 523 980 habitants selon le rapport préliminaire du RGPH 2006. Située sur la plaine centrale, au cœur de ce qui a toujours été considéré comme le plateau Mossi, elle a l'avantage d'abriter la capitale politique Ouagadougou qui demeure également le siège de la puissante chefferie traditionnelle ayant donné le glorieux royaume Mossi de Ouagadougou. La superficie de la province épouse les mêmes limites territoriales que la région du Centre ; on y dénombre 152 villages et 7 communes dont la capitale Ouagadougou qui est divisée en cinq arrondissements.

Carte 23. Découpage administratif de la province du Kadiogo



Le Kadiogo est essentiellement une province d'immigration. En effet, en 1996 la province a enregistré un solde migratoire positif de 793 personnes par rapport à l'étranger. Par rapport aux autres provinces (migration interne), le Kadiogo a connu un solde migratoire positif de 200 732 personnes. Par rapport à la migration durée de vie (au moins un déplacement depuis la naissance), les hommes sont plus nombreux surtout en milieu urbain. Le rapport de masculinité (nombre d'hommes sur nombre de femmes) y est de 115% ; c'est-à-dire pour 100 migrantes on a 115 migrants. Par contre, en milieu rural, ce sont les femmes qui migrent le plus : 55 hommes pour 100 femmes (RGPH, 1996).

Sur le plan sanitaire, la province est divisée en quatre districts sanitaires : Kossodo, Paul VI, Pissy et Secteur 30. Les infrastructures sanitaires de la province connaissent des évolutions

significatives, aussi bien dans la qualité que dans la quantité. Ainsi pour 2007, la typologie des infrastructures est la suivante [DEP/MS'2008]:

- 2 hôpitaux universitaires dont un consacré uniquement à la prise en charge pédiatrique, le centre hospitalier universitaire Charles de Gaulle (CHUP-CDG) ;
- 16 CM/CMA (avec un ratio de 97 503 habitants /CM/CMA)
- 70 CSPS dont 68 remplissent les normes en personnel (1 infirmier, 1 accoucheuse auxiliaire ou 1 matrone et 1 agent itinérant de santé ou 1 manœuvre)
- le Rayon moyen d'action théorique (RMAT) pour la province est de 2,40 km et il varie du simple ou double, voir même du triple, d'un district sanitaire à un autre. Ainsi le RMAT est de 1,56 km (Kossodo), 3,30 km (Paul VI), 0,99 km (Pissy) et 3,68 (secteur 30).

La surveillance du VIH dans la province est faite à partir du site sentinelle de Ouagadougou qui a été l'un des trois sites du Burkina Faso à commencer la surveillance sentinelle en 1998. Depuis cette date, la prévalence a toujours été régulièrement supérieure à la moyenne nationale. Pour 2005 et 2006, la prévalence a été respectivement de 5,4% et 5,9%.

La riposte à l'épidémie au VIH à travers la prise en charge médicale a pendant longtemps été le domaine des structures publiques de soins. Elles étaient appuyées par les organisations à base communautaire, qui traitaient essentiellement des aspects psychologique, social, économique. Mais par la suite, avec l'appui des initiatives d'accès au traitement et le soutien de divers partenaires locaux et internationaux, certaines structures associatives ont intégré la prise en charge thérapeutique dans leur paquet d'activités. Parmi ces structures, nous nous sommes intéressés à deux d'entre elles : l'Association african solidarity (AAS) et l'association SOS-Sida/jeunesse mobilisée.

7.4.1.1. L'Association African Solidarity (AAS) et son centre de prise en charge, Oasis

L'Association African Solidarity (AAS) a été créée en novembre 1991 à Ouagadougou. Intervenant dans un premier temps dans la sensibilisation et la prévention, AAS a lancé le projet « African Oasis », projet visant la prise en charge médicale et psychosociale des

personnes séropositives. Le nombre des bénéficiaires de l'association étant sans cesse en croissance, l'association initie plusieurs autres projets qu'elle greffe au centre Oasis.

Le **centre communautaire et sanitaire Oasis** de l'Association african solidarity est fonctionnel depuis 1998 à travers un projet expérimental pour la période 1998-2000. Situé dans la ville de Ouagadougou, AAS à travers son centre Oasis, a été l'une des associations pionnière dans le cadre de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. Les premières prises en charge ont commencé par les traitements des infections opportunistes en 1998 pour se poursuivre par les traitements ARV en 2002. Aujourd'hui le centre Oasis est fortement impliqué dans la PEC médicale des orphelins du sida. AAS est également actif dans la province du Ganzourgou (située à 100 km à l'Est de la capitale), où elle réalise des activités de sensibilisation, de dépistage de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (adultes) et des activités d'appui aux orphelins et autres enfants vulnérables. L'association a également en projet d'intervenir dans les provinces du Séno, du Kourittenga, du Namentenga et du Bazèga.

Photo 5. *Séance de consultation*



© AAS, 2007

Ces séances ont lieu avant la mise sous traitement et tout au long du traitement ; elles sont confidentielles et se résument au médecin et à son patient

De l'entretien réalisé avec un responsable du centre Oasis, il ressort que la file active est constituée de personnes vivant avec le VIH venant de diverses et multiples origines géographiques (de tout le pays) pour bénéficier d'une prise en charge : Kaya, Koudougou, Kombissiri, Pô, Bittou, etc. Aussi, on enregistre des personnes de toutes nationalités et des rapatriés de la Côte d'Ivoire (qui viennent dans l'espoir de poursuivre un traitement débuté en Côte d'Ivoire) et également des ressortissant des pays limitrophes résidants à Ouagadougou.

La prise en charge étant essentiellement subventionnée par des partenaires de l'association, les critères d'insertion d'une personne infectée dans une file active ARV sont entre autres : l'ordre d'arrivée dans le centre, l'état de santé, le résultat du dosage des CD4, la contribution à la vie de l'association.....

7.4.1.2. L'Association SOS-sida/Jeunesse Mobilisée et son centre Espoir

L'association **SOS-sida/Jeunesse Mobilisée**, est une initiative de jeunes (élèves, étudiants, sans emplois etc.) résidant dans un même quartier (Kologh Naaba) de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. Cette initiative fait suite à des conséquences/affections (vécues différemment en fonction des individus) liées à l'infection à VIH. Créée en 1991, l'association obtient la reconnaissance officielle le 12 janvier 1992 sous l'arrêté ministériel n°017-92-MAT/SG/DE/PAJ. Le siège de l'association est dans la province du Kadiogo mais elle intervient aussi dans les provinces du Boulkiemdé, du Nahouri (région du centre ouest) et du Soum (région de Sahel).

7.4.2. Résultats de l'enquête de la province du Kadiogo

7.4.2.1. Profil sociodémographique

Les résultats de l'enquête de terrain effectuée dans la province du Kadiogo ont porté sur un échantillon de 300 personnes. La répartition par sexe indique que les femmes représentent 92% de l'échantillon contre 8% d'hommes.

Tableau 41 : Répartition des enquêtés de la province du Kadiogo par sexe

Structures	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Echantillon (Effectif)	25	275	300
Pourcentage	8%	92%	100%

Majoritairement constitué de Burkinabé (95%), la répartition ethnique de l'échantillon se présente comme suit :

Tableau 42 : Répartition des enquêtés de la province du Kadiogo par ethnie

Echantillon	Ethnie						
	Bissa	Dioula	Gourounsi	Lobi	Mossi	Peul	Autres nationalités
Effectif	26	29	9	7	194	10	25
%	9%	10%	3%	2%	65%	3%	8%

Les données relatives au statut matrimonial indiquent une prédominance des veufs (39%). Suivent dans l'ordre décroissant les personnes vivant en concubinage (20%), les mariés (15%), les divorcés (14%) et les célibataires (12%).

Le niveau d'instruction de l'échantillon enquêté dans le Kadiogo vont du primaire au supérieur, avec respectivement 40% pour le primaire et 21% pour le secondaire. Deux enquêtés ont fréquenté jusqu'au supérieur. Néanmoins 39% de l'échantillon (117 personnes) sont sans niveau d'instruction formelle.

La majorité des personnes enquêtées, 61% sont sans emploi rémunéré et ces données concernent surtout les femmes, majoritaires dans l'échantillon. Les emplois rémunérés concernent les cadres de la fonction publique, des travailleurs indépendants et des employés du secteur privé. La représentativité de ce groupe est de 32%. L'échantillon est aussi constitué de 8 élèves/étudiants, de 10 artisans, de 2 paysans et d'un employeur du secteur privé.

La répartition des enquêtés selon leur localité de résidence est la suivante :

Tableau 43 : Localités de résidence de l'échantillon d'enquête de la province du Kadiogo

	Boussé (Kourwéogo)	Ouagadougou	Pabré	Saaba	Total
Effectif enquêté	3	288	7	2	300
Pourcentage	1,0%	96,0%	2,3%	0,7%	

7.4.2.2. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique

La répartition de l'échantillon par type de VIH montre que 55% des enquêtés sont porteurs du VIH 1, le type le plus répandu au Burkina Faso. Le VIH 2 est représenté à 9% et 2 personnes ont la combinaison VIH 1 et 2 tandis que 35% des personnes enquêtées ignorent de quel VIH ils sont porteurs.

Des motifs du dépistage, il ressort que 34% des enquêtés ont connu leur sérologie par un dépistage volontaire. Et pour 64% des enquêtés, le recours au dépistage a été fait pour des raisons médicales (dépistage proposé/suggéré au cours d'une consultation médicale en raison de suspicion). De plus en plus d'employeurs exigent le dépistage au VIH comme complément de dossier d'embauche : ce fut le cas pour 8 personnes de l'échantillon du Kadiogo.

Pour ce qui est des modes de contamination, 33% des enquêtés ont été infectés par voie sexuelle, 8 personnes par la transfusion sanguine et 3 personnes par un objet souillé. Toutefois, 64% des enquêtés ignorent comment ils ont pu contracter le virus.

La connaissance de la prise en charge thérapeutique liée à l'infection à VIH a été expliquée à 87% des personnes enquêtées par le personnel soignant (médecin ou infirmier). Pour les autres personnes vivant avec le VIH de l'échantillon, elles ont eu connaissance du traitement par l'intermédiaire des conseillers, qui pendant le counselling de post-test, en ont fait cas à 5% ; par des amis, des collègues ou des membres de la famille (8%). Une personne en a entendu parler à travers les médias.

Depuis les premières mises sous traitement (1999-2000), les prix des soins ont bien varié, évoluant vers une quasi gratuité grâce à l'appui de différentes et multiples initiatives. C'est ainsi que 84% des enquêtés déclarent ne rien dépenser en coût pour se soigner et 15% d'entre eux déclarent déboursier moins de 1.500 FCFA pour leurs soins dans la province du Kadiogo.

Tableau 44 : Fréquence des coûts des soins des enquêtés de la province du Kadiogo

Coût des soins (FCFA)	0	500	800	1000	1500	2500	5000
Effectif échantillon	251	42	1	1	1	3	1
Pourcentage	83,7%	14,0%	0,3%	0,3%	0,3%	1,0%	0,3%

Pour les soins sida, les résultats montrent que le traitement a démarré en 2000 et que 38% des enquêtés cumulés ont été mis sous traitement avant 2004 et 100% en 2007, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 45 : Année de mise sous thérapie antirétrovirale des enquêtés de la province du Kadiogo

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Effectif	10	10	16	31	46	48	87	52	0	300
Fréquence	3,3%	3,3%	5,3%	10,3%	15,3%	16%	29%	17,3%	0%	

7.4.2.3. Facteurs de mobilité de l'échantillon

Les déplacements vers les centres de soins se font aussi bien à pieds qu'avec divers moyens de locomotion.

Tableau 46. Distribution des enquêtés de la province du Kadiogo selon le moyen de déplacement

	Pieds	Vélo	Taxis	Mobylette	Voiture/Bus	Se fait déposer	Total
Effectif d'enquête	41	101	50	82	13	13	300
Pourcentage (%)	14%	34%	17%	27%	4%	4%	100%

En terme de temps mis pour aller au centre de prise en charge, il ressort que 8% des enquêtés mettent moins de 20 minutes pour s'y rendre, 83% des enquêtés mettent moins de 60 minutes et 10% mettent entre 75 et 180 minutes.

L'infection à VIH et la prise en charge thérapeutique n'a pas eu d'impact sur les mobilités de l'échantillon du Kadiogo, qui a continué les déplacements aussi bien à l'intérieur du Burkina Faso que vers les pays voisins et même vers d'autre continent (Chine). La carte 21b illustre ces différentes mobilités des personnes vivant avec le VIH qui ont été enquêtés au Kadiogo.

7.5. La province du Poni

7.5.1 Profil de la province du Poni

Située dans la région administrative du Sud-Ouest du Burkina Faso, la province du Poni, dont la commune de Gaoua est son chef-lieu, est comprise entre 9°50 et 10°46 de latitude Nord, et entre 2°45 et 4°00 de longitude Ouest. D'une superficie totale de 7 514 km², la province du Poni représente 2,7 % de la superficie totale du pays et 45,4 % de celle de la région. Elle est limitée :

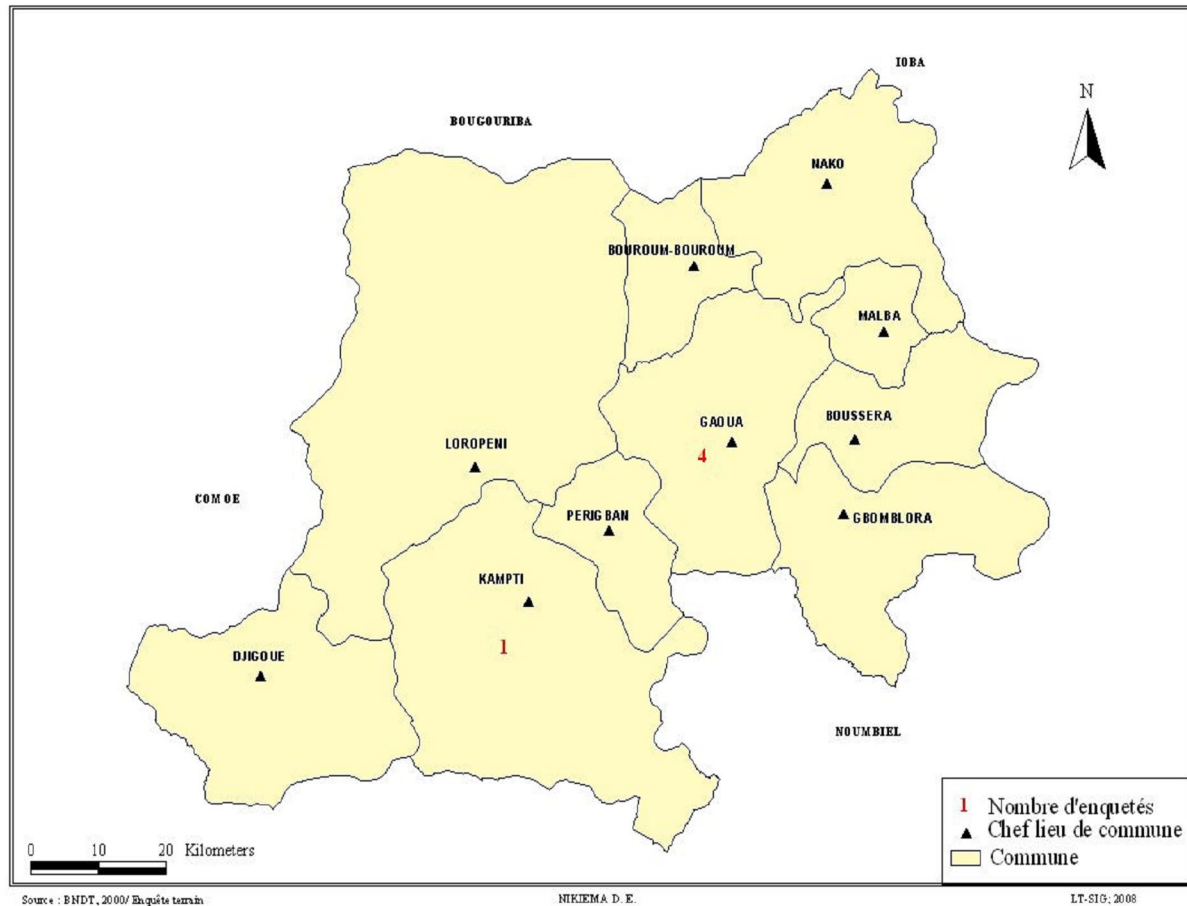
- au Nord par les provinces de la Bougouriba et du loba,
- au Sud par la province du Nounbiel et la république de Côte d'Ivoire,
- à l'Ouest par la province de la Comoé,
- à l'Est par la république du Ghana avec laquelle elle partage le fleuve Mouhoun comme frontière naturelle.

De part sa position géographique, la commune de Gaoua est un carrefour. Elle est située à environ 70 km de la frontière avec la Côte d'Ivoire (axe bitumé, Gaoua-Kampti-Frontière) et à 124 km des frontières Ghanéenne et Ivoirienne (axe non bitumé Gaoua-Batié-Kpéré).

De la situation administrative du Poni, on retient que la province compte une commune urbaine (Gaoua) et 9 communes rurales : Boroum-Boroum, Boussera, Djigoué, Gbomblora, Kampti, Loropéni, Malba, Nako, Périgban. Gaoua est le chef-lieu de province et de région.

Selon les résultats préliminaires du RGPH en 2006, le Poni compte 254 371 habitants dont 121 114 hommes et 133 257 femmes.

Carte 24 Province du Poni en découpage administratif



Sur le plan sanitaire, la province présente des indicateurs relativement bas : on y dénombre un CHR situé dans le district sanitaire de Gaoua, 2 CM/CMA, 32 CSPS, 5 dispensaires et une maternité isolés. Toujours dans la province, on y trouve une structure de soins des forces armées, 3 formations sanitaires privées, une officine et 8 dépôts privés pour satisfaire les besoins de la population en médicaments. Le rayon moyen d'action théorique est de 7,76 km pour les CSPS. Sur le plan des ressources humaines, le district sanitaire de Gaoua dispose d'un médecin, 47 infirmiers d'Etat et 45 infirmiers brevetés [DEP/MS'2008].

Concernant le VIH, Gaoua constitue un site sentinelle rural et pour la prévalence, elle se situe à 2,0% pour 2005 et 2,8% pour 2006. Les premières prises en charge thérapeutiques du sida remontent à 2004, avec 55 traitements au CHR de Gaoua (50 sur le MAP et 5 sur le PRSS). L'appui à la prise en charge thérapeutique (prise en charge communautaire) des personnes vivant avec le VIH est du ressort des structures communautaires. C'est le cas de l'Association

Vie Solidaire (AVS), agréée pour les activités de lutte contre l'infection à VIH et surtout pour la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH bénéficiant de la thérapie antirétrovirale.

