

Science **et** technique

Revue burkinabè de la recherche

Sciences de la santé

Spécial hors série n° 1 — Novembre 2008 — ISSN 1011- 6028

Sida, santé publique et sciences sociales

**20 ans d'épidémie et de recherche
au Burkina Faso**



Éditeurs scientifiques : **Seni KOUANDA**
Alice DESCLAUX
Blandine BILA

Centre national de la recherche scientifique et technologique
03 B.P. 7047 Ouagadougou 03 – Burkina Faso

Science **et** technique

Revue burkinabè de la recherche

Sciences de la santé

Spécial hors série n° 1 — Novembre 2008 — ISSN 1011- 6028

**Centre national de la recherche scientifique et technologique
03 B.P. 7047 Ouagadougou 03 – Burkina Faso**

Science et technique

Revue semestrielle de la recherche,
éditée par le Centre national de la recherche
scientifique et technologique (CNRST)



Série Sciences de la santé

Spécial hors série n° 1 - novembre 2008
Prix : 3 000 F CFA

Directeur de publication

Basile GUISSOU, Délégué général du CNRST

Comité de rédaction

Président : Pierre I. Guissou
Membres : Blaise K. Sondo
Jean-Noël Poda
Jean Bosco Ouédraogo

Rédacteur en chef

Moussa Ouédraogo, Directeur de l'IST

Coordonnateurs

Jean-Bosco Ouédraogo
Séni Kouanda

Éditeurs scientifiques

Seni Kouanda
Alice Desclaux
Blandine Bila

Secrétariat de rédaction

Hamed Traoré

Maquette et mise en page

Annick Kaboré
Haoua Zabré

Comité scientifique de lecture

| | |
|------------------------|--------------------------------------|
| Eric Alain Ategbo | Nutrition et sciences alimentaires |
| Emmanuel Bassene | Phytothérapie |
| Jean Philippe Chippaux | Santé publique |
| Francis Delpéuch | Nutrition |
| Babacar Faye | Pharmacologie |
| Wendekouni Guenda | Biologie animale |
| Robert T. Guiguemdé | Parasitologie |
| Pierre I. Guissou | Pharmacologie-Toxicologie |
| Issiaka Z. Kaboré | Chimie |
| Jean Kaboré | Neurologie |
| Harouna Keita | Phytothérapie |
| Bibiane Koné | Gynécologie |
| Jean Lankouandé | Gynécologie |
| Gérald Milterberg | Anthropologie |
| Odile Nacoulma | Phytothérapie |
| Jean Bosco Ouédraogo | Parasitologie |
| Moumouni R. Ouiminga | Chirurgie |
| Bernard Philippon | Entomologie |
| Jean-Noël Poda | Biologie animale |
| Alphonse Sawadogo | Pédiatrie |
| Laya Sawadogo | Physiologie animale |
| Blaise K. Sondo | Epidémiologie |
| Robert Soudré | Anatomo-pathologie |
| François Tall | Pédiatrie |
| Abdoulaye Traoré | Santé publique, économie de la santé |
| Alfred Traoré | Biochimie, microbiologie |
| Abbé Yapo | Biochimie |

Abonnement-Distribution

DIST/CNRST

Rédaction et administration

Comité de rédaction, IRSS
03 BP 7047 Ouagadougou 03, Burkina Faso
Tél : (226) 50 36 32 15 / 50 36 33 64
Fax : (226) 50 36 03 94 / 50 36 28 38
Email : dirss@fasonet.bf.

Impression

Numéro tiré à 250 exemplaires.

Sommaire

R. SOUDRÉ, B. SONDO

Situation de l'épidémie de VIH et de la lutte contre le sida au Burkina Faso en 200811

F. I. K. YAYA BOCOUM, S. TIENDREBEOGO, S. KOUANDA

Tendances en matière de connaissances sur le VIH de la population burkinabè de 1993 à 2003.....19

Odette KY-ZERBO, Jean François SOMÉ, Fodé SIMAGA, Sosthène KÉRÉ, Ghislaine CONOMBO, Carla OBERMEYER

Le conseil et le test du VIH (CTV) au Burkina Faso : évolution de la politique, des stratégies et des résultats, 1994-2006.....33

W. M. E. YAMEOGO, B. BILA, S. KOUANDA

Genre et partage de l'information relative au statut sérologique pour le VIH.....41

M.-J. SANOU, F. BARRO, R. CAZAL-GAMELSY, G. ONADJA, A. RAMDÉ, A. SOMDA, M. NIKIÉMA

Le programme national burkinabè d'accès aux arv (2002-2008): bilan critique et perspectives51

Paul-André SOMÉ, Valéry RIDDE

La place de la participation dans les processus évaluatifs des politiques de lutte contre le vih au Burkina Faso.....65