7.5.1.1. Association Vie Solidaire

L'Association Vie Solidaire (AVS) a été créée en 1999 suite aux événements néfastes du sida ressentis au sein de la communauté des personnes vivant avec le VIH à Gaoua (stigmatisation, rejet, abandon, discrimination). Elle a été officiellement reconnue le 21 décembre 2001 et regroupe en son sein des membres affectés et des membres infectés par le VIH. Son objectif principal est de « Contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes infectées et affectées par l'infection à VIH ». En terme d'approche, l'association utilise les stratégies suivantes :

- Mise en place et animation des groupes de parole.
- Organisation des causeries éducatives dans les secteurs.
- Organisation des visites à domicile et à l'hôpital.

Photo 6. Des activités quotidiennes de AVS

(a) Visite à domicile (VAD)



2 conseillères de AVS rendent visite à un malade à domicile pour lui apporter un soutien moral, s'enquérir de son état de santé, faire le suivi du traitement et lui remettre un kit d'hygiène (savon, eau de javel, etc.)

(b) Animation de groupe de parole



Ici suivi de repas communautaire, le groupe de parole est l'occasion d'échanges sur le traitement suivi, le vécu quotidien et des conseils sont prodigués aux uns et aux autres

7.5.2. Les résultats de l'enquête de la province du Poni

L'enquête de terrain dans la province du Poni a porté sur un échantillon de 12 personnes. Après le traitement des données, 5 fiches seulement ont été retenues. La totalité de l'échantillon sont des femmes, Lobi par leur ethnie, donc toutes des burkinabé. Trois d'entre elles sont divorcées tandis que les deux autres sont veuves.

Elles sont toutes sans emploi et leur niveau d'instruction est le suivant : secondaire (1 personne), primaire (1 personne) et trois femmes n'ont pas été à l'école. Au regard des données collectées, les localités de résidence sont les suivantes : quatre femmes résident dans la commune de Gaoua (Poni) et la dernière est dans la commune de Kampti. Elles sont toutes des ménagères.

7.5.2.1. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique

Des caractéristiques de l'infection, il ressort que la totalité de l'échantillon du Poni a effectué le dépistage suite à la recommandation/suggestion du personnel soignant au cours de la consultation médicale pour raison de santé. Le VIH 1 concerne toutes les cinq personnes.

La province ne disposant pas de centre de dépistage intégré à une formation sanitaire, le dépistage au VIH a été effectué dans un centre de conseil dépistage autonome pour 4 d'entre elles. Ce sont les conseillers, qui après le counselling de post-test, ont expliqué l'existence et la nécessité d'un traitement, au regard du caractère immuno-déficient du virus. La 5^{ème} personne a été dépistée alors qu'elle résidait à Ouagadougou. Ainsi, la mise sous traitement ARV est faite comme suit : une personne pour l'année 2000, trois personnes en 2004 et une personne en 2005.

Pour tout l'échantillon, la prise en charge thérapeutique est entièrement gratuite, grâce à l'appui des subventions d'accès aux soins sida dont bénéficie la province.

7.5.2.2. Facteurs de mobilité de l'échantillon

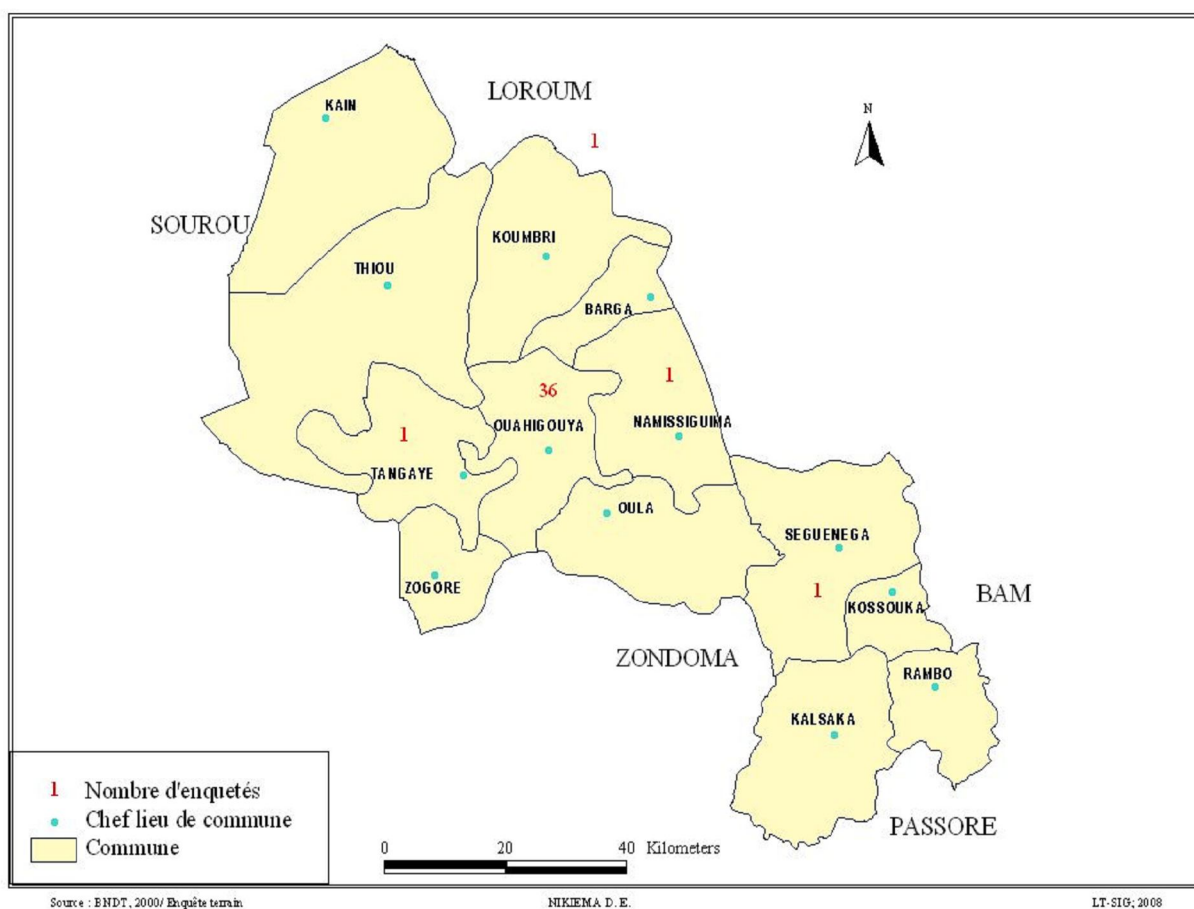
Pour se rendre au centre de soins, les personnes enquêtées y vont à pieds, avec un temps moyen de marche d'environ 45 à 60 minutes. Mais en terme de mobilités, depuis l'infection, seule une personne y est soumise, se rendant principalement à Ouagadougou pour des soins quand son état de santé l'exige. (Carte 21a).

7.6. La province du Yatenga

7.6.1. Profil de la province du Yatenga

La province du Yatenga est située dans la région sanitaire et administrative du Nord. Elle couvre une superficie de 7103 km² et est limitée à l'Est par la province du Bam, au nord-est par la province du Lorum, à l'Ouest par la province du Sourou, au nord par la République du Mali et au Sud par la Province du Zoundoma. Avec ses 13 communes dont 12 rurales, le Yatenga représente en terme de superficie 2,6% le Burkina Faso et sa population est de 547 952 habitants, soit 257 672 hommes et 290 280 femmes, selon le rapport préliminaire du RGPH 2006 et de l'INSD de la même année. La ville de Ouahigouya, est le chef-lieu de région et de province.

Carte 25. Province du Yatenga : découpage administratif



Sur le plan sanitaire, la province dispose de deux districts sanitaires, Ouahigouya et Séguénéga avec respectivement 1 CHR, 26 CSPS répartis sur une superficie de 5 343 km² et 57 CSPS couvrant un territoire de 1 856 km². Le rayon moyen d'action théorique est de 8,09 km pour Ouahigouya et de 3,22 km pour Séguénéga. Les maternités isolées sont prises en compte dans les CSPS, du fait du paquet minimum d'activités.

La morbidité et la mortalité élevées qui caractérisent la situation sanitaire au Yatenga sont dues en grande partie aux maladies infectieuses et parasitaires. L'insécurité alimentaire, le manque d'eau potable, l'insalubrité du milieu et de l'insuffisance du système sanitaire contribuent à entretenir cette situation. Les femmes et les enfants de par leur dépendance socio-culturelle et leur vulnérabilité constituent les couches sociales particulièrement exposées. De plus, il ressort que les consultations du guérisseur ou du marabout sont prioritaires aux consultations médicales des formations sanitaires [Charmillot'2002].

Le centre hospitalier régional (CHR), localisé dans la ville de Ouahigouya, est le niveau supérieur et le pôle de référence de toute la région sanitaire du Nord ; il couvre théoriquement la superficie totale de la région Nord soit environ 1400 km² et 3 médecins exercent au CHR. La province dispose également d'une formation sanitaire parapublique, une formation sanitaire des forces armées et 9 formations sanitaires du privé. Un seul médecin en théorie est formé pour la prescription des ARV au sein du CHR.

On ne dispose pas de la prévalence du VIH pour la province du Yatenga, mais la prévalence relevée au niveau du site sentinelle de Ouahigouya est la suivante : 3,6% en 2005 et 4% en 2006. Cette prévalence est appliquée à l'ensemble de la région du Nord.

A Ouahigouya, la prise en charge thérapeutique du sida au CHR n'est intervenue que seulement en fin décembre 2003 avec l'initiative ESTHER grâce à une disponibilité de 45 thérapies antirétrovirales. A l'initiative ESTHER, s'est ajouté le programme MAP avec 50 traitements ARV.

A cette offre de soins publique, s'ajoute les services et soins offerts par les structures communautaires agréées. Le rapport du CMLS/santé pour le bilan général de la mise en œuvre du PNM 2004, fait état d'une formation sanitaire associative à Ouahigouya qui assure la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH. Il s'agit de l'Association

pour l'appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant (AMMIE), leader dans la lutte contre le VIH et la prise en charge des personnes. Elle dispose d'un centre de dépistage volontaire anonyme et d'un centre médical de prise en charge.

7.6.1.1. L'association pour l'appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant (AMMIE)

Créée en 1996, AMMIE intervient dans toute la région du Nord à travers une offre multiforme de soins. Cette association a véritablement intégré les aspects de prise en charge thérapeutique du sida depuis 2003. Elle dispose d'une unité de soins, fonctionnant comme une formation sanitaire de jour, avec des lits d'hospitalisation et un médecin formé pour la prise en charge médicale. Bien que non formalisé, un système de référence et de contre-référence des malades est pratiqué avec le CHR de Ouahigouya. En partenariat avec des réseaux d'association nationales, internationales et avec des hôpitaux et bien d'autres fondations, initiatives et programmes de lutte de contre le VIH et les IST, AMMIE compte une file active de 827 personnes dont 327 sont sous traitements ARV en 2006. Pour 2007, le nombre de personnes sous ARV est de 459 personnes dont 4 enfants.

La file active a été constituée depuis 1997 et le premier malade a bénéficié d'un traitement ARV en 2000. Les principaux partenaires subventionnant les traitements antirétroviraux sont : ESTHER, le programme TAP, le Fonds mondial, etc.

7.6.2. Résultats de l'enquête de la province du Yatenga

7.6.2.1. Profil sociodémographique

L'enquête réalisée dans le site du Yatenga au sein de l'association AMMIE, a concerné un échantillon de 40 personnes sous ARV dont 80% de femmes et 20% d'hommes. La répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie montre que la totalité des personnes enquêtées sont des burkinabé, avec 85% de mossi. Les autres ethnies étant les peulh et dioula.

Le tableau-ci après présente les localités de résidence des personnes enquêtées.

Tableau 47 : Localités de résidence de l'échantillon d'enquête de la province du Yatenga

Localités	Province du Yatenga				Province du Lorum	Total
	Namissiguima	Ouahigouya	Séguènegu	Tangaye	Titao	
Echantillon	1	36	1	1	1	40
Pourcentage	2,5%	90%	2,5%	2,5%	2,5%	100%

De l'analyse du statut matrimonial, 50% des enquêtés sont mariés et 40% d'entre eux sont veufs. Les 10% restants sont déclarés divorcés.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, plus de la moitié de l'échantillon (70%) n'ont aucun niveau scolaire, tandis que 23% ont un niveau scolaire du primaire et 8% un niveau scolaire du secondaire.

Par rapport à l'occupation professionnelle, la grande majorité des personnes enquêtées, 78% sont sans emploi rémunéré : ce sont essentiellement les activités domestiques (pour les femmes) et les activités agricoles. Les emplois rémunérés concernent les cadres de la fonction publique et des employés du secteur privé (3 personnes). De plus, il ressort que 5 enquêtés sont du secteur agricole.

7.6.2.2. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique

Des caractéristiques de l'infection de l'échantillon du Yatenga, même si 23% des personnes ignorent le type de VIH dont elles sont porteuses, il ressort la prédominance de la souche 1 de l'infection (VIH 1), caractérisant 70% des personnes sous ARV ; suit le VIH 2 pour 2 enquêtés et la combinaison VIH 1 et 2 pour une personne. Le recours au dépistage, porte d'entrée pour la prise en charge thérapeutique est motivé à 50% par des raisons médicales (suspicion au cours d'une consultation médicale) et à 50%, il s'est agi de dépistage volontaire. Des modes de contamination, les enquêtés ont déclaré à 63%, ne pas savoir comment ils ont été infecté tandis que 33% d'entre eux ont soupçonné la voie sexuelle. Deux personnes ont déclaré avoir été contaminées par un objet souillé.

La connaissance de la prise en charge thérapeutique liée à l'infection à VIH a été expliquée à 60% des personnes enquêtées par le personnel de soins (médecin ou infirmier). Et ce sont les

conseillers, qui après le counselling de post-test, ont expliqué à 35%, des personnes vivant avec le VIH, l'existence et la nécessité d'un traitement, au regard du caractère immuno-déficient du virus. Deux personnes parmi l'échantillon enquêté ont appris l'existence du traitement par des membres de la famille et par des collègues. Pour la thérapie antirétrovirale, 50% de l'échantillon ont commencé à en bénéficier entre 2002 et 2005 et 43% en 2006 et 2007. La quasi gratuité des ARV déclarée en décembre 2007 et le caractère communautaire de la structure site d'enquête, influent sur le coût du traitement : il est gratuit pour 93% des personnes et seulement 3 personnes vivant avec le VIH paient leurs thérapie à 1500 FCFA (soit 2,287 euros).

7.6.2.3. Facteurs de mobilité de l'échantillon

Pour se rendre au centre de soins, la majorité des personnes enquêtées y vont à pieds, avec un temps moyen de marche d'environ 30 à 45 minutes. Seules les personnes vivant avec le VIH qui résident hors de la commune de Ouahigouya mettent au plus deux heures pour se rendre au centre, en utilisant soit des motocyclettes ou les cars des transports en commun.

Tableau 48 : Distribution des enquêtés de la province du Yatenga selon le moyen de déplacement

Moyens de déplacement	Pieds	Vélo	Motocyclette	Car/bus	Total
Echantillon	29	5	5	1	40
Pourcentage	72,5%	12,5%	12,5%	2,5%	100%

La lecture de la carte 21a retrace les mobilités propres aux enquêtés de la province. Le fait d'être infecté n'entame en rien leur déplacement et les principales destinations sont Ouagadougou, Kaya, Gourcy et dans une certaine mesure Bobo-Dioulasso et Solenzo.

Après ce chapitre dont l'objet était de restituer les données collectées sur le terrain, le chapitre suivant va être le lieu d'analyse des différentes variables. En faisant appel à des études spécifiques, en rappelant les différents indicateurs socio-économiques et de développement du Burkina Faso ; en examinant l'offre de soins liés à l'infection à VIH dans sa répartition spatiale ; nous allons rechercher les liens éventuels entre les mobilités induites par la territorialisation de l'offre de soins et les nouvelles territorialités qui s'en dégageraient pour les personnes vivant avec le VIH.

CHAPITRE 8: PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU VIH ET TERRITORIALITES

De l'offre de soins aux conditions socio-économiques des personnes vivant avec le VIH, et prenant en compte le lieu de vie, ce sont des facteurs contribuant à induire des mobilités pour les personnes vivant avec le VIH en quête de prise en charge thérapeutique. Mais quelles relations peut-on établir entre ces mobilités et la prise en charge thérapeutique ? La déstabilisation vécue par les personnes vivant avec le VIH est-elle une résultante de mobilités induites par la quête de soins liés à l'infection à VIH ?

8.1. VIH et déstabilisation, de l'infection à la prise en charge thérapeutique

8.1.1. Offre de soins sida et territorialisation

8.1.1.1. Offre de soins et territorialisation, la prise en charge par la thérapie ARV

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001, a inclus l'accès équitable aux soins et au traitement en tant que partie intégrante d'une riposte mondiale complète et efficace au VIH [UN'2001]. Depuis lors, de nombreux pays, grâce à l'appui des organisations intergouvernementales et des donateurs, ont clairement démontré la faisabilité d'administrer le traitement contre le sida même dans les contextes où les ressources sont les plus limitées. L'accès au traitement a contribué à mobiliser les communautés dans l'action contre le VIH, préservé la santé et la viabilité des foyers vulnérables au VIH, et renforcé les efforts de prévention du VIH dans de nombreuses parties du monde. L'équité ou l'impartialité de l'accès au traitement et aux soins liés au VIH ainsi qu'aux autres services sociaux et de santé constitue depuis toujours une préoccupation de l'OMS et de l'ONUSIDA [ONUSIDA/OMS'2005].