Anne FORO, Valéry RIDDE

Analyse comparée des plans stratégiques de lutte contre le vih en Haïti et au Burkina Faso.....75

Blandine BILA, Marc EGROT

Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ?.....85

Marc-Eric GRUÉNAIS, Fatoumata OUATTARA

« Des malades comme les autres » ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso.....93

Anne ATTANÉ, Ramatou OUÉDRAOGO

Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH.....101

Sylvie ZONGO, Fatoumata OUATTARA

Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes » : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou....107

Alice DESCLAUX, Chiara ALFIERI

Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso : les déterminants sociaux ont-ils changé ?117

Armande SANOU

Obstacles à l'implication des conjoints dans un programme de prévention
de la transmission mère-enfant du VIH à Bobo-Dioulasso.....127

S. KOUANDA

L'accès aux traitements antirétroviraux : leçons de l'expérience.....133

Sida, santé publique et sciences sociales

20 ans d'épidémie et de recherches au Burkina Faso

Depuis l'apparition des premiers cas de sida au Burkina Faso, il y a plus de vingt ans, l'épidémie a connu une rapide expansion puis s'est stabilisée sans qu'il ne soit possible d'affirmer si cette stabilisation est due aux efforts de lutte contre le sida ou à des facteurs épidémiologiques divers, voire à l'histoire naturelle du virus. La prise en charge et les traitements sont désormais de plus en plus accessibles pour les 130 000 personnes qui vivent avec le VIH. Néanmoins, tout n'est pas réglé : plusieurs milliers de personnes sont infectées chaque année, tous ceux qui auraient besoin d'un traitement n'y ont pas encore accès et un certain niveau de stigmatisation subsiste. La pérennité des programmes n'est pas assurée, notamment au plan de leur financement qui est actuellement essentiellement d'origine internationale, et les capacités du système de soin à faire face à une charge croissante ne sont pas garanties. On ne sait pas encore si les avancées qui ont été réalisées dans le domaine du sida pourront être mises à profit pour d'autres pathologies.

Cette évolution est largement conditionnée par des facteurs socioculturels et politiques. Les sciences sociales ont montré que le sida pouvait être révélateur, réformateur et parfois même destructeur du système social, ou, à moindre échelle, des relations entre personnes, entre groupes et catégories sociales, entre personnes atteintes et système de soin. En vingt ans, les dimensions sociales du sida ont évolué : les situations à risques ne sont plus identiques, les populations vulnérables ne sont pas toujours celles que l'on attendait, les relations entre secteurs médical et communautaire sont en voie de formalisation, de nouveaux défis sont apparus sur le plan médical...

En s'intéressant d'abord à l'expérience vécue par les personnes, aux rapports sociaux et aux représentations collectives, les études approfondies menées par les sciences sociales permettent d'esquisser un bilan de ce qui a été « révélé, réformé ou détruit » par le sida. Elles permettent aussi de confronter les mesures de santé publique mises en place dans le cadre de la lutte contre le sida à l'actualité des dynamiques sociales sur le terrain, qu'elles soient l'effet de ces mesures ou indépendantes, et indiquent dans certains cas des alternatives possibles.

L'objectif de ce numéro est de présenter les principaux résultats des recherches qui ont été menées dans les domaines de la santé publique et des sciences sociales concernant l'exposition au risque, la prévention, la prise en charge, l'organisation de la lutte contre le VIH ainsi que les effets sociaux du sida au Burkina Faso. Cet état des lieux permet de préciser les domaines dans lesquels de nouvelles études devront être menées pour que la recherche en sciences sociales et santé publique contribue le plus efficacement possible à l'amélioration des interventions au cours des prochaines années.

Ce numéro ne dresse cependant pas un tableau exhaustif des recherches en sciences sociales, nombreuses et riches dans ce pays : un grand nombre de travaux ont été publiés dans d'autres revues, souvent internationales. Par ailleurs, compte tenu des délais de réalisation du numéro, certains articles paraîtront dans des numéros ultérieurs de *Science et Technique*. Enfin, les recherches concernant spécifiquement les enfants ne sont pas présentées ici car elles feront l'objet d'un dossier dans un numéro ultérieur.

Les articles de ce numéro relèvent de la santé publique, de la sociologie, de l'anthropologie, de l'économie, des sciences politiques. Ces approches ne sont pas toujours familières aux professionnels de santé, lecteurs habituels de la série Sciences de la Santé. Afin de favoriser la compréhension mutuelle, nous avons demandé aux auteurs d'adopter la présentation formelle de la Revue Science et Technique, qui est celle des revues médicales, inhabituelle pour la plupart d'entre eux. Nous remercions les auteurs de s'être pliés autant que possible à cet exercice.

Les éditeurs scientifiques

Dr Seni KOUANDA

médecin épidémiologiste, chargé de recherche à l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé, coordonnateur de la série Sciences de la santé

Pr Alice DESCLAUX

médecin anthropologue, professeur des universités, Université Paul Cézanne d'Aix Marseille, Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Mme Blandine BILA

anthropologue, ingénieur de recherche à l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé

Situation de l'épidémie de VIH et de la lutte contre le sida au Burkina Faso en 2008

R. SOUDRÉ*, B. SONDO**

Résumé

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), apparue à la fin des années 1980, reste de nos jours un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. Ce pays a progressivement mis en place un dispositif de riposte dynamique adapté aux réalités socio-économiques, politiques et épidémiologiques du pays. L'objectif de cet article est de présenter l'histoire de l'épidémie et de la mise en place de ce dispositif, et de dresser un état des lieux en 2008. L'article passe en revue la situation épidémiologique, la réponse institutionnelle et les stratégies de lutte, la situation en matière de prévention et en matière de prise en charge, le financement de la lutte contre le sida. Enfin, il rappelle les objectifs du Cadre Stratégique 2006-2010.

Mots-clés : VIH, Burkina Faso, épidémiologie, lutte contre le sida.

The status of HIV epidemic and AIDS control in Burkina Faso in 2008

Abstract

HIV infection has been a major public health problem in Burkina Faso since its beginning at the end of the 1980s. This country has set up step by step a dynamic defence system that is adapted to the social, economic, political and epidemiological characteristics of the country. The objective of this article is to present the history of the epidemic and the AIDS control system, and to set out the situation in 2008. The article reviews the epidemiological situation, the measures taken by institutions and the strategy for AIDS control, the situation regarding prevention and care, AIDS control fundings. Then, the article presents the objectives of the Strategic Frame for 2006-2010.

Keywords : HIV, Burkina Faso, epidemiology, AIDS control.

¹ UFR Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou, Président du CCM (Country Coordinating Mechanism) du Burkina Faso pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, robertsoudre@yahoo.fr ; robert.soudre@univ-ouaga.bf

² Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS)/CNRST, 03 BP : 7192 Ouagadougou 03, Burkina Faso, tel : +226 50 33 35 94 ; UFR Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou, sondoblaise@yahoo.fr

Introduction

Depuis le premier cas diagnostiqué en 1986, l'épidémie de VIH est un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. La « riposte » a été mise en place par étapes successives, jusqu'à obtenir un niveau élevé d'engagement des instances dirigeantes, des professionnels de santé, de la société civile et des chercheurs. L'objectif de cet article est de présenter à grands traits l'évolution de l'épidémie et l'histoire de la mise en place du dispositif de lutte, de dresser un état des lieux en 2008 et de présenter les perspectives. L'article examinera successivement la situation épidémiologique, la réponse institutionnelle et les stratégies de lutte, la situation en matière de prévention et en matière de prise en charge, le financement de la lutte contre le sida et les perspectives, à partir des objectifs pour la période 2006-2010. Notre propos n'est pas de fournir une information détaillée, mais d'apporter les éléments nécessaires pour la compréhension des enjeux de la lutte contre le sida au Burkina Faso et pour la réflexion, sur la base des recherches en santé publique et en sciences sociales déjà menées, présentées dans ce numéro thématique.

La situation épidémiologique de l'infection par le VIH

En 2007, Michel Sidibé, le Directeur du Département Appui aux pays d'ONUSIDA, déclarait : « Le Burkina Faso est résolument sur le bon chemin pour réduire la progression de l'épidémie ». Les données épidémiologiques suivantes permettent de comprendre son propos.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso est estimé à 130 000 [110 000 – 160 000] en 2007, pour une population de 14 784 000 habitants¹. Ces personnes seraient majoritairement des adultes (120 000 plus de 15 ans, vs. 10 000 enfants) ; 61 000 [52 000 – 73 000] seraient des femmes.

Le paysage épidémique a sensiblement évolué au Burkina Faso, comme en Afrique de l'Ouest, au cours de la dernière décennie. Après une croissance importante au cours de la première décennie après la notification du premier cas de sida en 1986, le taux de prévalence du VIH a baissé, passant de 7,17 % en 1997 à moins de 2 % en 2007 selon les données de la surveillance épidémiologique du Ministère de la Santé. Selon les projections des logiciels Epidemic Projection Package (EPP) et Spectrum (MS, 2006), la prévalence semble s'être stabilisée depuis 2006 (point d'inflexion de la courbe) autour de 1,6 % [1,4 – 1,9], tendant à se rapprocher du profil d'une épidémie de type concentré. Cette estimation du taux de prévalence concerne la population adulte de 15 à 49 ans.