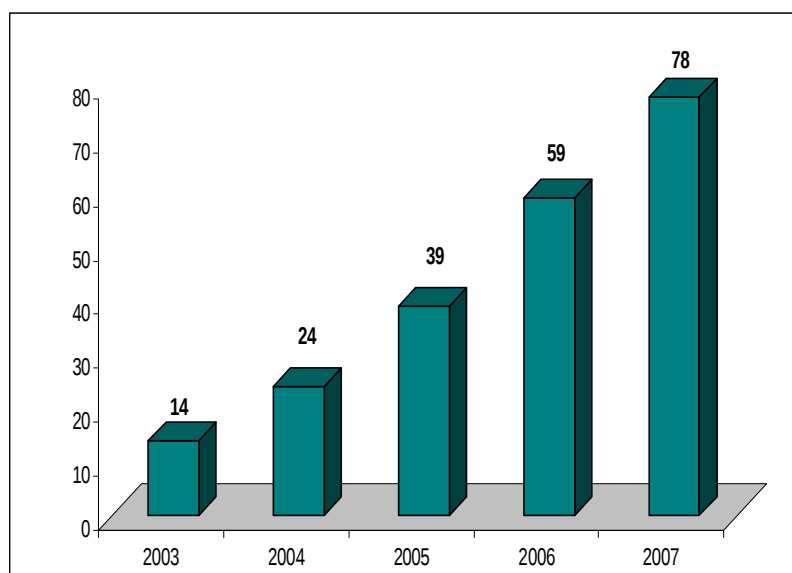
L'amélioration de l'accès aux soins liés au VIH nécessite que de nombreux services soient offerts partout et à toutes les personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin. Cela implique que les nombreux services uniquement offerts au niveau central ou district, soient progressivement et rapidement étendus au niveau des centres de soins et des milieux

communautaires (ONUSIDA/OMS'2005) où une expertise existe déjà et peut-être renforcée grâce à des formations adéquates.

La thérapie antirétrovirale peut donc être ajoutée au paquet minimum d'activités de toutes les structures de santé remplissant un minimum de conditions telles que l'approvisionnement régulier et ininterrompu des médicaments, un personnel formé à la prescription et au suivi médical des soins sida, des services de conseil et de dépistage, etc.

L'offre de soins sida et précisément la thérapie antirétrovirale a officiellement démarrée dans les centres hospitaliers universitaires. Cela a été rendu possible par la mise en place de diverses initiatives (Cf. chapitre 5). Ainsi l'offre en matière de prise en charge antirétrovirale qui a débuté officiellement en 2003 a connu l'évolution suivante par année.

Graphique 15. Evolution annuelle des structures de PEC ARV, 2003 à 2007



Source : synthèse faite à partir des bilans généraux de la mise en œuvre des PNM 2003, 2004, 2005, 2006, 2007

A la lecture du graphique, une évolution régulière du nombre de structures se dégage au niveau national. Mais qu'en est-il des disparités à l'intérieur d'une même région ?

Suivant la politique de décentralisation/déconcentration des services de santé, l'implantation de l'offre de soins répond à la logique de la décentralisation administrative. Les premiers centres de prise en charge médicale, de part la spécificité du traitement répondaient à un minimum de normes, tout au moins en terme de personnel qualifié, formé pour la prescription des ARV. C'est ainsi qu'en 2003, parmi les 14 centres existants, 9 (62%) étaient situés dans la région du Centre ; 2 centres dans les Hauts Bassins et 1 centre au Nord et à l'Est. Le

quadrillage du territoire était donc effectif en terme de localisation géographique (Voir Carte évolution des structures, 2003). Mais à l'intérieur d'une même région sanitaire, suivant toujours le critère de normes, les centres de référence furent les premiers à la dispensation des traitements ARV, au regard de la qualité requis pour ce service. Ainsi, pour la même année 2003, sur les 14 structures de prise en charge thérapeutique, toutes sont des Centres hospitaliers universitaires et régionaux en dehors des structures de la province du Kadiogo parmi lesquelles on retrouve des structures telles que le CMA de Pissy, le camp militaire, le CNLAT, etc. L'implication de ces structures se justifie amplement au regard de leurs spécificités :

- le CMA de Pissy est sous la tutelle de l'ONG Médecins sans frontière (MSF), qui a fait des soins et traitement du VIH, son cheval de bataille au Burkina Faso.

Encadré 3 : MSF et accès aux TARV au Burkina Faso

En mars 2002, MSF décidait de s'engager auprès des malades du Sida à Ouagadougou, dans le district sanitaire de Pissy. Le Burkina Faso est un de ces nombreux pays frappés de plein fouet par la pandémie du SIDA. Néanmoins, la majorité des malades n'a pas accès aux soins. Le projet est intégré dans le système de santé national et l'offre de soins inclut le conseil et le dépistage gratuit, le traitement ARV, la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et le traitement des maladies opportunistes. Au total, plus de 5.000 personnes bénéficient de ces services.

Source : Médecins sans frontières, <http://www.msf.lu/sur-le-terrain/nos-missions/burkina-faso/sida.html>

- Le centre médical du camp militaire : c'est le centre de référence pour les services militaires ; en ce sens, il dispose d'infrastructures et d'équipements de 1^{ère} ligne, ainsi que de personnel qualifié. Il couvre la prise en charge thérapeutique du personnel militaire, de leurs familles et aussi de la population générale.
- Le centre national de lutte antituberculeux (CNLAT) : dans les pays en développement, la tuberculose est la complication infectieuse et la cause de décès la plus fréquente de l'infection VIH et le VIH est l'infection la plus souvent associée à la tuberculose. La reconnaissance de l'interaction étroite entre les deux maladies a conduit progressivement à une collaboration entre les programmes, voire à leur intégration. Les programmes de lutte contre le SIDA sont incités à dépister rapidement la tuberculose chez les sujets séropositifs présentant des symptômes suspects, voire à

rechercher chez eux une infection tuberculeuse latente, si les moyens techniques et financiers le permettent. A l'inverse, les programmes de lutte antituberculeuse sont incités à vérifier le statut VIH de tous les malades tuberculeux, afin d'offrir à ceux des malades co-infectés qui sont éligibles un traitement antirétroviral simultané ou séquentiel [Zellweger'2007]. De ce fait, la prise en charge thérapeutique du sida était confiée au CNLAT, qui a intégré au fur et à mesure les soins par les ARV dans ses activités en plus de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose.

En somme, à la disparité nationale de l'offre thérapeutique du sida, s'ajoute une disparité infrarégionale qui se traduit par une implication des structures de soins selon leur niveau dans la pyramide sanitaire. La prise en charge thérapeutique va du chef-lieu de région vers les autres provinces ; et des structures de référence vers les autres centres de niveau inférieur. Depuis la mise en œuvre de l'initiative « Three by Five », les CMA et les CM ont intégré la prise en charge thérapeutique dans leur PMA. Cela s'est traduit par l'augmentation du nombre de structures qui est passé de 24 en 2004 à 59 en 2006.

8.1.1.2. Prise en charge thérapeutique et services biologiques, une territorialisation de l'offre

Pendant longtemps, le seul examen biologique de suivi de l'évolution de l'infection était la numération des lymphocytes CD4. Aujourd'hui, dans les pays où l'infrastructure médicale le permet, on mesure la charge virale du patient, devenue indispensable pour évaluer l'efficacité d'un traitement antirétroviral et l'adapter si le virus développe des résistances aux molécules utilisées²⁵.

Le suivi biologique joue un rôle essentiel dans la prise en charge de l'infection à VIH. Il permet de déterminer le moment où il devient nécessaire de débiter un traitement antirétroviral (CD4 et charge virale), et de suivre son efficacité et sa tolérance. Il est maintenant possible de réaliser des dosages d'antirétroviraux (recherche de sous-dosage dans les cas d'échec de traitement, ou de surdosage s'il existe des effets indésirables), mais également d'analyser les échecs éventuels, en recherchant des résistances par analyse génotypique (de pratique courante), ou phénotypique [Chaplain'2006] (encore au stade de la recherche). Les différents types de suivi sont :

²⁵ <http://www.ch-pau.fr/informations/sida.htm>, observance traitement

- *Bilan initial* (la confirmation de la séropositivité par un 2ème prélèvement, Elisa et Western- Blot.
- *Surveillance biologique des personnes non traitées* (avec plus de 500 lymphocytes CD4/mm³ et une charge virale peu élevée : une surveillance tous les 3 à 6 mois des lymphocytes CD4 et de la charge virale).
- *Surveillance biologique des personnes traitées* (surveillance et efficacité de la thérapie, dosage des lymphocytes CD4 et de la charge virale).
- *Surveillance des personnes ayant moins de 200 lymphocytes CD4/mm³* (personnes à forte immunodépression ou insuccès de thérapie, pour surveiller la survenue des IO).

Tableau 49: Suivi biologique d'une personne vivant avec le VIH traitée ou non par TARV

	Bilan initial	Patients non traités	Patients traités (tous les 3 mois)	Patients traités avec CD4<200(*) (tous les 3 mois)
Sérologie VIH NFS, plaquettes CD4-CD8 ARN-VIH Transaminases	+ + + + +	- + } + } 3 à 6 mois + } + }	- + + + +	- + + + +
Sérologie syphilis Sérologie CMV Sérologie toxoplasmose Sérologie VHB Sérologie VHC	+ + + + +	Tous les ans si recherche négative au bilan initial		
IDR 10u Examen gynécologique Radio du thorax	+ + +	- Tous les ans -	- Tous les ans -	- Tous les 6 mois -
Fond d'œil CMV (antigénémie ou PCR) Hémoculture (recherche de MAC)	- - -	- - -	- - -	+ + +
Dépistage biologique des effets secondaires des antirétroviraux : CPK, amylase, glycémie, triglycérides, cholestérol, créatinine	-	-	+	+

Source : Santé Tropicale, 2006

(*)La recherche d'infection par le CMV ou les mycobactéries atypiques est justifiée essentiellement chez les personnes dont le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 100/mm³.

De la disponibilité des compteurs de CD4, on en dénombre 39 sur tout le territoire (Cf. carte de la disponibilité des services de laboratoires). Leur répartition suit celle des CMA au sein desquels ils sont installés. Au regard de leur nombre et de leur localisation, ils restent accessibles à la population ; et la manipulation d'un compteur CD4 ne requiert certainement pas une grande technicité qui nécessiterait des formations pour le personnel médical et soignant. Mais qu'en est-il pour d'autres services biologiques, comme la Polymerase chain reaction (PCR) ?

L'analyse de la carte relative à la distribution des services biologiques, montre que seulement cinq structures sont équipées pour la technique PCR, Polymerase Chain Reaction, réparties ainsi qu'il suit dans les régions selon le nombre : Boucle du Mouhoun (1), Centre (3), Hauts-Bassins (1). Cette répartition des PCR, de par la technicité de l'équipement répond à une territorialité gravitant autour des centres de recherche :

- Le centre Muraz (Hauts-Bassins), participe à l'identification de thématiques et à la réalisation des études et des recherches ;
- Le centre de recherche de Nouna (Boucle du Mouhoun) ;
- Le CMA de Pissy, sous la tutelle de MSF, comme relevé plus haut, étant que centre de référence pour les traitements et les soins sida, dispose d'un personnel qualifié à la manipulation de la PCR. De plus, au regard de la file active de cette structure, un équipement de soins comme la PCR se justifie amplement pour motiver l'adhésion des bailleurs de fonds pour une telle acquisition.
- Le centre médical Saint Camille est la structure pilote de programme PTME, ce qui justifie également la PCR.

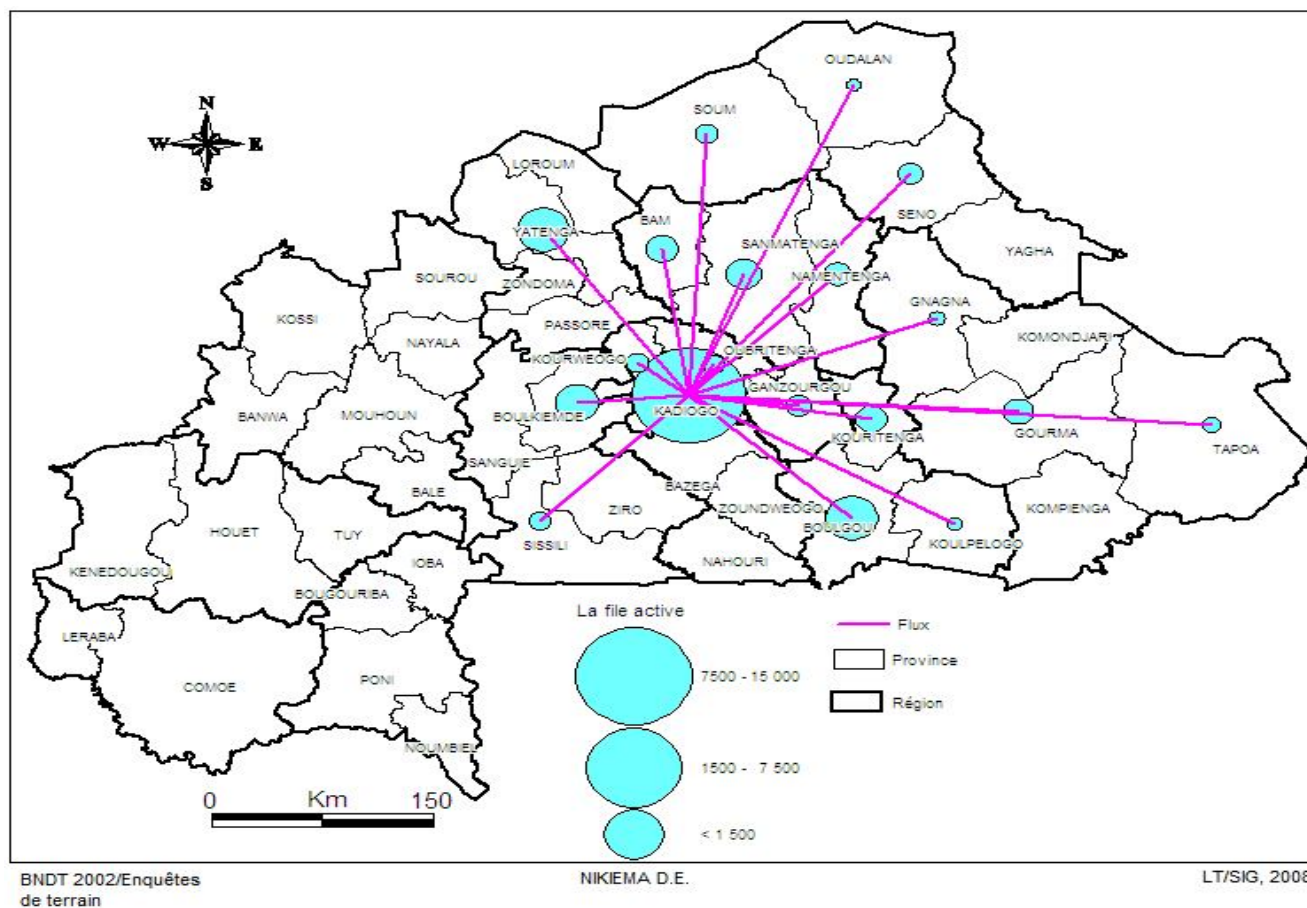
Encadré 4: PCR et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant

Quelles sont les solutions pour l'enfant si la transmission de la mère à l'enfant n'a pas été prévenue?

La solution est un diagnostic précoce avec la méthode de réaction de polymérisation en chaîne (PCR). Une fois dépisté, l'enfant pourra suivre un traitement avant que son système immunitaire ne se détériore ou qu'il ne développe des maladies opportunistes, la plupart du temps irréversibles comme l'encéphalopathie, ou pire, qu'il ne meure avant son deuxième anniversaire, comme c'est le cas de 60 % des enfants qui naissent porteurs du HIV.

Elena Alonso, référente médicale de Médecins Sans Frontières (MSF) pour les programmes de lutte contre le VIH/sida, 11 août 2008.

Carte 26 : L'attractivité des PCR du Kadiogo



Les données utilisées pour la réalisation de cette carte sont celles de la file active des différentes structures de soins et de traitement sida en 2006, par province. En effet, la technique de la PCR intervient aussi bien pour les patients traités par les TARV que ceux non traités. L'attractivité des unités de Ouagadougou s'étend jusqu'aux provinces de l'Oudalan (région du Sahel), Yatenga (région du Nord), Tapoa (région de l'Est). Les points représentent le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la province qui utilisent les services de la PCR. Le dosage de la charge virale s'effectue deux fois l'année.

8.1.2. Prise en charge thérapeutique et mobilités, quels liens en 2007 ?

En plus d'un quart de siècle d'existence, le sida a bien changé de visage; au passage il a livré quelques uns de ses secrets, passant d'un pronostic de mort à courte échéance à une maladie qui se traite. Bien que le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie du sida ait pratiquement doublé dans les pays en développement depuis les initiatives en 2003 ; bien que le coût des soins et traitements du sida ait considérablement baissé, il reste que les mobilités, qu'elles soient temporaires ou occasionnelles, pourraient à terme, constituer un frein pour l'accès universel aux soins et traitements du sida. Surtout si ces mobilités sont liées à la prise en charge thérapeutique et partant à un suivi régulier de la thérapie. En effet, l'éloignement géographique des centres de santé constitue un facteur de mobilités et pourrait à terme constituer un frein à l'accès universel aux soins.

Très souvent oubliée, la question de la distance matérielle est primordiale dans l'accès aux soins. L'offre de soins répond à des politiques, des logiques institutionnelles qui ne peuvent intégrer tous les besoins « individualisés ou différenciés » des populations. De nombreux pays en développement sont confrontés à ce problème d'accessibilité aux soins sida, comme en témoigne le cas du Laos. *« Au Laos, se faire soigner quand on est affecté par le virus du sida reste un challenge. Les malades n'ont le choix qu'entre deux centres de soins ouverts par une ONG ; l'un en province, l'autre ouvert l'année dernière seulement dans la capitale Vientiane. Monsieur B. avoue son soulagement. Fini pour lui les éprouvants allers-retours entre Vientiane, où il vit, et l'hôpital de Savannakhet, dans le centre du Laos. Pendant un an, il a dû parcourir, tous les deux mois environ, les 490 kilomètres séparant les deux villes. Au Laos, pas de ligne de chemin de fer; c'est donc en bus qu'il faisait le voyage. Deux jours de trajet, particulièrement pénibles lorsque l'on est affaibli par le VIH » [Donnars'2008].*

Au Burkina Faso, avant la mise en œuvre des principales initiatives et l'implication des communautés pour déconcentrer et décentraliser l'offre de soins, les personnes vivant avec le VIH étaient limitées dans leur recours aux soins. Des disparités d'offres thérapeutiques existent à l'échelle du pays et au niveau d'une même région ou d'une même province ; nous en avons déjà fait cas, plus haut. La distance géographique et le coût du trajet placent les soins hors de portée de la majorité des personnes vivant avec le VIH en quête de thérapie et constituent une barrière au suivi des traitements [MSF'2006]. En réalité, les disparités subsistent aussi bien en matière d'accès aux soins qu'au niveau des professionnels de santé, surtout dans le cas des soins sida où il faut de la rigueur dans la prescription et la mise sous thérapie. C'est ainsi qu'avant les formations sur la prise en charge intégrée de la maladie et du VIH (PCIM/VIH), il existait la notion de « prescripteurs d'ARV » pour bien désigner le personnel médical qualifié car ayant reçu une formation idoine pour la dispensation des TARV. Les personnes vivant avec le VIH « dans des collectivités démunies et éloignées éprouvent des difficultés d'accès à des soins de santé primaires et à retenir des professionnels de la santé, sans compter l'accès aux services de diagnostic et aux traitements les plus spécialisés. Ces habitants, faut-il le rappeler, doivent également assumer les frais de déplacement élevés pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin [Santé tropicale'2003] ».

Au Burkina Faso, suivant la politique sanitaire et l'organisation administrative du territoire, l'offre de thérapie sida a d'abord été disponible dans les centres de référence à l'échelle nationale, les CHU/CHR et quelques centres spécialisés, jusqu'en fin 2003. Puis, à la faveur de l'approche globale de la lutte contre l'infection, qui consiste à associer la prévention, le traitement et les soins, ainsi que le soutien à long terme [OMS'2004], il a fallu réagir face à la situation négligée de la composante « traitement » surtout dans les PED. Il était donc urgent de simplifier la prise en charge du sida et d'intégrer dépistage et traitements dans la pratique médicale courante : la démarche de décentralisation permet ainsi d'intégrer dépistage et traitement dans le paquet minimum de soins proposés par tous les centres de santé de base. Cela a été l'un des piliers de l'initiative « three by five », plus précisément le 3^{ème} pilier²⁶,

²⁶ Outils simplifiés et standardisés pour dispenser le traitement antirétroviral : Pour renforcer sans délai l'application du traitement antirétroviral, il faut élaborer des principes directeurs conviviaux qui aident les agents de santé à identifier et mobiliser les personnes vivant avec le VIH/SIDA, à dispenser le traitement et à en contrôler les résultats, y compris l'émergence éventuelle d'une pharmacorésistance. L'OMS met au point de tels outils.

exposé à travers la stratégie d'intervention de l'OMS pour atteindre les objectifs de l'initiative.

L'initiative « 3 x 5 », l'OMS et ses partenaires vont élaborer des principes et des mécanismes afin de promouvoir et d'offrir un accès équitable aux services de traitement antirétroviral et de soins pour les femmes, les filles et les enfants, et notamment les groupes marginalisés de personnes vivant avec le VIH et le sida [UNIFEM'2003]. Les principes de l'initiative sont focalisés sur la nécessité d'améliorer les parties prenantes à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et de la demande. La coopération entre les décideurs politiques de transport et de santé, communautés locales, les personnels de santé et PvVIH est cruciale en vue de développer une approche holistique pour l'accès aux services de santé.

Prenant le cas des femmes enceintes en consultation prénatale, cette consultation se fait dans les formations sanitaires de base, en l'occurrence les CSPS au Burkina Faso. Malheureusement, la thérapie des soins et traitements liés au VIH n'est pas disponible dans ces formations sanitaires de base, sauf celles qui sont intégrées dans le programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le dépistage du VIH doit être proposé pendant les consultations de soins de santé primaire, au même titre que celui de la malaria ou de la malnutrition. Ensuite, « décentraliser les activités est la meilleure solution pour garantir l'accessibilité des traitements aux populations les plus reculées et décongestionner les hôpitaux surchargés et souffrant d'une grave pénurie de personnel soignant », telle sera l'implication et l'apport des communautés à la réalisation de l'initiative.

L'analyse de la mobilité de l'échantillon d'étude montre que sur l'ensemble des mobilités occasionnelles ou temporaires, très peu sont concernées par des motifs de santé ou de recherche de thérapie sida. L'ensemble des mobilités considérées, soit un total de 157, seules 9 ont concerné un motif de soins, soit 6%. L'étude ayant retracé les mobilités depuis 1986, les résultats viennent confirmer que l'effet de mobilités liées à prise en charge thérapeutique n'a plus cours, du fait des initiatives d'accès aux soins et traitement sida.

Tableau 50 : Fréquence des mobilités occasionnelles selon le motif

Motifs	Funérailles	Soins	Raisons de famille	Travail	Visite	Autres	Total
Fréquence	7	3	5	7	70	3	95
%	7%	3%	5%	7%	74%	3%	100%

Tableau 51 : Fréquence des mobilités temporaires selon le motif

Motifs	Funérailles	Décès Mari	Travail	Visite/ Vacances	Soins	Raisons Familiales	Autres	Total
Fréquence	6	1	3	37	6	5	4	62
%	10%	2%	5%	60%	10%	8%	6%	100%

Dans tous les cas, l'offre thérapeutique en terme d'accès aux ARV est suffisante en quantité et en qualité. Aussi, les mobilités liées à la quête thérapeutique ne doivent pas être encouragées. Dans les cas retrouvés parmi l'échantillon d'enquête, les mobilités concernent des personnes vivant avec le VIH, en quête d'une prise en charge globale, au regard de leurs conditions socio-économiques. La prise en charge globale, qui va au-delà des soins et traitements, offre un soutien alimentaire, vestimentaire, psychosocial et le développement d'activités génératrices de revenus pour permettre aux bénéficiaires de créer des conditions meilleures de vie à travers la chronicité du sida qu'offre la prise en charge thérapeutique.

Encadré 5 : Témoignage sur l'accessibilité géographique des TARV

Premiers niveaux de soins, les centres de santé primaires sont aujourd'hui en mesure de proposer des activités de prévention, de dépistage et de traitements anti-rétroviraux. « Avant je devais parcourir 40 kms, aujourd'hui je peux aller dans un centre de santé qui n'est qu'à 3 ou 4 kms » témoigne une patiente.

8.1.3. L'influence des conditions socio-économiques et culturelles sur la déstabilisation

En plus d'un quart de siècle d'existence, le sida est devenu la première cause de mortalité dans de nombreux pays, surtout en Afrique subsaharienne. Pourtant, la chronicité de la maladie est une réalité avec les multiples thérapies pour les soins et traitements du sida. De nombreux traitements permettent de prolonger la vie et d'améliorer les conditions générales de vie de plusieurs milliers de personnes vivant avec le VIH. Si au Nord comme au Sud, l'épidémie constitue un drame humain, social et économique, force est de constater malheureusement que l'infection à VIH demeure un dilemme des pauvres qui peinent à survivre pour pouvoir se prendre en charge, face à une maladie dont les soins et traitements semblent être l'apanage des personnes aisées.

8.1.3.1. Infection à VIH et conditions socio économiques

Selon l'ONUSIDA, les personnes à faible revenu risquent plus de contracter le virus, et celles qui sont infectées ont du mal à gagner leur vie à cause de la maladie et de la stigmatisation [ONUSIDA'2002]. Il nous semble important de revenir sur les liens de causalité entre infection à VIH et conditions socio-économiques au Burkina Faso. Bien que très peu ou pas d'études aient clairement croisé variables épidémiologiques et données socio-économiques²⁷, il existe quelques études pertinentes qui ont fait des analyses des liens entre infection à VIH et pauvreté. Parmi elles, l'« Etude multi-sites et sur les jeunes de Bobo-Dioulasso » [Baya'2000] est l'une des rares qui ait traité du statut sérologique des enquêtés en lien avec leurs conditions socio-économiques. De cette étude, on retient que la population adulte est la plus touchée au Burkina Faso, avec une forte proportion de femmes.

Il ressort de l'étude VIH/sida et pauvreté au Burkina Faso, que « le VIH touche un nombre plus élevé de pauvres que de riches, compte tenu tout simplement de la taille démographique de chacune de ces catégories socio-économiques » [PNUD'2001].

Dans « Epidémie du VIH/sida : diagnostics et réponses opérationnelles [Grégoire'2000], le Burkina Faso est présenté comme très vulnérable à l'épidémie, du fait de l'extrême pauvreté de sa population : un seuil de pauvreté pour 45,3% de la population qui est analphabète à 80% ; des migrations internes et externes très importantes ; des services hospitaliers engorgés dont les lits sont occupés à 50% par les malades du sida. Cette étude révèle également que la tranche d'âge la plus touchée est 25-49 ans et les jeunes filles de 13 à 25 ans qui présentent une infection 5 à 8 fois supérieure à celle des garçons de la même tranche d'âge.

D'après « l'épidémie du VIH/sida à Bobo-Dioulasso : analyse du contexte de vulnérabilités et des possibilités de réponses [HUYGENS & al, 2000], les jeunes et les femmes sont les plus touchés par l'épidémie et ce contexte de vulnérabilité serait dû aux changements majeurs liés à l'urbanisation se traduisant par (i) la situation de domination que vivent les cadets et les femmes, (ii) la précarité économique que vivent les jeunes (ils n'ont pas les moyens d'entretenir une femme) et les femmes (elles ne disposent pas des moyens ni du pouvoir de

²⁷ Pendant plusieurs années, les contraintes éthiques n'ont pas permis aux tests sérologiques de constituer des données exhaustives permettant d'établir la carte d'identité socio-économique des personnes vivant avec le VIH, à cause de leur caractère anonymes et volontaires.

refuser l'acte sexuel) les expose à avoir davantage de partenaires sexuels multiples et ainsi, aux risques d'infection à VIH.

Enfin la dernière étude sur laquelle nous nous sommes rapportés est le rapport humain du PNUD sur le Burkina Faso, en 2001. Tout le chapitre 4 du document relatif à VIH/sida et pauvreté, montre que l'épidémie du VIH aggrave la pauvreté des ménages qui sont déjà pauvres, [PNUD'2001]. Le rapport souligne par ailleurs que la pauvreté est un facteur de vulnérabilité au VIH/sida. La pauvreté rend, en effet, les pauvres vulnérables à l'infection à VIH, à la morbidité et à la mortalité.

8.1.3.2. Soins de santé et conditions socio-économiques des populations

De façon plus générale sur toute la population et à l'échelle du pays, l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), a conduit pour le compte du gouvernement burkinabé deux Enquêtes Prioritaires (EP I et II) d'envergure nationale sur les conditions de vie des ménages en 1994 et en 1998. Plus récemment en 2003, l'Enquête Annuelle du Burkina sur les Conditions de Vie des Ménages [EA/QUIBB'2003] a été menée. Selon le rapport sur les conditions des ménages publié en 2003, la proportion de la population burkinabé vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 46,6% en 2003, contre 45,3% en 1998 et 44, 5% en 1994 ; l'espérance de vie à la naissance est estimée à 45,7 ans, le taux d'alphabétisation des adultes à 27% et le taux de scolarisation à 21,8%, dont 15,4% pour les femmes [INSD/EBCVM'2003].

L'étude soutient que « sans aucun doute l'épidémie entraîne de graves conséquences au niveau social et économiques des personnes vivant avec le VIH et leurs familles : les ménages pauvres sont affectés par la réduction des revenus, par la hausse considérable des dépenses médicales et malheureusement par les dépenses funéraires lors du décès des personnes vivant avec le VIH. »

Au regard des différentes analyses ci-dessus, nous reportons notre regard sur les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon d'enquête, telles que synthétisées dans le tableau ci-après.

Tableau 52 : Extraits des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	femmes	Analphabètes	Niveau primaire	Sans emploi	Veufs	Infection par voie sexuelle
Pourcentage	91%	47,8%	34,3%	68%	42,3%	39%

Ces caractéristiques sociodémographiques reflètent bien celles de populations à fort risque d'exposition au VIH au Burkina Faso. De plus, l'enquête s'est déroulée dans des sites des régions les plus pauvres du pays. En effet, les résultats des enquêtes prioritaires nationales, effectuées en 2003, indiquent que les régions les plus pauvres sont celles du Nord (68.8%), de la Boucle du Mouhoun (60%), du Centre Sud (66.1%) et du Sud Ouest (56,6%) [PNUD & FIDA, 2007].

La paupérisation des ménages s'est accrue dans un contexte de crise mondiale : une enquête qualitative a été faite dans les secteurs les plus vulnérables des deux principales villes du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Les résultats montrent que l'évolution des prix a détérioré rapidement les conditions de vie [PNUD'2007]. Aussi, pour les ménages pauvres, la structure des dépenses a été ajustée en faveur des dépenses alimentaires (entre 60 et 80 pour cent de leurs revenus) au détriment des dépenses de santé et d'éducation. L'enquête a également relevé une dégradation sensible de l'état de santé des groupes vulnérables due à une plus grande vulnérabilité aux maladies, à une réduction de l'hygiène alimentaire, vestimentaire, corporelle et du foyer.

8.1.3.3. Prise en charge thérapeutique du sida et conditions socio-économiques, un lien vers une déstabilisation des personnes vivant avec le VIH

D'une manière générale, les soins et traitements du sida ont connu un essor à partir de 2004, par l'entremise de diverses initiatives d'accès au traitement, dont le « three by five » dont la mise en œuvre, débutée en 2003, aura permis de constater jusqu'en 2006, des progrès remarquables sur les plans géographique et institutionnel.

Les caractéristiques de l'échantillon d'enquête par rapport à la date de mise sous traitement montrent une prépondérance des années 2005 à 2006 : elles concentrent le plus grand nombre d'inclusion à la file de prise en charge thérapeutique.

Tableau 53 : Répartition de l'échantillon selon l'année de prise en charge thérapeutique

Année de mise sous ARV	Fréquence	%	% cumulé
2000	11	2,74	2,74
2001	10	2,49	5,22
2002	20	4,98	10,2
2003	32	7,96	18,16
2004	59	14,68	32,84
2005	79	19,65	52,49
2006	115	28,61	81,09
2007	72	17,91	99
2008	4	1	100
Total	402	100	

Source : NIKIEMA, 2008 : Résultats de l'enquête de terrain

Jusqu'en 2004, seules 24 structures réparties dans 11 provinces dispensaient des soins et traitements du sida. Au niveau institutionnel, la déconcentration de l'offre de soins n'était pas effective : seuls les CHR des chefs-lieux de région, ainsi que quelques structures spécifiques (CMA Pissy, Centre médical Saint Camille, centre médical du camp militaire, etc.). Pour bénéficier d'une consultation, les personnes vivant avec le VIH étaient soumises à des conditions éprouvantes, surtout quand on sait l'état avancé d'infection dans lequel elles se rendaient au centre médical²⁸ :

- des longues heures de marche (pour les plus chanceux qui résidaient dans une localité proche du chef-lieu) ou de voyage (pour souvent dormir sur le pas de l'hôpital et attendre le lendemain) ;
- les coûts du transport d'un lieu à un autre ;
- le mauvais état des voies de communication ;
- les pesanteurs sociales sont entre autres des freins pour des personnes vivant avec le VIH en quête de prise en charge thérapeutique.

²⁸ Enquêtes de terrain du DEA

8.1.3.4. Initiatives d'accès à la prise en charge thérapeutique et coût des soins

Le principal effet majeur de la mise en œuvre des différentes initiatives d'accès aux traitements et soins du sida, a été la prise en compte du niveau de revenus des populations les plus concernées par l'infection et ayant besoin de traitement. Ainsi, la quête de prise en charge thérapeutique, longtemps modulée par les coûts de l'offre, devenait accessible à une frange de la population aux caractéristiques socio-économiques défavorables. Si le nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie a augmenté de 2004 à 2006, c'est que dans le même temps les coûts de la prise en charge thérapeutique étaient divisés par 5, voire par 10 (Cf. tableau suivant) .

Cette situation est confirmée par l'enquête terrain en ce sens que la plupart des enquêtés (83%) ont accès aux ARV gratuitement et 15% à moins de 1500 F.CFA.

Tableau 54 : Situation des contributions financières des personnes enquêtées pour leur prise en charge thérapeutique

Somme déboursée pour ARV (FCFA)	Fréquence	%
0	335	83,3
500	42	10,4
800	1	0,2
1000	1	0,2
1500	16	4
2500	3	0,7
5000	2	0,5
8000	2	0,5
Total	402	100

Au regard des données d'enquêtes, et en se reportant à la littérature, les conditions socio-économiques ne sauraient encore constituer un facteur de déstabilisation pour la prise en charge thérapeutique. Les données du suivi des traitements [CMLS/Santé'2007] témoignent d'une offre de soins suffisante pour tous les besoins exprimés. Les structures offrant les thérapies de soins et traitement du sida ne sont plus sujettes à des ruptures de stocks de

médicaments. Aussi, au regard de la disparité nationale de l'offre de soins, et en prenant en compte que les mobilités géographiques ne sont plus liées à la quête de thérapies, il reste à poser la question sur les éléments qui pourraient constituer des facteurs de déstabilisation et partant, de territorialités, pour les personnes vivant avec le VIH.

8.2. Prise en charge thérapeutique et territorialités

8.2.1. Stigmatisation et discrimination, dans un contexte d'infection à VIH : de l'infection à la prise en charge thérapeutique

L'analyse des différentes données (la lecture des cartes en tant qu'outil de recherche mais aussi en tant que résultat de recherche), fait appel à des aspects qui dépassent le cadre de l'analyse ou de la prospection du géographe. Ajoutée aux informations que livrent les cartes, l'analyse des différentes variables et le traitement des entretiens individuels nous amène vers des concepts de stigmatisation et de discrimination. Loin de nous, la prétention de nous attarder dans un domaine aux circonvolutions bien profondes. Mais nous allons transcrire les informations y relatives que nous avons pu collecter au cours de notre études.

Dès 1987, Jonathan Mann, fondateur du Programme mondial sida de l'Organisation mondiale de la santé mettait la communauté internationale en garde contre le risque d'accroissement des exclusions sociales et de la stigmatisation consécutif à l'épidémie. Jonathan Mann prévoyait une lutte contre l'épidémie en trois phases et soulignait que la dernière porterait essentiellement sur les réponses sociales, culturelles, économiques et politiques au VIH. Cette « troisième épidémie », marquée par la discrimination et la stigmatisation, constituerait, selon Jonathan Mann, un défi aussi central que la maladie elle-même.

Le phénomène de la stigmatisation n'est pas spécifique à l'Afrique ou au Burkina Faso. Le cas du Canada en est un exemple illustratif. Ainsi, au Québec, les Haïtiens ont été montrés du doigt comme étant responsable de l'émergence du sida dans la province : sur 26 cas de sida en octobre 1983, la majorité des cas, soit 17 est dénombrée dans la population d'origine haïtienne. La Croix-Rouge provoque une crise homophobe et raciste en publiant un dépliant dans lequel elle enjoint aux Haïtiens, hémophiles, homosexuels et héroïnomanes de ne plus donner leur sang [Archives de radio-Canada'1983].

Ce phénomène est bien connu et régulièrement combattu au niveau international. En témoignent certaines initiatives telles que celle de Denver (Colorado, Etats-Unis) qui est créée depuis 1983 lors du deuxième Forum national sur le SIDA et rassemble des personnes vivant avec le VIH autour de la lutte contre la stigmatisation. Les 'Principes de Denver' adoptés lors de ce Forum recommandent en effet que toute l'aide possible soit apportée aux personnes vivant avec le VIH dans leur lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au sida²⁹.