Les raisons de cette baisse sont multifactorielles. Trois d'entre elles pourraient contribuer à une tentative d'explication :

- un perfectionnement des méthodes de calcul des estimations, notamment de la prévalence : le logiciel EPI Model qui était utilisé jusqu'en 2002 ayant été remplacé par EPP et Spectrum ;
- une forte mortalité avant 2005 alors que trop peu de PVVIH bénéficiaient de traitement par ARV ;
- les efforts mis en œuvre par l'Etat burkinabè, par la société civile et par les partenaires au développement associés à une volonté politique dans le développement de l'extension de la prévention et de la prise en charge médicale.

¹ Les données présentées ici sont issues des publications WHO, UNAIDS, UNICEF, 2008 et UNGASS, 2008 sauf précision spécifique.

Chez les jeunes de 15-24 ans, le taux de prévalence a diminué entre 2001 (3,9 %) et 2006 (1,3 %). Les différences selon le sexe sont importantes : le taux de prévalence du VIH serait de 0,5 % chez les hommes [0,2 - 0,8], vs 0,9 % chez les femmes [0,5 - 1,3]. Cette réduction correspond cependant en partie au fait que la sérosurveillance a été étendue à tout le pays en 2003.

Bien que le taux de prévalence ait beaucoup diminué chez les professionnelles du sexe, des foyers persistent dans les groupes vulnérables spécifiques, particulièrement en milieu urbain. Ainsi, lors de la Campagne Nationale de Dépistage de décembre 2007 (PAMAC, 2007a) la prévalence chez les Travailleu(r)se(s) du Sexe (TS) a été évaluée à 8,5 %. La même année, une étude réalisée par le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC, 2007b) auprès de populations spécifiques, publiait des chiffres de séroprévalence préoccupants notamment chez les TS (11,8 %), les serveuses de bar (11,2 %), les vendeuses ambulantes (13,1 %) ou encore les dolotières (6,6 %), mais aussi les personnes regroupées sous l'appellation commune de « commerçants » (3,4 %). Toujours en 2007, l'Association Pénitentiaire Africaine (APA) a communiqué une prévalence, mesurée dans le cadre de ses activités de dépistage chez les détenus, de 2,3 % sur les 757 prisonniers recensés (APA, 2007).

Les différences entre régions sont importantes : en 2002, le taux de prévalence s'échelonnait entre 0,1 % (région du Sahel) et 4,2 % (région de Ouagadougou) : il était de 3,7 % dans la région du Sud-Ouest (frontalière avec la Côte d'Ivoire et le Ghana), 2,4 % dans la région des Cascades (sur l'axe reliant Ouagadougou à la Côte d'Ivoire) et 2,3 % dans la région de la Boucle du Mouhoun et du Centre-Ouest, chez les adultes de 15 à 49 ans (EDS, 2003). Ces différences entre taux de prévalence de l'infection à VIH s'observent surtout entre zones urbaine et rurale : en 2006, de taux était de 5,9 % à Ouagadougou vs 1% en zone rurale (UNGASS, 2008).

En 2007, le nombre de personnes (adultes et enfants) décédés du sida est estimé à 9 200 [7 400 – 11 000]. Ce nombre était estimé à 10 000 en 2001.

La réponse institutionnelle et les stratégies de lutte contre le VIH

La lutte contre le VIH s'est organisée au Burkina Faso au cours des premières années autour du Comité national de lutte contre le VIH/sida créé par le Raabo N°AN-IV/062/CNR/MS/SG/L en octobre 1986. Ce comité, rattaché au Ministère de la santé, était dirigé par son Secrétaire général. Il était chargé : i) d'élaborer des directives nationales en matière de prévention et de prise en charge des cas ; ii) de recueillir des informations sur la séroprévalence et la morbi-mortalité ; iii) de suivre l'évolution de l'épidémie et l'évaluation des programmes de lutte. Le comité national de lutte contre le VIH/sida a ainsi mis en place un plan à court terme et deux plans à moyen terme de lutte contre l'épidémie.

La volonté des autorités burkinabè de créer une dynamique nouvelle, d'impliquer tous les acteurs et de mieux coordonner les interventions de lutte contre le VIH a motivé la création du Conseil national de lutte contre le sida et les IST en 2001. Ce conseil a été rattaché à la présidence du Faso. Le secrétariat de ce conseil est dirigé par un Secrétaire permanent.

A la suite des plans à court et moyen termes, le Conseil national de lutte contre le VIH a procédé à une analyse de l'épidémie et de la réponse nationale à cette épidémie. Les enseignements tirés de ces plans de lutte contre le VIH et les conclusions de l'analyse de l'épidémie et de la réponse nationale ont fourni les bases d'élaboration d'un Plan stratégique multisectoriel de lutte contre

le VIH/sida et les IST. Ce Plan est le cadre directeur de toutes les interventions nationales en matière de lutte contre le VIH. Il comprend cinq axes stratégiques :

- Axe 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/sida et des IST, et promotion du dépistage volontaire ;
- Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH ;
- Axe 3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques ;
- Axe 4 : Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources ;
- Axe 5 : Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et promotion de la recherche.