Selon le rapport ONUSIDA 2004, la stigmatisation a des répercussions concrètes sur la vie des personnes vivant avec le VIH. En outre, elle est perçue comme engendrant parfois la honte ou la peur de l'ostracisme. De ce fait, elle contribue à dissuader les malades dans leur démarche de demande d'aide aux autres membres de leur famille ou de leur communauté, mais aussi dans leur quête d'une prise en charge thérapeutique. L'acuité de ce problème a justifié la tenue d'une table ronde sur "VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique, en novembre 2002 à l'UNESCO et qui a rassemblé des chercheurs en sciences sociales travaillant sur cette thématique dans différentes régions du monde [UNESCO'2002].

Selon l'UIDH [UIDH'2006], les formes de stigmatisation et de discrimination rencontrées par les PVVIH sont multiples et complexes. Des recherches récentes parrainées par l'ONUSIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre avec la participation active des PVVIH ont documenté des cas de discrimination rencontrés dans les domaines du travail, de l'accès aux soins médicaux, de l'éducation, de la vie familiale et sociale, de l'accès au crédit bancaire, de la libre circulation des personnes et autres [SP/CNLS-IST'2007].

8.2.1.1. De l'infection à VIH à la stigmatisation et la discrimination

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne et dans le monde, la notion de stigmatisation précède celle de discrimination. La stigmatisation se définit comme une marque, une empreinte qu'on « colle » à une personne pour la différencier du groupe social auquel elle appartient. Et cette tâche n'est pas des moindres car c'est un stigmate de maladie, le sida, qui demeure encore méconnu des populations dans ses diverses

²⁹ Définition des principes de Denver extraite du livre d'Act Up-Paris, Le sida, combien de divisions ?, éditions Dagorno, 1994

manifestations : depuis l'infection jusqu'à la prise en charge.

La manifestation d'une différence entre les personnes vivant avec le VIH et le groupe de population affectée peut venir des individus infectés eux-mêmes. Dans ce cas, on parle d'une auto-stigmatisation.

De stigmatisation à auto-stigmatisation, la finalité concourt à une marginalisation, voire une exclusion des personnes vivant avec le VIH. Nous sommes donc en présence d'une discrimination.

Selon le rapport du PNUD sur le développement humain au Burkina Faso, cette discrimination s'est souvent focalisée sur des groupes spécifiques : les femmes, les professionnelles du sexe, les routiers, présentés comme des « groupes à risque ». Le jeu de mots qui a consisté à désigner par la suite les mêmes groupes comme « groupes vulnérables » n'atténuera pas fondamentalement la méfiance manifestée vis-à-vis de ces personnes [PNUD'2001].

Le vécu de la maladie (plus d'un quart de siècle de vie) a fortement modifié la perception de la société. C'est une maladie qui faisait peur, une peur qui conduisait à des comportements de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH. L'analyse des données collectées lors de l'enquête de terrain ne permet pas une lecture sociale de cette discrimination. Nous allons donc nous référer à diverses études³⁰ menées au Burkina Faso pour étayer nos propos.

Ainsi :

« Avant quand je voyais un séropositif, moi-même j'éprouvais une peur intérieure par rapport à cette personne. On avait mal compris la maladie. Avant quand on voyait un PVVIH, on le fuyait, c'est comme si le toucher de la personne te contaminait le VIH. » (Homme, 30 ans, célibataire, sérologie non définie, Ouagadougou).

« Avant que je ne contracte la maladie, quand je voyais une PVVIH je la fuyais. » (Femme, 38 ans, séropositive, mariée, Ouagadougou).

« J'avais peur des séropositifs. Je n'osais pas les approcher. » (Femme, 30 ans, séropositive, mariée, Yako).

³⁰ Ce sont des témoignages issus de diverses études : ANRS 1281, IRD/Centre Muraz, SP/CNLS-IST & le KIT d'Amsterdam...

« Je prenais les gens qui ont le VIH/SIDA comme des gens qui n'ont pas été sérieux dans leurs comportements dans la vie ; c'est ce que je pensais des autres PVVIH » (Homme de 34 ans, sérologie non définie, célibataire, Ouagadougou).

Des données de l'étude, on retrouve des facteurs explicatifs de mobilités, en rapport avec la stigmatisation et la discrimination. A la question « avez-vous toujours habité là, si non pourquoi ? », il ressort que 44% de l'échantillon a au moins une fois changé de lieu de résidence. Et parmi les différentes raisons évoquées, celles liées à stigmatisation et discrimination sont prépondérantes.

Tableau 55 : Répartition des motifs explicatifs des mobilités des enquêtés

Motifs	Fréquences	Pourcentages
1	131	73,60
2	17	9,55
3	5	2,81
4	25	14,04
Total	178	100

Les motifs « 1 » : renvoie à toutes les réponses ayant un lien avec la situation familiale ; et les réponses codifiées par « 2 », traduisent le changement de résidence suite « au décès du conjoint ». Les choix 3 et 4 portent respectivement sur « raisons de santé » et « recherche de travail »

Cette discrimination mérite certainement une recherche plus fouillée, car elle a des facteurs aggravants au regard de la catégorie sociodémographique concernée : femmes, veuves pour la plupart, divorcées (répudiées) et sans ressources financières. Si on considère le statut sérologique des enfants et du conjoint, les cas infectés qui ressortent sont synonymes de déstabilisation pour ce groupe.

8.2.1.2. Stigmatisation, discrimination et quête de prise en charge thérapeutique

L'offre de soins et traitements du sida est structurée autour de 4 types de structures de prise en charge thérapeutique : les structures publiques, privées, communautaires et confessionnelles. Selon l'étude sur « stigmatisation et fréquentation des structures de prise en charge du VIH : cas des hommes au Burkina Faso » [SP/CNLS-IST'2007], la majorité des personnes vivant avec le VIH en quête de traitement utilisent les formations sanitaires associatives et confessionnelles à 64,1% contre 31,7% pour les formations sanitaires publiques.

Tableau 56 : Fréquentation des structures de prise en charge thérapeutique

Type de structure utilisée pour la prise en charge thérapeutique	Effectif	%
Centre médical public	45	31,7%
Centre médical privé	5	3,5%
Centre médical confessionnel	15	10,6%
Associations/ONG	76	53,5%
Autre	1	0,7%
Total	142	100,0%

Selon la même étude, le choix d'une structure pour la prise en charge thérapeutique est fonction de plusieurs éléments, allant de l'accueil du personnel à la disponibilité et à la qualité des services offerts. Le coût des prestations est aussi un facteur important ; il motive le choix de la structure, au regard des conditions socio-économiques de la population d'enquête en particulier et des populations les plus vulnérables face à l'infection en général. Le tableau ci-après présente les fréquences des différentes motivations pour le choix de la structure de prise en charge thérapeutique.

Tableau 57 : Critères de choix des structures

Motif fréquentation	Fréquence	Pourcentage
Soins	143	35,57
Discrétion (confidentialité)	109	27,11
Soutien moral	86	21,39
Accueil du personnel	77	19,15
Proximité	63	15,67
Recommandation	57	14,18
Absence de centre de proximité	41	10,20

La place de choix revient aux soins, ce qui reste bien évidemment le premier motif qui conduit les personnes vivant avec le VIH au centre de soins. L'importance du deuxième critère, c'est-à-dire la discrétion (confidentialité) est assez révélatrice du besoin des PVVIH de garder leur statut secret dans le souci d'éviter la stigmatisation.

8.2.2. Personnes vivant avec le VIH, mobilités et recomposition territoriale : les territorialités induites par la prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique entraîne pour les personnes vivant avec le VIH, des transformations de leur vécu quotidien et, partant une recomposition territoriale. Cette recomposition territoriale trouve ses fondements dans la disparité de l'offre de soins et de traitement du sida, d'une part ; et d'autre part, dans la perception de la stigmatisation ou de la discrimination de la part de la société dans laquelle évoluent les personnes vivant avec le VIH. Ces nouvelles territorialités, induites par la quête d'une prise en charge thérapeutique, s'affranchissent des frontières, de multiples manières. Leur mise en place, leur « tracé » résulte de croisement de plusieurs facteurs allant du social (le vécu quotidien, les stigmates, le regard de la société, etc.) au spatial (localisation du lieu de vie, la distribution de différents offres et services nécessaires aux personnes vivant avec le VIH...).

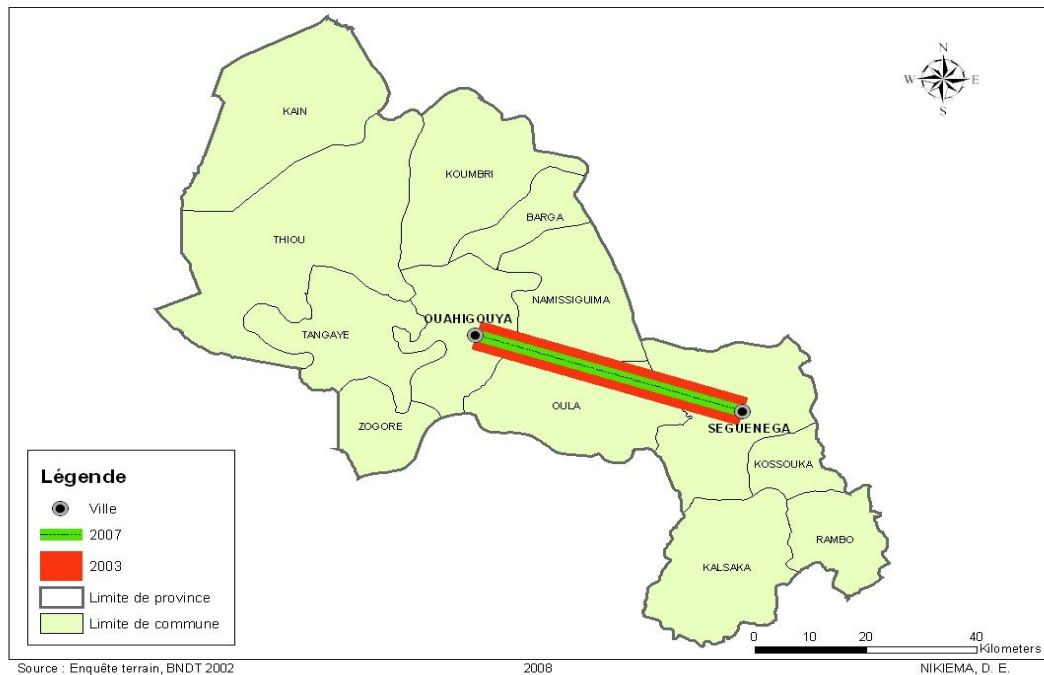
8.2.2.1. Territorialités induites par mobilités liées à la prise en charge thérapeutique

1- Femme de 42 ans, Burkinabé (mossi), mariée avec 5 enfants. Résidant dans une commune ne disposant pas de structure de prise en charge thérapeutique. Ménagère sans aucun niveau d'instruction, elle vit à Séguénéga avec son époux depuis plus de 25 ans, donc bien avant la déclaration des premiers cas de sida. Elle n'a effectué qu'un seul voyage hors de sa commune de résidence : en 2004, elle a passé 3 semaines à Bobo-Dioulasso. Motif, rendre visite à des parents. Dépistée en 2005, elle a bénéficié d'une prise en charge thérapeutique depuis mai 2006 à Ouahigouya.

Sa mobilité s'est crue, à travers les déplacements périodiques et fréquents pour renouveler son ordonnance médicale, participer au club d'observance pour le suivi de la prescription médicale.

Pour les examens biologiques, elle a inclus la province du Kadiogo dans sa recomposition territoriale. Son territoire de vie s'en trouve ainsi modifié, et ses mobilités sont accrues.

Carte 27. Flux du déplacement par année de Séguénéga à Ouahigouya

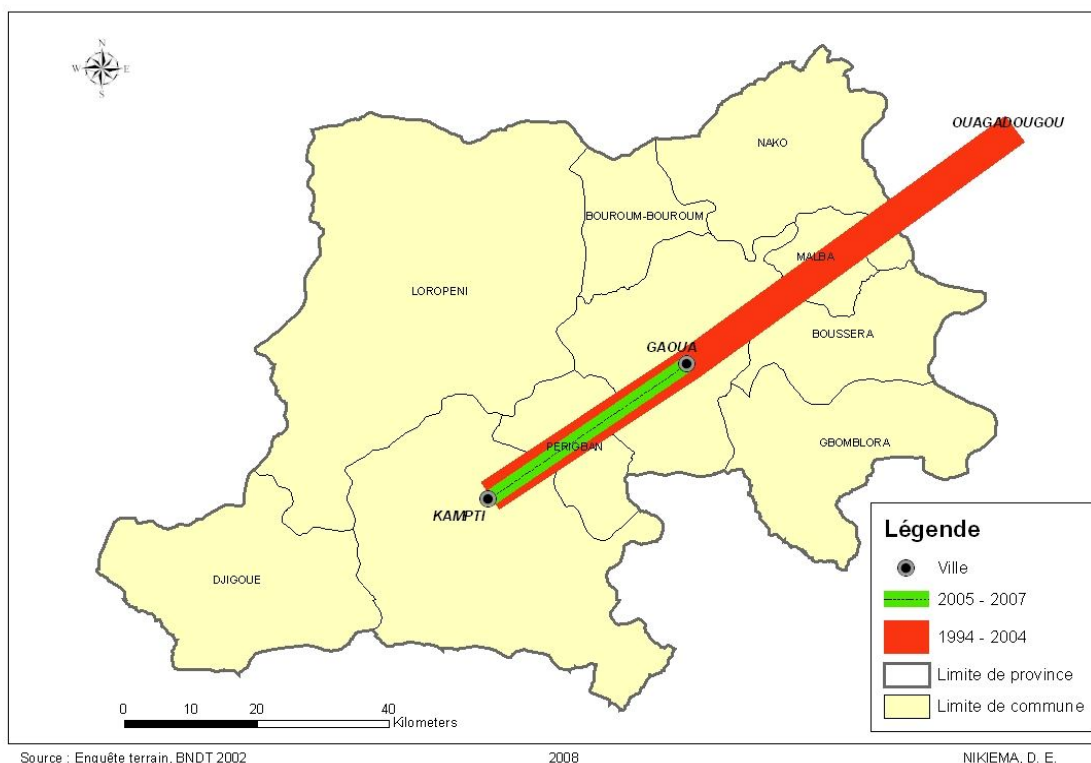


2- Femme de 34 ans, Burkinabé, résident dans la commune de Kampti. Divorcée, mère d'un enfant, elle a été dépistée en 1996 à Ouagadougou, sur suspicion médicale. Elle est sous traitement antirétrovirale depuis 2000. Alors que de manière officielle, les premières mises sous thérapie. Son parcours de soins peut se résumer comme suit :

Résidence actuelle	Lieu de soins	Résidence depuis début ARV	2004	2005	2006	2007
Kampti (Poni)	Ouaga	de 1994 à 2004	1	2	2	0
	Gaoua	depuis 2004		1	3	2

Depuis le début de son traitement, elle va toujours à Ouagadougou malgré l'arrivée des thérapies à Gaoua. Ainsi pour 2006, elle s'est déplacée 2 fois à Ouagadougou pour ses soins et dans le même période, elle a fait trois séjours médicaux à Gaoua.

Carte 28. Mobilités vers Ouagadougou (depuis 1994) et vers Gaoua (2005)

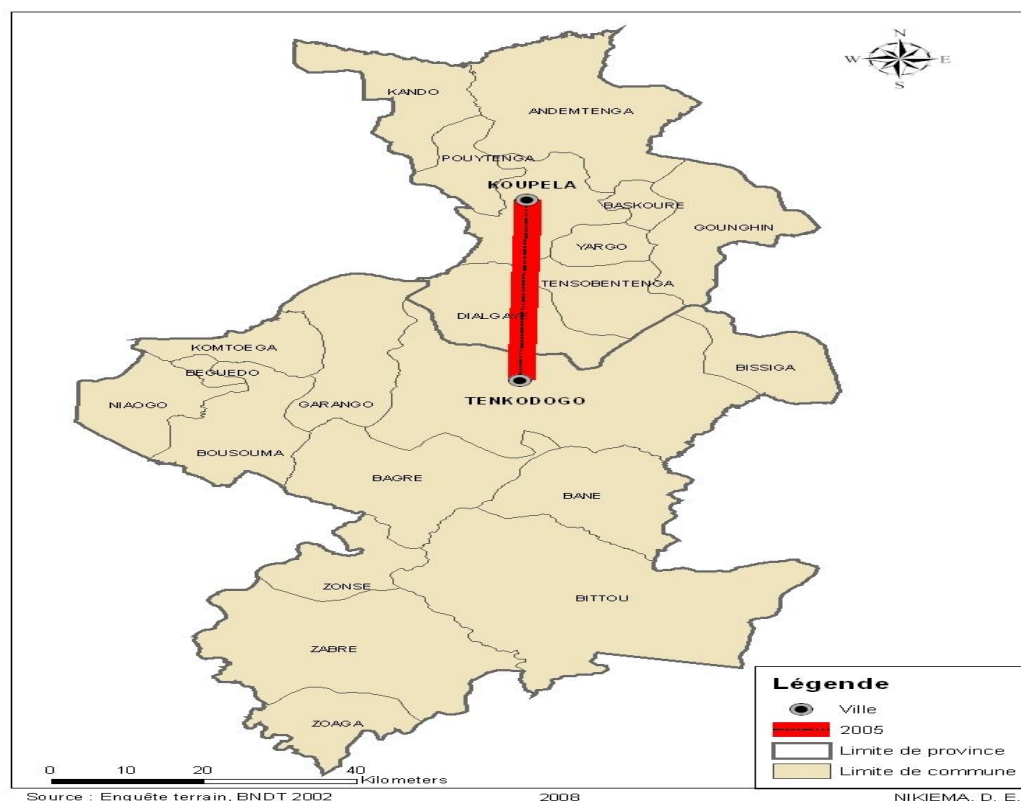


8.2.2.2. La territorialité, dans un contexte autre que la prise en charge thérapeutique

3- Veuve de 47 ans, avec 5 enfants. Son dépistage, effectué en 2005 après une suspicion médicale, a permis de bénéficier d'une thérapie antiretrovirale dans la même année. Malgré la distance qu'elle parcourt régulièrement (45 km), elle n'a pas l'intention de changer de centre pour sa prise en charge thérapeutique. Cette conviction tient du fait que le CHR de Koupèla a connu des situations de ruptures de stock en ARV, surtout en 2005.

Son cas illustre les ruptures de stocks qui ont été signalés entre 2004 et 2005. Dans un premier temps, ses mobilités étaient justifiées par les soins. Mais depuis 2006, aucun district ne signale encore des ruptures de stocks en ARV.

Carte 29. Mobilités liées à la prise en charge globale



- 4- Femme de 31 ans, burkinabé, divorcée. Sous thérapie antiretrovirale depuis 2003, après un dépistage effectué en 2001 (année de divorce avec son époux). Depuis 2003, elle suit son traitement à Ouagadougou. Malgré le fait qu'elle trouve très éloignée la distance séparant son lieu d'habitation et le centre Oasis, elle y vient pourtant régulièrement. Sa motivation est surtout la prise en charge globale dont elle bénéficie au centre Oasis (Alimentaire, vestimentaire, appui pour des activités génératrices des revenus, etc.). Elle est prête à changer de lieu de soins à condition qu'une structure associative mène des activités chez elle, à Bousé.
- 5- Jeune mère burkinabé de 26 ans, mariée avec un enfant. Elle a effectué un dépistage volontaire en 2006 et depuis 2007, elle bénéficie d'une prise en charge thérapeutique. Bien que la distance qu'elle parcourt soit très éloignée, elle continuera à venir dans ce centre à Ouagadougou, tant qu'il n'y aurait pas un centre identique que Oasis dans sa localité. NB/ Epoux est infecté.

- 6- Jeune femme de 27 ans. Dépistage au VIH réalisé après suspicion médicale en 2006. La distance entre sa résidence et le centre est très éloignée mais elle y va parce qu'il n'y a pas d'autre centre proche de chez elle. En 2007, pendant trois semaines, elle n'a pas pu rejoindre son club d'observance pour raisons financières.

Ces cas sont des typiques de mobilités non liées aux soins prioritairement car le CM de Boussé dispense les soins et traitements du sida depuis 2006. Ces femmes ne devraient plus être dans la file active de Oasis, s'il n'y avait que les soins qui motivaient leurs périodiques déplacements, de Boussé vers Ouagadougou. De plus, il y a le centre médical Paul VI qui, en terme de distance, est encore plus proche pour elles que le centre Oasis. Les raisons de leur présence à Oasis sont liées à une prise en charge globale, que ne dispense pas les structures publiques d'offres de soins.

- 7- Mère de 42 ans divorcée avec 4 enfants. C'est par suite d'une suspicion médicale qu'elle a effectué son dépistage en 2003, année de sa mise sous thérapie antiretrovirale. Elle a débuté sa thérapie dans un autre lieu, centre médical Paul VI. Elle a changé par la suite à cause de la distance et pour bénéficier des soins. NB/ elle a été contaminée en 2003 par son époux, alors qu'ils étaient à Divo (en Côte d'Ivoire) où son mari est planteur.
- 8- Femme de 29 ans, vivant en concubinage, avec deux enfants dont elle ignore la sérologie. La suspicion médicale a été à l'origine du test de dépistage effectué en 2006. Sa prise en charge thérapeutique a commencé en 2007 et bien qu'elle connaisse d'autres centres de prise en charge, elle fréquente le centre Oasis pour l'aide globale dont elle bénéficie, notamment les dons de vivres.
- 9- Femme mariée de 32 ans, mère de 4 enfants. C'est à la suite d'une hospitalisation en 2003 qu'elle a effectué son test du VIH qui s'est révélé positif. Mais c'est en 2005, qu'elle débuté une thérapie antiretrovirale, dans ce centre où elle compte poursuivre son traitement tant qu'il n'y a pas un centre proche de chez elle. NB/ conjoint infecté ainsi que le dernier enfant.
- 10- Femme de 39 ans, veuve, trois enfants dont aucun n'est vivant avec le VIH. Elle bénéficie d'une prise en charge thérapeutique depuis 2004 après un dépistage effectué

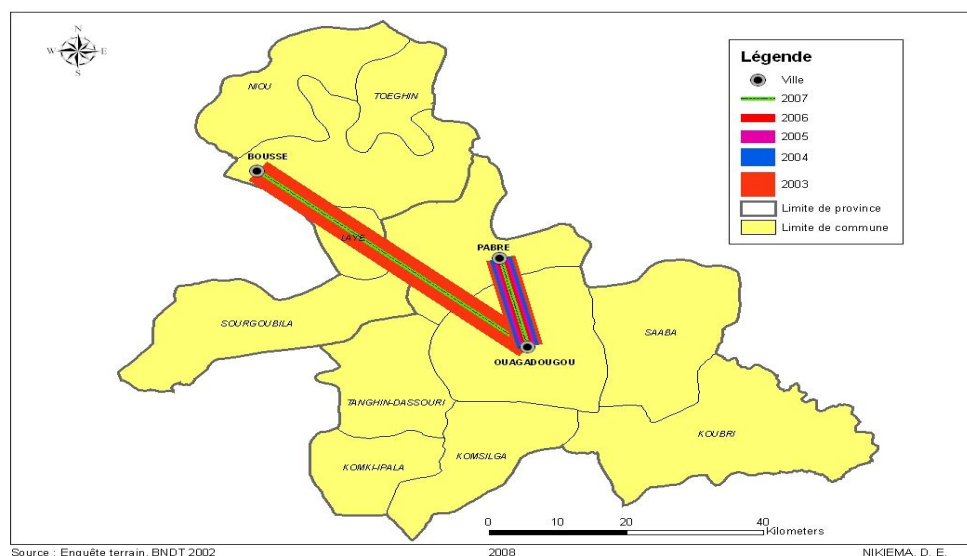
en 2005, des suites d'une suspicion médicale. Le centre est assez éloigné pour elle mais elle dit ne pas vouloir changer de lieu car elle s'est habituée à s'y rendre pour ses soins.

11- Femme de 24 ans, vivant en concubinage, mère d'un enfant. Elle a été dépistée positive en 2003 suite à des examens médicaux. Elle trouve le centre éloigné de sa maison mais depuis 2003 qu'elle est sous thérapie ARV, elle a fini par s'habituer et ne compte pas changer de centre.

12- Une veuve de 27 ans, avec 2 enfants non infectés ; dépistée positive au VIH en 2006 suite à une suspicion médicale, elle a été mise sous thérapie antiretrovirale en 2007. La distance qui la sépare du centre de soins est assez éloignée, mais elle a choisi d'aller à cause de la prise en charge alimentaire dont elle bénéficie en plus des soins gratuits.

13- Femme mossi, 30 ans, vivant en concubinage, 1 enfant ; a été dépistée en 2006 et est sous thérapie antiretrovirale depuis cette date. Malgré la distance très éloignée qui la sépare du centre Oasis, elle a choisi d'y aller sur les recommandations de son médecin ; elle s'y finalement habituée à parcourir. NB/ Son conjoint est infecté mais leur enfant ne l'est pas. Les relations du couple ont été resserrés depuis qu'ils ont tous les deux connu leur sérologie vis-à-vis du VIH.

Carte 30. Recompositions territoriales de Pabré et de Bousse vers Ouagadougou



Conclusion partielle

Les résultats de l'enquête de terrain ont confirmé dans une large majorité les données relatives à l'infection à VIH au Burkina Faso. Les caractéristiques sociodémographiques, économiques, les indicateurs relatifs à l'infection elle-même ou à l'accessibilité aux soins et traitements liés au VIH, sont les identiques aux caractéristiques qui ressortent des données ONUSIDA/OMS. Les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso, pour la plus grande majorité, à la faveur de l'accès aux traitements au traitement pour tous, prôné par diverses initiatives, ont vu leurs conditions de vie s'améliorer (augmentation de l'espérance de vie, amélioration de niveau de vie car pouvant encore travailler, pas de dépendance vis-à-vis de la communauté, etc.).

De grands efforts ont été consentis par le Gouvernement avec l'appui de ses différents partenaires pour faciliter l'accès et la disponibilité aux soins, à l'échelle de la collectivité locale de base, à savoir la province. Cela devait soulager une population caractérisée par une forte paupérisation. Néanmoins, on constate encore ça et là des mobilités de personnes vivant avec le VIH. Ces mobilités, qui à priori, semblent induites par la prise en charge thérapeutique, n'en est rien quand on y regarde de près. Si quelques personnes vivant avec le VIH assistent à une recomposition territoriale du fait des soins liés à l'infection à VIH, cela est dû à une exigence de leur état de santé qui nécessite un recours de référence. Mais pour bon nombre de mobilités, elles sont le fait d'un besoin de soutien autre médical : une prise en charge globale avec un accent sur l'appui financier, les ressources alimentaires et la prise en charge scolaire des enfants pour ceux qui en ont. Cette recomposition territoriale permet également aux personnes vivant avec le VIH, d'échapper au phénomène de stigmatisation et de discrimination en se fondant dans une grande localité. C'est le cas de Ouagadougou avec ses structures communautaires associatives dont le rôle premier est l'assistance et l'aide aux personnes vivant avec le VIH, sous diverses formes.



ConClusion génér a l e

Depuis les premiers cas de sida dont mention a été faite en 1981 par l'immunologiste Michael Gottlieb dans la revue scientifique *Morbidity and Mortality Weekly des Centers for Disease Control d'Atlanta*, le visage de ce mal a beaucoup changé. D'une simple infection, le VIH est devenu très vite une épidémie, puis une pandémie de par son aspect globalisant et généralisé, présent sur tous les continents. En un quart de siècle la « Planète sida » a connu de profonds bouleversements et de grands changements démographiques, socio-économiques, sanitaires ; mais le plus grand reste, sans conteste, l'arrivée en 1996 des associations puissantes d'antiretroviraux communément appelées multithérapies³¹ (Pillonel et Laporte, 2002). Les progrès thérapeutiques ont transformé l'infection à VIH de maladie progressive, dont la finalité est la mort, en une maladie chronique. La mobilisation des chercheurs (biologistes, épidémiologistes, virologues, etc.) a permis de rendre disponible des médicaments liés aux soins et aux traitements du sida. L'implication aux plus hauts niveaux institutionnels et communautaires a permis d'assurer des prises en charge thérapeutiques à des personnes vivant avec le VIH dans les pays à ressources économiques et financières limitées. Des vies humaines ont été sauvées, et les effets dévastateurs de l'infection sur les individus, les familles, les communautés, les systèmes de santé, l'éducation, l'agriculture, la production, la sécurité et le développement en sont largement atténués (ONUSIDA, 2006).

Toutefois, la lecture des données laisse percevoir un déséquilibre mondial des soins et des traitements du sida : il reflète le tableau général des inégalités en matière de santé et donne à la communauté internationale l'occasion de prouver qu'elle est véritablement décidée à y mettre fin (OMS 2004). C'est ainsi que plusieurs initiatives sont mises en œuvre, que plusieurs slogans sont lancés pour améliorer l'accès aux soins et aux traitements d'un plus grand nombre. Cet élan permet de réduire la fracture entre Nord et Sud de la riposte au VIH.

Au Burkina Faso, la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH a timidement démarré en 1999 ; elle concernait des prescriptions particulières sur un échantillon très petit de privilégiés. La principale raison était surtout l'accessibilité à la thérapie ; une accessibilité qui se décline à travers la disponibilité, le coût, l'accessibilité géographique, et les pesanteurs sociales qui constituent des freins à cet objectif.

³¹ Pillonel J., Laporte A. « d'une maladie mortelle à une maladie chronique », In Adsp, « Le sida 20 ans après », n°40, septembre 2002.

Il faut attendre pratiquement une décennie plus tard pour que la prise en charge thérapeutique connaisse son tournant décisif en 2004, avec l'appui des différentes initiatives qui ont permis de faire face à une forte demande croissante. Cela a conféré une double importance à l'offre de soins à travers une couverture géographique plus grande et un niveau institutionnel renforcé.

SECTION 1 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ET DESTABILISATION

Des facteurs de vulnérabilité et des facteurs aggravants face à une infection généralisée

Pays aux potentialités naturelles bien limitées, avec une économie fortement agricole, le Burkina Faso connaît un phénomène d'urbanisation peu maîtrisé et une forte croissance démographie avec une proportion élevée des jeunes de 15-49 ans et de femmes (52%). La pauvreté et la précarité socio-économique sont responsables (i) de la migration de jeunes ruraux vers le milieu semi urbain et encore plus vers le milieu urbain économiquement plus avancé ; (ii) de l'exode vers la Côte d'Ivoire dans la perspective d'améliorer les conditions économiques. La difficulté de survie, l'appât du gain facile mènent à des comportements à risques, la mendicité, la drogue pour les garçons et la prostitution pour les filles, augmentant ainsi leur vulnérabilité à l'infection à VIH³² (SP/CNLS-IST, 2007).

Dans un contexte marqué par l'emprise des hommes sur les décisions sociales et familiales, les conditions de vie et d'existence des femmes sont rythmées par une précarité d'ensemble :

- machine à produire mais qui ne peut prétendre en utiliser les retombées financières,
- épouse soumise et fidèle, sans aucune possibilité de négocier les rapports sexuels (utilisation de préservatifs, moment du rapport, conditions du rapport...),
- sans droit à l'information ou sous-informée sur les points relatifs à sa santé, du fait de la non ou faible scolarisation des filles, prédisposées à des mariages précoces.

La couche socio-économique la plus à risque est finalement celle la plus touchée par l'infection, ce qui se traduit dans les vécus au quotidien par une stigmatisation menant inévitablement vers une discrimination. Cet ensemble de facteurs prédispose ou a contribué à entretenir une généralisation de l'infection à VIH. En effet, selon les sources officielles de l'OMS, la séroprévalence a atteint un chiffre record 7,17 % en 1997. Mais au regard de la mobilisation nationale depuis les premières heures de la riposte, les différents efforts consentis et les grands domaines programmatiques mis en œuvre, ont permis une baisse voir

³² Présidence du Faso/CNLS-IST, Etude sur les facteurs explicatifs des disparités spatiales de la prévalence du VIH/SIDA au Burkina Faso, Burkina Faso, 2007, 84p et annexes

une stabilisation de la séroprévalence depuis 2006. Toutefois le nombre de personnes vivant avec le VIH reste élevé, ainsi que le nombre de décès annuel dû au sida.

De la prise en charge thérapeutique pour les personnes vivant avec le VIH

La disponibilité des soins et traitements liés au sida est une réalité, à l'échelle des districts sanitaires considérés comme unités d'analyse spatiale. Sur les 55 districts sanitaires que compte le Burkina Faso répartis dans les 45 provinces, seuls trois districts n'offrent pas la prise en charge thérapeutique aux personnes vivant avec le VIH. Depuis les dernières ruptures de stocks constatés en 2005 (SP/CNLS-IST, 2005), tous les besoins réels exprimés pour une thérapie du sida sont supposés être couverts. Les besoins de thérapie tels que présentés par les rapports de l'ONUSIDA et de l'OMS sont avant tout des calculs résultant d'estimations à partir du taux de prévalence annuel. Malheureusement, cette estimation est faite sur la base que « toute personne vivant avec le VIH et ayant besoin de traitement, se présenterait à une structure sanitaire pour en bénéficier ». Cette logique n'est pas systématique au Burkina Faso, où l'on constate déjà une sous-utilisation des services de santé par les populations ; les raisons vont du manque de moyens financiers à une plus grande crédibilité accordée à la pharmacopée et à la médecine traditionnelles. Les soins et traitements du sida intègrent d'autres paramètres qui jouent sur la fréquentation des structures de soins.

Selon le lieu de vie, la prise en charge thérapeutique varie en fonction du besoin des personnes vivant avec le VIH. Ainsi, pour la thérapie antiretrovirale, le lieu de vie des personnes vivant avec le VIH n'est pas un frein, terme de distance à parcourir, pour bénéficier d'une prise en charge. C'est là qu'intervient le rôle majeur joué par les structures associatives à travers les mobilités qu'elles confèrent à leurs actions.

En effet, à travers le dépistage en stratégie avancée, les visites et les soins à domicile, les organisations de la société civile se déplacent vers les populations dont l'accessibilité géographique est rendue difficile par manque de voies de communications. Toutefois, il se pose avec acuité le problème des laboratoires équipés aux normes pour les différents et réguliers examens biologiques. La compétence et la technicité qu'ils requièrent, ainsi que le coût d'achat de certains équipements sont toujours un point d'achoppement de cette offre de soins et de traitements du sida.

Et l'accessibilité financière

« La santé pour tous » se matérialise par des soins accessibles à tous et gratuits à l'exception des médicaments de première ligne. Aussi, le meilleur moyen pour évaluer l'accessibilité financière ou économique est de comparer le prix du médicament avec le salaire journalier le plus bas ou moyen du pays [ZIO, 2005]. En rapportant cette assertion à la prise en charge thérapeutique du sida, on retrouve les dispositions nationales pour les soins aux personnes indigentes, l'appui des différents partenaires qui font bénéficier de soins gratuits à travers les structures associatives et communautaires. Et plus proche de nous, le 1^{er} décembre 2007, un décret ministériel a fixé à 1 500 FCFA (environ 2€ et 30 centimes), le coût des soins et traitements trimestriels liés au sida, pour toutes les thérapies considérées. Les enquêtes de terrain ont montré que plus de 80% des enquêtés déclarent bénéficier gratuitement des soins liés à l'infection du VIH.

Infection à VIH et thérapie liée au sida : un contexte de stigmatisation et discrimination

Sans avoir poussé la réflexion sur la discrimination liée à l'infection à VIH et aux soins sida, nous avons pu constater à la lumière des résultats de terrain et de la revue de littérature, que les personnes vivant avec le VIH portent bien les stigmates de l'infection, des étiquettes placées ça et là par la société, par leur entourage conduisant inexorablement vers une discrimination sociale. Cette discrimination explique le déplacement d'un lieu à un autre pour la quête de soins, dans le souci de ne pas se faire remarquer par son entourage. Elle est la principale raison des arrivées tardives à la prise en charge : selon l'enquête, la majorité des dépistages sont liées à une suspicion médicale, le plus souvent lors de consultations médicales ou d'hospitalisations pour ce qui va se révéler être des infections opportunistes.

Considérée encore comme une maladie, les soins et traitements du VIH/sida débutent souvent par la médecine et la pharmacopée traditionnelles dont les limites se sont révélées très vite face à la complexité du virus. Les thérapeutes traditionnels viennent à bout de certaines infections opportunistes, d'où l'organisation de ce sous-secteur par le Ministère en charge de la santé, afin de faciliter la référence des cas à forte suspicion de VIH vers les centres de dépistages ou directement vers les structures sanitaires.

D'une façon générale, les mobilités des personnes vivant avec le VIH sont liées à la quête d'une prise en charge globale, l'aspect thérapeutique n'étant pas négligé mais il n'est pas le critère décisif du choix de centre de prise en charge. Ces déplacements sont aussi liés au stigmatisme et à la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH. Les centres de prise en charge thérapeutique relevant des associations et des ONG ont très vite été marqués d'un sceau particulier ; et à travers le centre, ce sont toutes personnes qui fréquentent le centre qui sont « pointées du doigt accusateur et discriminant ». Mais la forte fréquentation de ces centres relève de leur appui aux personnes vivant avec le VIH pour une prise en charge globale.