Différents comités sectoriels de lutte contre le sida ont été créés pour coordonner les interventions dans les secteurs concernés et en assurer le suivi et l'évaluation.

Le leadership du président du Faso a créé un environnement politique favorable à la lutte contre le VIH. En témoigne l'implication des responsables des différents secteurs d'intervention dans la lutte : au total plus de 23 ministères et institutions du secteur privé, de la société civile et les partenaires techniques et financiers en 2007. En 2008, la décentralisation de la lutte est effective dans les 45 provinces du pays et en cours au niveau régional.

La situation en matière de prévention

La prévention a été l'objet des premières initiatives de lutte. Les structures associatives ont été très tôt impliquées dans ce volet. Le projet de marketing social et de communication pour la santé (PROMACO) a permis d'assurer une large promotion de l'utilisation des préservatifs. Plusieurs associations à travers le pays ont été appuyées par des micro-projets pour des campagnes de sensibilisation sur l'infection et sur les modes de prévention tels que le port du condom. Ces activités ont complété les campagnes nationales en matière de prévention, menées notamment dans le cadre du PPLS (Programme Population et Lutte contre le Sida).

Le bilan des activités menées en 2007 montre que la mise en oeuvre des programmes ciblés a permis de toucher au cours de cette année 2 881 détenus, 27 776 jeunes, 14 375 routiers, 23 323 travailleurs/euses de sexe, 14 079 femmes en âge de procréer, 50 723 handicapés et 7 187 orpailleurs. De plus, les activités de sensibilisation et de promotion du condom ont permis la distribution d'environ 20 millions de condoms masculins et 74 000 féminins. La sensibilisation a permis de toucher plus de 3 millions de personnes en 2007.

Les autres volets de la prévention ont également été développés :

- la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) a été implantée dans 50 des 55 districts sanitaires du pays. En 2007, la couverture globale en matière de PTME était estimée à 33 % (UNGASS, 2008). Parmi les 78 362 femmes enceintes vues en consultation prénatale entre janvier et septembre 2007, 65 % ont accepté de réaliser le test VIH et 3,1 % d'entre elles étaient séropositives. Parmi elles, 85,9 % ont pris le traitement antirétroviral prophylactique, de même que 79,3 % des nouveaux nés. Parmi les enfants nés de mères séropositives, 9,2 % étaient porteurs du VIH à 18 mois ;

- le Conseil Dépistage Volontaire (CDV) s’est généralisé au niveau des structures sanitaires et communautaires : le nombre de centres CDV a augmenté, passant de 116 en 2006 à 121 en fin septembre 2007, et le nombre de districts sanitaires ayant des centres de CDV est passé de 37 à 40 dans la même période. En 2007, 20,6 % des adultes de 15 à 49 ans des deux sexes ont eu un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat ;
- le traitement précoce des IST s’est intensifié dans les formations sanitaires, faisant passer le nombre de cas enregistrés de 84 602 en 2005 à 109 157 en 2006 ;
- des activités d’Information Education Communication / Communication pour le Changement de Comportement en matière de santé sexuelle / santé de la reproduction ont concerné plus de 125 000 jeunes en 2007 ;
- le taux d’unités de sang testées pour le VIH avec un contrôle de qualité est de 66 % (UNGASS, 2008).

La situation en matière de prise en charge

La prise en charge des cas s’est progressivement développée à travers le pays. Ce dispositif de prise en charge imposait l’organisation des services, leur renforcement en personnel, la formation de ce personnel, l’équipement en matériel adéquat en quantité et en qualité. L’organisation de cette prise en charge est pluridisciplinaire impliquant des personnels médicaux, paramédicaux, psychosociaux et autres.

Au niveau du diagnostic biologique, les performances ont été améliorées par passage des tests d’immunofluorescence à l’immunocombs, au Western Blot ou à l’ELISA. La PCR pour le diagnostic précoce s’est également étendue dans le pays. La mesure de la charge virale est possible sur cinq sites ; les génotypes ne sont pas encore disponibles hors du cadre de la recherche, mais pourraient le devenir prochainement.

Tous les patients régulièrement suivis dans des files actives de prise en charge bénéficient d’une prévention et d’un traitement de leurs infections opportunistes, ainsi que d’un traitement ARV quand ils sont éligibles. Les méthodes diagnostiques des infections opportunistes se sont également perfectionnées et leur accessibilité a augmenté grâce à la formation du personnel et l’équipement en matériels et consommables.

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH est caractérisée au Burkina Faso par le fait que le monde associatif s’implique beaucoup, assurant non seulement la prise en charge sociale et psychologique, mais aussi une partie importante de la prise en charge médicale et du dépistage.

En ce concerne la protection des droits des PVVIH, le Burkina Faso a récemment adopté une législation spécifique, la *Loi 030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA*. Mais force est de noter que malgré ces dispositions, les attitudes stigmatisantes et discriminatoires demeurent encore vivaces.

Le financement de la lutte contre le sida

Les premières activités de lutte contre le VIH ont été financées par le budget national. Des partenaires se sont ensuite mobilisés en appui du financement national : il s’agit principalement de l’OMS et des partenaires bilatéraux. Par la suite, la Banque mondiale s’est fortement impliquée par le financement du PMLS (Plan Multisectoriel de Lutte contre le Sida).

Plusieurs organismes interviennent actuellement dans le cadre de programmes sectoriels de lutte, notamment : l'UNICEF, le PNUD, la coopération hollandaise. En outre, le Burkina Faso a été éligible aux financements du Fonds Mondial pour le VIH, la tuberculose et le paludisme. C'est cette institution qui constitue aujourd'hui la première source de financement des activités de lutte contre le VIH au Burkina Faso. Un mécanisme de « panier commun » a été mis en place dans le but de fédérer toutes les sources de financement de la lutte contre le VIH par les différents partenaires et d'orienter au mieux les activités pour les rendre efficaces.

La recherche sur le VIH sida

Les premières recherches en matière de VIH ont été menées dès le début des années 1990 au Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, alors que celui-ci relevait de l'Organisation de Coordination et de Coopération Contre les Grandes Endémies (OCCGE). Ce centre, qui relève désormais du Ministère de la santé, a développé un plateau scientifique et technique qui lui a permis de mener des projets de recherche en collaboration avec des partenaires internationaux (Universités de Bordeaux et Montpellier, London School of Tropical Medicine and Hygiene, Institut de Recherche pour le Développement, Agence Nationale française de Recherche contre le sida) notamment dans la recherche sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Après la création de l'IRSS en 1997, celui-ci a développé des recherches sur le VIH dans le domaine de la santé publique et des sciences sociales avec l'appui de l'OMS et de la Banque Mondiale. La recherche s'est aussi développée dans les hôpitaux universitaires (Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo et Centre Hospitalier National Sanou Souro) et à l'UFR en Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou (MSELLATI et KY, 2006).

Des recherches ou études définies en fonction des priorités nationales, notamment sur les dimensions sociales, ont été menées dans d'autres organismes, Centre de Recherche en santé de Nouna, l'Initiative Privée Communautaire et l'association Kasabati. La recherche sur le sida reste confrontée à un manque de financement national.

En 2008, ces organismes (Université de Ouagadougou, IRSS, Centre Muraz, CHNYO, CHNSS, IRD) constituent un dispositif qui mène des recherches en collaboration avec le CMLS/Santé, le Conseil National de lutte contre le sida et les IST, avec des partenariats et financements internationaux (OMS, IRD, ANRS, Universités du Nord). Ces recherches bénéficient d'une participation permanente et active des associations de PVVIH et de soutien aux personnes infectées et affectées.

Les perspectives

Les perspectives sont orientées par les objectifs du Cadre stratégique 2006-2010 en matière de prévention et de prise en charge, définis par le Conseil national de lutte contre le sida et les IST (tableau I) et par ceux des OMD.

Tableau I. Objectifs du Cadre stratégique 2006-2010 de lutte contre le sida et les IST du Burkina Faso.

- Réduire d'au moins 25 % le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010 ;
- Réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010 ;
- Porter à 80 % l'accès au CDV de la population ;
- Assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales pour 100 % des personnes dépistées positives ;
- Assurer le traitement par les ARV à au moins 90 % des PvVIH dont l'état de santé le nécessite ;
- Assurer le soutien psychosocial, économique et spirituel à au moins 60 % des PvVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui en ont besoin ;
- Assurer la protection juridique des PvVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination ;
- Accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80 % des institutions, services, ONG et associations/OBC impliquées dans la lutte contre le VIH/sida et les IST ;
- Impliquer au moins 80 % des partenaires techniques et financiers identifiés dans la lutte contre le VIH/sida et les IST ;
- Assurer la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et de la promotion de la recherche.

Pour atteindre ces objectifs, le Burkina Faso devra continuer à faire face au défi de la décentralisation : la majorité des personnes qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral habitent en milieu urbain. D'autre part, les hommes semblent moins présents que les femmes dans la lutte contre le sida. Enfin, le taux de dépistage reste encore insuffisant pour que la population puisse profiter pleinement du dispositif de prise en charge. Ces perspectives prioritaires ouvrent de nombreuses questions de recherche, en particulier en santé publique et sciences sociales.