SECTION 2 : PERSPECTIVES DE RECHERCHE : DE NOMBREUSES POSSIBILITES ET BIEN DE PISTES A EXPLORER

L'infection à VIH au Burkina Faso, un vaste champ à explorer

Sur la base de nos enquêtes de terrain et au regard des différentes données liées à l'infection à VIH et aux soins et traitements du sida, nous pouvons affirmer sans hésiter qu'il y a matière à recherche. Notre travail nous l'espérons, sera un précurseur vers d'autres champs et même en géographie, pourquoi pas ? Nous en voulons pour preuve, notre thème de recherche : prise en charge thérapeutique et territorialités. En choisissant ce thème, nous étions convaincus que beaucoup de travaux avaient été réalisés sur l'infection et sa prise en charge. Cela reste vrai, mais pas pour le Burkina Faso, surtout dans le champ de la géographie. Par exemple, dans le champ de la prévention, il serait opportun d'approfondir les impacts des centres d'écoutes pour la cible « jeunes ». Les centres d'écoutes semblent décrire une territorialisation dont on pourrait analyser les retombées des actions en lien avec la prise en charge thérapeutique et plus précisément la fréquentation des centres de santé.

Plus spécifique à l'impétrant

Ce travail, nous l'avons voulu exploratoire dans un domaine encore sous les pesanteurs socioculturelles propres à l'Afrique subsaharienne. Les différentes pistes qu'offre l'infection à VIH nous permettront, à terme, de mieux documenter les nombreux angles de recherche possibles : il y a encore matière à faire dans le champ de la prise en charge thérapeutique, et

les facteurs liés à l'infection doivent être mieux appréhendés. Il serait souhaitable de pouvoir accompagner la riposte nationale avec des outils de la géographie tels que les Systèmes d'Informations Géographiques (SIG). Les SIG offrent l'opportunité de disposer d'un panorama de l'organisation spatio-temporelle de l'offre de soins au travers de tous ses acteurs, et d'entreprendre une modélisation. Les cartes produites et le suivi en temps réel sont un outil d'aide à la décision pour les acteurs chargés de la coordination de la lutte.

La riposte nationale au VIH doit s'intégrer dans la politique sanitaire globale pour une meilleure complémentarité des actions. Le ministère en charge de la santé utilise de plus en plus Health Mapper, avec l'appui de l'OMS, pour des actions de planification et un meilleur suivi de sa politique de décentralisation.

BIBLIOGRAPHIE

- [Adsp-Hcsp,2000] Santé publique et pays pauvres, Actualités et dossier en santé publique (adsp) n° 30, HCSP, mars 2000
- [Amat-Roze ,2002] AMAT-ROZE, J.M, Géographie de l'infection à VIH/sida, émergence, conquête, enracinement Paris IV Sorbonne, HDR, novembre 2002, vol. 2, 388 pages
- [Amat-Roze ,2005] AMAT-ROZE JM, L'infection à VIH/sida, image de la fracture Nord-sud ? In « Géo confluences : Risques et sociétés » du 13/05/2005
- [Banque Mondiale,1998] Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale. Rapport de Banque Mondiale sur les politiques de développement, 1998.
- [Belem ,2003] BELEM A.K., Plan d'appui à la réinsertion socio-économique des rapatriés, Mai 2003, Burkina Faso 71 pages et annexes
- [Beraud, C.'2000] BERAUD, C. Les dysfonctionnements du système de soins français : à propos des ouvrages de Jean de Kervasdoué et Claude Le Pen. Futuribles, n° 251, mars 2000, pp 21-28.
- [Brunet-Jailly.'2000] BRUNET-JAILLY, J. La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone. In La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis, 2000, n° 195, pp 191-203. Gruénais, M-E., Pourtier, R., coordinateurs.
- [Cdc,1994] CDC, rapport d'évaluation du PPLS, Ouagadougou, 1994.
- [Ces/Rci,1998] République de Côte d'Ivoire, Conseil économique et social, octobre 1998 ; publié in Le Jour, n°1251, du jeudi 8 mai
- [CHAPLAIN'2006] CHAPLAIN C. ; GREDERBELAN A. ; Suivi biologique de l'infection VIH : intérêts du génotypage pour la résistance et du dosage des antirétroviraux ; Spectra biologie, vol. 25, no151, pp. 42-47, 2006
- [CNLS-IST,2003] Présidence du Faso, Bilan général de la mise en œuvre du PNM de l'année 2003 : document de travail de la 3ème session du CNLS-IST, Burkina Faso, décembre 2003, 166p
- [CNLS-IST,2005 A] CNLS-IST, Burkina Faso : Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, juin 2005
- [CNLS-IST,2005 B] Présidence du Faso, document de travail de la 5ème session du CNLS-IST, décembre 2005
- [CNLS-IST,2007] Présidence du Faso : Bilan général de la mise en œuvre du PNM 2007, CNLS-IST, décembre 2007
- [CNLS-IST,2007] Communiqué final de la septième session du CNLS-IST, 21 décembre 2007.
- [Croix-Rouge Française'2007] Croix-Rouge Française, Lutte contre le VIH/SIDA : rapport d'activités 2007, 23 p
- [Cs/Vih,2001-2005] Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/Sida 2001-2005, p20-21

- [DA.D.E.C,2004] DA D. E. C. 2004 : Dynamique des milieux au sahel central, les marges subtropicales du Burkina Faso. HDR de géographie, URCA Reims, 3 vol., 617p.
- [Dakoure H,2004] DAKOURE H, La situation des femmes au Burkina Faso, WiLDAF/FEDDAF, décembre 2004
- [Dauphine,1991] A. DAUPHINE : »Espace terrestre et espace géographique » in « Les concepts de la géographie humaine », sous la direction de A.S. BAILLY ; Paris ; Masson ; 2ème édition ; 1991
- [Desclaux ,2001] DESCLAUX A, Evidences empiriques et innovations en matière de VIH/SIDA dans le secteur de la santé en Afrique, In « 12ème CISMA : la conférence internationale sur le VIH/SIDA, la lutte contre la pauvreté et le développement en Afrique subsaharienne », Burkina Faso, décembre 2001, pp 239-264
- [Faso-Dev,2008] FASO-DEV.Pharmacopée traditionnelle au Burkina : le retour à la source[en ligne].Disponible sur: <<http://www.faso-dev.net/Pharmacopee-traditionnelle-au.html>>(consulté le 07/08/2008).
- [Fonteneau ,2002]
[Forum Med Suisse,2001] FONTENEAU Bénédicte. Les associations de lutte contre le SIDA au Burkina Faso, version provisoire, Katholieke universiteit Leuven, septembre 2002
Forum Med Suisse No 23 6 juin 2001
- [Fournet, F., Harang, M'2004] FOURNET, F., HARANG, M. Environnement urbain et transition sanitaire en Afrique de l'Ouest : étude des disparités spatiales de santé dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) [en ligne], UR 93 : Populations et espaces à risques sanitaires [consulté le 19/01/05]. France diplo tv.Améliorer l'accès aux traitements contre le sida [en ligne].disponible sur <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/ministere_817/publications_827/cooperation-internationale-developpement_3030/brochures-grand-public_3260/ameliorer-acces-aux-traitements-contre-sida_3018/priorites-opportunités-action_6162.html>.(consulté le 05/03/2008).
- [France Diplomatie,2008] GREGOIRE, J-L et al : VIH/SIDA et développement au Burkina Faso, PNUD 2003
- [Gregoire,2003]
- [Hirsch E'2003] HIRSCH E., VIH-Sida: éthique du soin, de la recherche et accès aux traitements, médecine sciences, Volume 19, numéro 6-7, juin-juillet 2003, p. 753-760
- [Hirsche,2003]
- [INSD,,2006] HIRSCH E., VIH-Sida: éthique du soin, de la recherche et accès aux traitements, médecine sciences, Volume 19, numéro 6-7, juin-juillet 2003, p. 753-760
Burkina Faso, RGPH 2006 (résultats préliminaires)
- [INSD,1996] Burkina Faso, INSD, RGPH 1996 et 2006 (dont les résultats préliminaires sont en cours de validation)
- [INSD/BF,2004] INSD/Burkina Faso & ORC Macro/USA, Enquête démographique et de santé 2003, rapport de synthèse, septembre 2004

- [INSD/BF,2004] Burkina Faso, INSD, Enquête démographique et de santé (EDS-2003), septembre 2004, 455p
- [INSD/BF,2006] INSD, RGPH 1996, 2006 (résultats préliminaires en cours de validation)
- [Larmarange J,2007] LARMARANGE J., Prévalence du VIH en Afrique : validité d'une mesure, Thèse de doctorat de l'université de Paris 5 Descartes, option démographie, Paris 2007
- [Louis,J-P & Al,1997] LOUIS, J-P & al, La surveillance épidémiologique : Principes et application aux rétrovirus à VIH en Afrique intertropicale, Médecine d'Afrique Noire, n°37, 1997
- [Madiéga Et Massa, 1995] In Actes du colloque Actes du colloque « mémoires voltaïques : la HV coloniale », paris, octobre 1993 sous la direction de Georges Madiéga et Gabriel Massa, Karthala 1995, 677 pages
- [Maire, B., Lioret, S. Et Al.'2002] MAIRE, B., LIORET, S. et al. Nutritional transition and non-communicable diet-related chronic diseases in developing countries. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé [en ligne], Vol. 12, n°1, 45-55, jan.-fév., 2002 [consulté le 26/01/05].
- [Mallkin , Yaméogo & Coll,1997] Mallkin J., Yaméogo M et coll. Tuberculosis and HIV in West Burkina Faso : Clinical presentation and clinical evolution. Int.J. Tubert. Lung.Dis. 1997, 1 : 68-74
- [Matd/Bf,2007] Burkina Faso, Ministère de l'Administration territoriale et de la décentralisation (MATD)
<http://www.matd.gov.bf/SiteMatd/decentral/default.html>,2007
- [Medan,1998] MEDA N., Suivi et évaluation des programmes nationaux de lutte contre le SIDA : examen de l'expérience du Burkina Faso, 1987-1998, Monographie, octobre 1998
- [MEF/BF2008] Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso, Rapport de synthèse pour la revue du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, mars 2008
- [Meunier ,2000] MEUNIER, A. Système de soins et organisation du territoire au BF. Mapped Monde N°60, 2000.
- [MS/BF,2007] Ministère de la santé: Analyse des résultats du recensement des établissements privés de soins, novembre 2007
- [MS/BF,2008] Burkina Faso, Ministère de la Santé, Annuaire statistique de la santé 2007, Mai 2008
- [MS/BF,2008] Op. Cit. (Burkina Faso, Ministère de la Santé, Annuaire statistique de la santé 2007, Mai 2008)
- [Nations Unies'2001] Nations Unies, Assemblée générale, Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Résolution de l'assemblée générale, Vingt-sixième session extraordinaire, Point 8 de l'ordre du jour, 8e séance plénière, 27 juin 2001

[Nikiema, P. Et Al.'2003] NIKIEMA, P., RIDDE, V. et GIRARD, J. L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review*, vol. 24, n°2, 2003, pp 237-256.

[Obando-A.E.,2003] OBANDO, A.E., Femmes et SIDA, Women's Human Rights net (WHRnet), Septembre 2003

[OMS,2007] OMS, Tuberculose et VIH/SIDA : une stratégie de lutte contre la double épidémie dans la Région africaine de l'OMS : Rapport du Directeur régional, août 2007.

[OMS'2004] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2004, Changer le cours de l'histoire, Genève 2004

[ONUSIDA,2007 A] ONUSIDA/CNLS-IST, Rapport de suivi des progrès réalisés 2006-2007 Burkina Faso, Avril 2007

[ONUSIDA,2007 B] ONUSIDA/OMS, Le point sur l'épidémie du sida 2007, décembre 2007

[ONUSIDA,2008 A] ONUSIDA, Accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso : Rapport de suivi des progrès 2007, Mai 2008

[ONUSIDA,2008 B]
[ONUSIDA,2008] ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008, août 2008
ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008, août 2008

[ONUSIDA/OMS'2005] ONUSIDA/OMS, Orientations sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH : consultation sur l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH/sida, 2005

[Palec,2000] Le PALEC A., Le SIDA, une maladie de femmes, 2000, pp 354-355

[Pamac'2005] PAMAC, Rapport sur le PECC 2005

[Paret, H'1984] PARET, H. La planification de la santé en Afrique. Paris, L'Harmattan, 1984, 198 p.

[Pavee,2007] Jean-Yves Pavée; Femmes et infection à VIH/sida : et si on en parlait ? [en ligne], France, 2005 disponible sur:<www.abbott.fr>.(consulté le 18/11/2007)

[PNM,2001 A 2007] Synthèse effectuée à partir des différents bilans de mise en œuvre des PNM de 2001 à 2007

[PNUD 2001] PNUD, Rapport sur le développement humain du Burkina Faso 2001: lutte contre le VIH/SIDA,

[Pnud/Bf,2001] PNUD/Burkina Faso, Rapport sur le développement humain durable, Burkina Faso 2001 : lutte contre le VIH/sida 156p et Annexes

[Prazuck,1991] Prazuck T. et collaborateurs. Impact de l'épidémie du SIDA sur le programme de lutte anti-tuberculeux dans l'ouest du Burkina Faso. 6ème conférence internationale sur le SIDA en Afrique, Dakar, 1991

[Pumain, D. Et Saint-Julien, Th'2004] PUMAIN, D. et SAINT-JULIEN, Th. L'analyse spatiale : localisations dans l'espace. Paris, Armand Colin, 2004, 167 p.

- [Remy,1993] REMY G., Image géographique des infections à VIH en Afrique de l'Ouest : Faits et interrogations, In Médecine d'Afrique Noire : 1993, 40 (1, 2, 3)
- [Sakho,2007] SAKHO A., Droit, éthique et sida dans la recherche clinique et les essais thérapeutiques dans les pays en voie de développement.[en ligne].disponible sur:
« www.ds.auf.org/IMG/doc/4.23SAKHOANIMA.doc », (consulté le 30/07/2007)
- [Salem, G. Et Al.'2000] SALEM, G., FOURNET, F. et CADOT, E. Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles endémies à l'émergence de nouvelles épidémies. In La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis. Paris, Afrique contemporaine, juillet-septembre 2000, n° 195, pp 60-70.
- [Salem, G., Jannee, E.'1989] SALEM, G., JANNEE, E. Urbanisation et santé dans le tiers-monde; transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Bondy, ORSTOM, 1989, 549 p.
- [Salem, G'1998] SALEM, G. La santé dans la ville, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal). Paris, Karthala ORSTOM, Collection " Hommes et Sociétés", 1998, 364 p.
- [Salem, G'2002] SALEM, G. Peuplement, population et santé : une inégale répartition. In Géographie humaine : questions et enjeux du monde contemporain. Paris, Armand Colin, 2002, pp. 66-96.
- [Sivignon, M.'2002] SIVIGNON, M. Les notions centrales de la géographie. In Géographie humaine : questions et enjeux du monde contemporain. Paris, Armand Colin, 2002, pp 39-66.
- [Sp/Cnls-Ist'2004] Bilan général de la mise en œuvre du PNM 2004, document de travail de la 4ème session du CNLS-IST, SP/CNLS-IST, Burkina Faso, décembre 2004
- [Sp/Cnls-Ist'2007] Bilan de la mise en œuvre du PNM 2007, Document de travail de la 7ème session du CNLS-IST, Burkina Faso, SP/CNLS-IST, décembre 2007
- [Subra, K.'1999] SUBRA, K. Géographie du système de soins à Ouagadougou. Mémoire de maîtrise de Géographie. Université Paris X - Nanterre, 1999, 109 p + annexes
- [UNICEF,2005] UNICEF, Enfants, la face cachée du sida, octobre 2005, 59p
- [UNICEF,2008] UNICEF, Evaluation des systèmes d'approvisionnement et de distribution des ARV dans la zone Afrique Centrale et de l'Ouest, Rapport de phase 2, mars 2008
- [Van Lerberghe, W., De Brouwere, V.'2000] VAN LERBERGHE, W., de BROUWERE, V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. In La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis. Paris, Afrique contemporaine, juillet-septembre 2000, n° 195, pp 175-190.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf, consulté le 12 mars 2007
- [Who/Hpr/Hep'1995]

<http://www.croix-rouge.fr/goto/actualites/durban/carte.asp>

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Ethique.htm>

[http://www.arcatsante.org/JDS/article/896/TERRAIN Jeunes chercheurs et si da En quete de dialogue](http://www.arcatsante.org/JDS/article/896/TERRAIN_Jeunes_chercheurs_et_si_da_En_quete_de_dialogue)

http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/guidanceethics_fr.pdf

[http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin106_2007/chapter 3/28.html](http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin106_2007/chapter3/28.html)

<http://www.ch-pau.fr/informations/sida.htm>, observance traitement

http://www.santetropicale.com/santemag/actualites/0403/0403_29.htm : La santé dans le sud : 0,08 spécialistes pour 1000 habitants ! In « El Moudjahid - Algérie - 26/04/2003 »

<http://www.ruralpovertyportal.org/french/regions/africa/bfa/index.htm>

UIDH (Union Interafricaine des Droits de l'Homme),

http://www.iuhr.org/article.php3?id_article=27, le 9/12/06, 13h13

http://portal0.unesco.org/fr/ev.phpURL_ID=15132&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=20, 9/12/06, 13h32

<http://archives.radio-canada.ca/sante/maladies/clips/2254/> (consulté en janvier 2008)

http://www.john-libbey-eurotext.fr/en/revues/sante_pub/san/e-docs

<http://www.ird.bf/activités/persan.htm>

Date

.....

1. Sexe : Masculin () Féminin ()
2. Ageans
3. Statut matrimonial : marié (e) () célibataire () divorcé (e) ()
Veuf (ve) () concubinage ()
4. Enfants : ► OUI () Nombre
Age de l'aîné et du benjamin (plus jeune)ans etans
► NON ()

5. Nationalité.....
6. Ethnie
7. Secteur ou lieu d'habitation
8. Depuis quand habitez-vous dans ce quartier ?
9. Avez-vous toujours habité là ? oui () non ()
- Si non**, quelle est la raison de votre changement d'adresse?.....
-

- 1- Comment avez-vous appris votre sérologie ?
 - a. Dépistage volontaire ? ()
 - b. Examens effectués au cours de soins médicaux ? ()
 - c. Pour raison administrative ou d'emploi ()
- 2- De quel type de VIH êtes-vous porteur ? VIH 1 () VIH 2 () VIH 1+2 () Ne sait pas ()
- 3- Où et quand avez-vous fait votre dépistage ?.....
- 4- Pourquoi avez-vous fait le test à cet endroit ?
.....
- 5- Depuis quand êtes-vous sous traitement ARV?.....