Conclusion

La lutte contre le VIH s'est progressivement organisée au Burkina Faso et renforcée au gré des réalités épidémiologiques, des moyens humains, financiers et matériels disponibles. La recherche et la participation des organisations à base communautaire ont fait partie très tôt des réponses. Toutes ces actions ont eu pour objectif de limiter l'expansion de l'épidémie et d'assurer une meilleure qualité de vie aux personnes vivant avec le VIH et affectées par cette infection. Les perspectives soulèvent de nouvelles questions qui nécessitent, pour les résoudre, de poursuivre les échanges entre les diverses parties prenantes du dispositif de lutte contre le sida au Burkina Faso, et plus particulièrement d'améliorer l'accessibilité des résultats des recherches.

Remerciements

Remerciements aux Drs Joseph Marie Sanou, Faustin Barro et Robert Cazal-Gamelsy.

Références bibliographiques

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, 2005. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010. Ministère de la Santé, Burkina Faso, 107 p.

PAMAC, 2007a. Campagne Nationale de Dépistage, Ouagadougou.

PAMAC, 2007b. Etude de séroprévalence chez des populations spécifiques, Ouagadougou.

WHO, UNAIDS, UNICEF, 2008. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Burkina Faso, 19 p., July 2008.

UNGASS, 2008. Rapport UNGASS 2008 du Burkina Faso. Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Janvier 2008, 98 p.

MSELLATI P., KY S., 2006. Bibliographie des travaux de recherche sur l'infection par le VIH et le SID au Burkina Faso. Document dactylographié, IRD Ouagadougou. 76 p.

Tendances en matière de connaissances sur le VIH de la population burkinabè de 1993 à 2003

F. I. K. YAYA BOCOUM*, S. TIENDRÉBÉOGO*, S. KOUANDA*

Résumé

Cet article a pour objectifs de décrire les tendances concernant les connaissances des populations en matière de VIH de 1993 à 2003 et de déterminer les facteurs sociodémographiques auxquels elles sont corrélées. Nous avons procédé à une analyse descriptive des tendances et à une régression logistique à partir des bases de données EDSBF de 1993, 1998 et 2003. Les connaissances sur le VIH ont connu une évolution positive entre 1993 et 2003. L'analyse de la régression logistique montre que le niveau de connaissances est en corrélation avec le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et le milieu de résidence. Ainsi, le faible niveau de connaissances chez les femmes, les plus jeunes (15 - 19 ans), les sans niveau d'instruction et les résidents en milieu rural, interpellent les acteurs de la lutte contre le VIH afin qu'ils redoublent d'efforts en matière de prévention et notamment d'information sur les voies de transmission du VIH.

Mots-clés : EDSBF, connaissances, VIH, Burkina Faso, prévention.

Trends in HIV Knowledge in Burkina Faso, from 1993 to 2003

Abstract

This study describes trends in HIV knowledge among men and women in Burkina Faso, from 1993 to 2003, and determines the factors influencing that knowledge. Descriptive and logistic regression analyses were performed using data from the Demographic and Health Survey of Burkina Faso (DHSBF) from 1993, 1998 and 2003. Findings indicate that knowledge on the subject of HIV increased from 1993 to 2003. The logistic regression analysis shows that the level of HIV knowledge is influenced by sex, age, education and area of residence. Women, young people (15 - 19 years), uneducated people and persons living in rural areas keep a low level of knowledge. Renewed efforts must be made regarding the prevention of HIV, notably in terms of information on its modes of transmission.

Keywords: DHS, HIV knowledge, Burkina Faso, prevention.

* Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS)/ CNRST, 03 BP : 7192 Ouagadougou 03, Burkina Faso,
tél : +226 50 33 35 94
Fadimabocoum@yahoo.fr

Introduction

L'émergence du VIH a conduit le Burkina Faso à mettre en place des programmes de prévention basés sur l'information des populations concernant notamment les modes de transmission et de prévention. L'accent mis sur ces thèmes est sous-tendu par l'assertion selon laquelle le fait d'avoir de bonnes connaissances sur une maladie affecterait l'attitude et le comportement de prévention des individus (WAGBATSOMA et OKOJIE, 2006 ; GUIELLA et MADISE, 2007). Après plus d'une décennie de mise en œuvre de ces programmes, la prévalence du VIH a connu une baisse, passant de 7 % en fin 1997 à 2 % en 2007 (UNAIDS/WHO, 1998, 2007). Plusieurs dimensions telles que l'histoire naturelle de la maladie et son évolution se sont probablement combinées aux effets d'un ajustement des méthodes de calcul épidémiologiques pour produire cette évolution. Il serait cependant important de savoir si les actions de prévention ont joué un rôle dans cette décroissance, notamment par l'amélioration du niveau d'information de la population.