- 6- Quelle somme payez-vous pour votre traitement ARV aujourd'hui ?.....
- 7- Si le prix a changé depuis que vous avez commencé les ARV, dites les dates et montants.....
Année..... Prix..... Année..... Prix..... Année.....
Prix.....
- 8- Comment avez-vous eu connaissance du traitement?
.....
.....
- 9- Avez-vous interrompu votre traitement à un moment donné ? Oui () Non ()
Si oui, précisez la période et les raisons.....
.....
- 10- Avez-vous toujours été suivi dans ce centre de traitement ?
i. ► **OUI** ()
ii. ► **NON** ()
Si non où avez-vous commencé le traitement ?.....
- 11- Pourquoi avez-vous changé de centre de traitement ?
.....
- 12- Comment qualifiez-vous la distance qui sépare votre domicile du centre de traitement :
Pas éloignée () Eloignée () Très éloignée ()
- 13- Pourquoi allez vous dans ce centre ?
Pour sa proximité () Pour l'accueil du personnel ()
Pour la discrétion () Pour le soutien moral ()
Pour les soins () Sur recommandations de mon médecin ()
Absence de centre à proximité de mon lieu d'habitation ()
Autres,
précisez.....
.....
- 14- Avez-vous l'intention d'en changer ?
► **OUI** ()
pourquoi.....
.....
► **NON** ()
pourquoi.....
- 15- Dans quelle structure sont effectués les différents examens biologiques ?
a. Ici même (structure de prise en charge ARV) ? ()

b. Dans une structure ? Donnez le nom.....

16- Etes-vous suivis ou avez-vous été suivis par des médecins ou des structures de prise en charge hors du Burkina Faso ?

► **OUI** () Dans lequel de ces pays ?

Côte d'Ivoire () Belgique () Sénégal () Ghana () Mali ()
France () Bénin () Togo () Autres,
précisez.....

Pourquoi ?

- a. Pour la discrétion ()
- b. Espoir de meilleurs soins ()
- c. J'ai une assurance maladie qui me le permet ()
- d. Manque de confiance dans les centres du BF ()
- e. Autres raisons,

précisez.....
.....

► **NON** () Pourquoi

- a. Par manque de moyens ()
- b. Bonne prise en charge au BF ()

c. Autres raisons,

précisez.....
.....

D/ Aspects de mobilité de la personne vivant avec le VIH/sida

- 1- Quel est votre niveau d'études ? Primaire () Secondaire () Supérieur () Aucun ()
- 2- Quelle est votre profession ?.....

Si travail, continuez question 3 ; sinon passez à la question 7

- 3- Combien de fois vous rendez-vous à votre lieu de travail par jour ?.....
- 4- Combien de temps mettez-vous pour aller travailler ?.....
- 5- Avez-vous changé de lieu de travail depuis que vous connaissez votre sérologie ?

► Oui () Lieu avant..... Lieu après.....
Pourquoi ?.....

► Non ()

- 6- Quel moyen de déplacement utilisez-vous ? Pieds () Vélo () Taxis ()
Mobylette () Voiture () Bus () Autre, *précisez*.....
- 7- Comment vous rendez-vous au centre de santé ? Pieds () Vélo () Taxis ()
Mobylette () Voiture () Bus () Autre, *précisez*.....

- 8- Votre état de santé nécessite-t-elle qu'une autre personne vous conduise au centre de santé ?
Oui () Non ()
- 9- Combien de temps mettez-vous pour vous rendre au centre de soins ?.....
- 10- Vous arrive-t-il de voyager ? Oui () Non ()
- 11- Si oui, citez 3 destinations fréquentes.....
- 12- Quelle est votre dernière destination ?.....
- 13- A quand remonte ce déplacement ? (la date).....

Résidence (depuis le 1^{er} janvier 1986 jusqu'à ce jour)			
Date : deà	Durée (mois ou année)	Lieu	Motif

Mobilités temporaires (depuis le 1^{er} janvier 1986 jusqu'à ce jour) durée supérieure ou égale à 15 jours			
Date : deà	Durée (mois ou année)	Lieu	Motif

Mobilités occasionnelles (depuis le 1^{er} janvier 1986 jusqu'à ce jour) durée inférieure à 15 jours			
Date : deà	Durée (mois ou année)	Lieu	Motif

D- Sérologie de la famille

1. Connaissez-vous la sérologie de votre conjoint(e) ? oui () non ()

Si oui, quelle est-elle ? –Non infectée () - Infectée () - Sida déclarée ()

2. Quelle est la sérologie des enfants ?.....

Vérifier que des membres de la famille sont infectés avant de poser question 4

3. Les membres infectés de la famille sont-ils suivis médicalement? Oui () Non ()

► **OUI**, dans quel centre ?.....

► **NON**, pourquoi ?.....

4. Votre conjoint a-t-il un travail ?.....

5. Votre sérologie ou celle de conjoint (e) a-t-elle modifié votre vie quotidienne, vos espaces ou territoires quotidiens ? Oui () Non ()

6. En quoi consiste cette modification ? qu'est-ce qui a changé ? (*description précise et concise*)
.....
.....

7. Quelles suggestions faites-vous pour l'amélioration et de meilleures conditions de la prise en charge de la Personne vivant avec le VIH/Sida ?.....
.....

8. Où et en quelle année avez-vous été infecté (pays, ville, village et année) ?.....

9. Comment avez-vous été infecté par le VIH ?.....
.....

ANNEXE B : SP/CNLS-IST : ATTRIBUTIONS ET RELATIONS



1. Attributions du SP/CNLS-IST (1 / 2)

- ➔ Coordonner le Programme national de lutte contre le sida et l'élaboration des plans d'actions sectoriels de lutte contre le VIH et les IST
- ➔ Développer les mécanismes de leur mise en œuvre
- ➔ Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau national (revues, suivi, rapports périodiques, évaluation..)
- ➔ Apporter l'appui technique nécessaire aux intervenants

Copyright@SP/CNLS-IST, 2008

3



1. Attributions du SP/CNLS-IST (2 / 2)

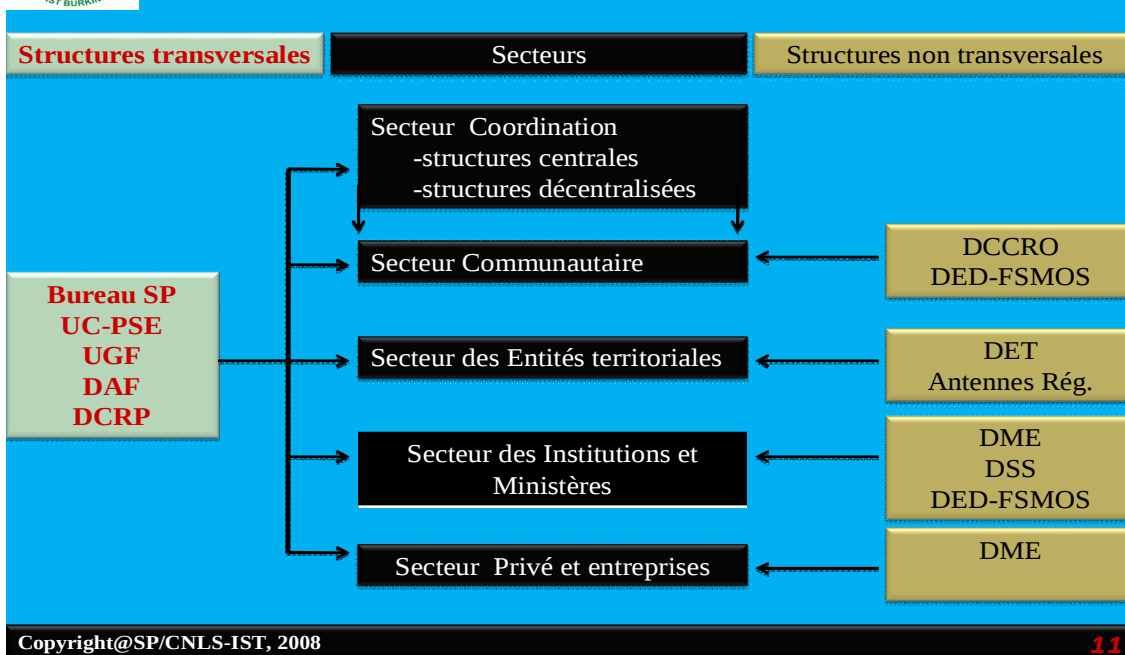
- ➔ Évaluer les besoins du programme national et de faciliter les démarches d'harmonisation de l'exécution des interventions
- ➔ Assurer la coordination de l'appui des bilatéraux et multilatéraux
- ➔ Assurer le secrétariat du Conseil national de lutte contre le sida et les IST
- ➔ Préparer les différentes réunions de concertation

Copyright@SP/CNLS-IST, 2008

4



3. Couverture opérationnelle des secteurs



6. Rapports avec le Ministre de la santé (1 / 2)

Ministre de la santé = 1^{er} Vice- Président du CNLS-IST. A ce titre,

- ➔ il préside au nom du Président du CNLS-IST :
 - ➔ la journée mondiale du sida (JMS)
 - ➔ les réunions du Bureau du CNLS-IST
- ➔ Il assure avec le Secrétaire permanent le débriefing pré-session du Président du CNLS-IST
- ➔ Il assiste à la session du CNLS-IST en tant que membre du présidium



6. Rapports avec le Ministre de la santé (2 / 2)

Par rapport au Secrétaire permanent du CNLS-IST,

- ➔ Il entretient des relations quotidiennes de travail
- ➔ Il donne son avis sur les dossiers techniques en lien avec la politique sanitaire nationale
- ➔ Il reçoit au plan international l'appui du Secrétaire permanent du CNLS-IST pour
 - ➔ Œuvrer au maintien du leadership du Burkina Faso
 - ➔ Participer aux rencontres du Fonds Mondial en tant que membre titulaire du conseil
 - ➔ Participer aux rencontres internationales relatives au VIH (UNGASS, CISMA, Conférence internationale sur le sida...)

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract.....	5
Sommaire	6
Listes des cartes.....	7
Listes des encadrés	9
Tables des figures	10
Listes des graphiques	11
Listes des photos	13
Listes des tableaux.....	14
Liste des sigles et acronymes	17
INTRODUCTION GENERALE.....	21
Section 1 : La problématique.....	23
Section 2 : Les hypothèses de travail.....	25
Section 3 : Les objectifs pratiques du travail	25
Section 4 : Les objectifs de l'étude	26
Section 5 : La méthodologie	28
Section 6 : La revue de la littérature	29
Section 7 : Le plan de rédaction	29
PREMIERE PARTIE : L'INFECTION A VIH AU BURKINA FASO.....	32
CHAPITRE 1 : LE BURKINA FASO, UN ETAT AU CŒUR DE L'AFRIQUE DE L'OUEST....	33
1.1. Le Burkina Faso, décentralisation et organisation du territoire.....	33
1.1.1. <i>Historique de la décentralisation</i>	34
1.1.2. <i>Organisation territoriale</i>	35
1.1.3. <i>Les compétences des collectivités locales</i>	37
1.2. Population et peuplement, une démographie fort galopante	38
1.3. Des conditions climatiques désavantageuses	40

3.3 Les grandes interventions de la réponse nationale au VIH	94
3.3.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire	94
3.3.2. Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des personnes vivant avec le VIH	96
3.3.3. Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques.....	98
3.3.4. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources ainsi que le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et promotion de la recherche	100
Conclusion partielle	106
DEUXIEME PARTIE: L'OFFRE NATIONALE DE SOINS LIES A L'INFECTION A VIH.....	107
CHAPITRE 4 : LE SYSTEME DE SANTE ET L'OFFRE NATIONALE DE SOINS	108
4.1 Les principales réformes du système de santé.....	108
4.1.1. Le système de santé de district.....	109
4.1.2. La réforme hospitalière	111
4.1.3. Libéralisation du système sanitaire.....	112
4.1.4. La réforme du secteur pharmaceutique.....	112
4.2 La politique sanitaire.....	113
4.3 L'organisation du système sanitaire.....	114
4.3.1 Le système sanitaire public.....	117
4.3.2 Le secteur privé.....	120
4.3.3 Le sous secteur traditionnel.....	122
4.4. Le financement du système sanitaire	123
CHAPITRE 5 : L'OFFRE NATIONALE DE SOINS LIES A L'INFECTION DU VIH	127
5.1. Le profil des services de soins disponibles	127
5.1.1. La prophylaxie des IO	127

5.1.2. <i>La thérapie antirétrovirale</i>	128
5.1.3. <i>Les examens biologiques</i>	134
5.1.4. <i>La pharmacopée et la médecine traditionnelle</i>	137
5.2 Les structures de prise en charge médicale	139
5.2.1. <i>Les structures publiques de soins</i>	139
5.2.2. <i>Les structures privées de soins</i>	144
5.3. L'approvisionnement en médicaments	145
5.4 Les portes d'entrée dans la prise en charge médicale	149
5.4.1. <i>La tuberculose</i>	149
5.4.2. <i>La Prévention de la transmission mère enfant du VIH</i>	150
5.4.3. <i>Le Conseil Dépistage Volontaire (CDV)</i>	153
5.4.4. <i>La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles</i>	156
5.5. Financement de l'offre de soins liés à l'infection à VIH	157
CHAPITRE 6 : L'INFECTION A VIH ET LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE, QUELS APPORTS SUR L'OFFRE NATIONALE DE SOINS	162
6.1. Traitement et soins de l'infection à VIH, quels apports à l'offre de soins.....	162
6.1.1. <i>Au niveau de la couverture géographique</i>	163
6.1.2. <i>Au niveau institutionnel</i>	163
6.1.3. <i>La nécessité d'un renforcement des capacités des structures publiques de prise en charge</i>	165
6.2. Implication du monde associatif à l'offre de soins sida, quelle contribution ?	168
6.2.1. <i>Les centres communautaires de dépistage</i>	169
6.2.2. <i>La prise en charge communautaire (PECC)</i>	171
6.2.3. <i>Structures communautaires et thérapie antirétrovirale</i>	174
Conclusion partielle	177

TROISIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU SIDA :

TERRITORIALISATION ET TERRITORIALITES178

CHAPITRE 7 : LES SITES D'ENQUETES ET DONNEES DE TERRAIN.....179

7.1. Méthodologie	180
7.1.1 <i>Considération éthique</i>	180
7.1.2 <i>Critères de sélection des sujets</i>	182
7.1.3 <i>L'échantillonnage spatial et démographique</i>	182
7.1.4. <i>Les variables de l'enquête de terrain</i>	183
7.1.5. <i>Outils et procédure de la collecte de données</i>	184
7.1.6 <i>Le traitement et l'analyse des données</i>	184
7.2. Résultats globaux.....	185
7.3. La province du Boulgou.....	193
7.3.1. <i>Présentation synthétique de la province du Boulgou</i>	193
7.3.2. <i>Résultats de l'enquête dans la province du Boulgou</i>	196
7.3.2.1. Profil sociodémographique	196
7.3.2.2. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique....	197
7.3.2.3. Facteurs de mobilités de l'échantillon	198
7.4. La province du Kadiogo	200
7.4.1. <i>Présentation synthétique du Kadiogo</i>	200
7.4.1.1. L'Association African Solidarity (AAS) et son centre de prise en charge, Oasis	202
7.4.1.2. L'Association SOS-sida/Jeunesse Mobilisée et son centre Espoir.....	204
7.4.2. <i>Résultats de l'enquête de la province du Kadiogo</i>	204
7.4.2.1. Profil sociodémographique	204
7.4.2.2. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique....	206
7.4.2.3. Facteurs de mobilité de l'échantillon.....	207
7.5. La province du Poni	208
7.5.1 <i>Profil de la province du Poni</i>	208
7.5.1.1. Association Vie Solidaire.....	210
7.5.2. <i>Les résultats de l'enquête de la province du Poni</i>	210
7.5.2. <i>Les résultats de l'enquête de la province du Poni</i>	211
7.5.2.1. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique....	211
7.5.2.2. Facteurs de mobilité de l'échantillon.....	211
7.6. La province du Yatenga	212
7.6.1. <i>Profil de la province du Yatenga</i>	212

7.6.1.1. L'association pour l'appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant (AMMIE).....	214
7.6.2. Résultats de l'enquête de la province du Yatenga	214
7.6.2.1. Profil sociodémographique	214
7.6.2.2. Caractéristiques de l'infection et de la prise en charge thérapeutique....	215
7.6.2.3. Facteurs de mobilité de l'échantillon.....	216
CHAPITRE 8 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU VIH ET TERRITORIALITES...	217
8.1. VIH et déstabilisation, de l'infection à la prise en charge thérapeutique.....	217
8.1.1. Offre de soins sida et territorialisation	217
8.1.1.1. Offre de soins et territorialisation, la prise en charge par la thérapie ARV	217
8.1.1.2. Prise en charge thérapeutique et services biologiques, une territorialisation de l'offre	220
8.1.2. Prise en charge thérapeutique et mobilités, quels liens en 2007 ?.....	224
8.1.3. L'influence des conditions socio-économiques et culturelles sur la déstabilisation.....	227
8.1.3.1. Infection à VIH et conditions socio économiques.....	228
8.1.3.2. Soins de santé et conditions socio-économiques des populations.....	229
8.1.3.3. Prise en charge thérapeutique du sida et conditions socio-économiques, un lien vers une déstabilisation des personnes vivant avec le VIH	230
8.1.3.4. Initiatives d'accès à la prise en charge thérapeutique et coût des soins .	232
8.2. Prise en charge thérapeutique et territorialités	233
8.2.1. Stigmatisation et discrimination, dans un contexte d'infection à VIH : de l'infection à la prise en charge thérapeutique	233
8.2.1.1. De l'infection à VIH à la stigmatisation et la discrimination.....	234
8.2.1.2. Stigmatisation, discrimination et quête de prise en charge thérapeutique ...	236
8.2.2. Personnes vivant avec le VIH, mobilités et recomposition territoriale : les territorialités induites par la prise en charge thérapeutique	238
8.2.2.1. Territorialités induites par mobilités liées à la prise en charge thérapeutique.....	238
8.2.2.2. La territorialité, dans un contexte autre que la prise en charge thérapeutique.....	240
Section 1 : Prise en charge thérapeutique et déstabilisation	247
Section 2 : Perspectives de recherche : de nombreuses possibilités et bien de pistes à explorer	250
BIBLIOGRAPHIE.....	252
ANNEXE A: QUESTIONNAIRE POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	258

ANNEXE B : SP/CNLS-IST : ATTRIBUTIONS ET RELATIONS	263
--	-----