Au Burkina Faso, les études sur les connaissances concernant le sida comprennent trois Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS, 1993 ; 1998 ; 2003) pour ce qui concerne la population générale, et des études spécifiques (DAO *et al.*, 2000 ; KAMBOU, 2001 ; ZERBO *et al.*, 2004 ; OUEDRAOGO *et al.*, 2005) pour des groupes cibles. Dans cet article, nous proposons d'analyser les tendances d'évolution de ces connaissances ainsi que les facteurs qui les influencent à partir des données issues des trois EDS, afin de préciser si la décroissance de la prévalence du VIH a été parallèle à une amélioration du niveau des connaissances dans la population générale, qui pourrait expliquer, au moins partiellement, cette évolution.

Méthodologie

Les données utilisées pour notre analyse proviennent des Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (EDSBF) de 1993, 1998 et 2003. Les EDSBF sont des bases idéales pour une analyse des tendances car elles ont une représentativité nationale et les techniques d'échantillonnages sont identiques. Le type d'informations collecté sur le VIH et la méthode de collecte sont similaires pour les trois enquêtes. Les recueils de données et traitements statistiques de premier niveau (description de la population d'enquête et répartition des réponses aux questions) ont été effectués par l'équipe de l'EDS¹. Notre équipe a mené des analyses statistiques spécifiques pour établir des comparaisons qui n'ont pas été réalisées par l'équipe de l'EDS, à partir des données que cet organisme met à disposition².

Les données sur le VIH ont été recueillies à l'aide de questionnaires individuels adressés aux femmes (âgées de 15 - 49 ans) et aux hommes (âgés de 15 - 59 ans) issus de ménages sélectionnés. De plus amples informations sur la méthode d'échantillonnage peuvent être retrouvées dans les EDSBF (INSD, 1994 ; 2000 ; 2004).

¹ La méthode évoquée ici pour éclairer l'analyse est exposée dans les rapports DHS (DHS 2003) : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR154/01Chapitre1.pdf> HIV/AIDS Indicators Country Report Burkina Faso 1992/1993-2003

² (<http://www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm>)
HIV/AIDS Survey Indicators Database

http://www.measuredhs.com/hivdata/reports/start.cfm?LoadingDisplay=0&Ctry=50&stype_id=&ShowIndicators=all&Survey_Po_p_Based=&char_type=all&char_urban=0&char_age=0&char_ed=0&report_action=view

L'analyse statistique s'est basée sur la construction d'un indicateur de « niveaux de connaissances sur le VIH » par la combinaison de différentes variables présentes dans les 3 enquêtes. Ces variables concernent une question sur les modes de prévention, une sur les voies de transmission erronée et une autre sur l'expression clinique de l'infection.

La question sur les modes de prévention (« Citer ce que quelqu'un peut faire pour éviter de contracter le sida ou le virus qui cause le sida ») comporte plusieurs réponses possibles parmi lesquelles nous en avons choisi trois présentes dans les questionnaires successifs. Ce sont :

- l'abstinence sexuelle ;
- la limitation des rapports sexuels à un partenaire/la fidélité à un seul partenaire ;
- et l'utilisation des condoms.

La question sur la transmission est libellée comme suit : « Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en se faisant piquer par des moustiques ? »

Enfin la question sur l'expression clinique de l'infection est : « Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du sida ? »

Les trois réponses sur les modes de prévention ont été considérées comme des variables au même titre que les deux autres variables portant sur la transmission et l'expression clinique.

Puis les variables ont été recodées en variables dichotomiques. La modalité 0 correspond à une mauvaise réponse et 1 à une bonne réponse. La modalité « ne sait pas » a été recodée comme une mauvaise réponse suivant les directives de l'ONUSIDA sur l'évaluation des connaissances (UNAIDS, 2008).

L'indicateur « niveau de connaissances sur le VIH » issu de la combinaison des cinq variables est une variable dichotomique dont la modalité 0 à 1 réponse correcte sur 5, correspond à un niveau de connaissances « bas » ; la modalité 2 à 5 réponses correctes correspond à un niveau « moyen ou bon ».

Nous avons utilisé les analyses descriptives pour présenter la synthèse des caractéristiques sociodémographiques. Le test de Khi 2 a permis d'identifier les facteurs qui sont associés aux niveaux de connaissances sur le VIH. Les associations entre les variables ont été considérées comme significatives au seuil de $p < 0,05$. Puis nous avons procédé à une régression logistique binaire pour déterminer le modèle explicatif des connaissances correctes sur le VIH pour chacune des années. Le choix de ce type de régression a été guidé par le type de la variable dépendante qui est dichotomique. Les odds ratio (OR) bruts et ajustés et leurs intervalles de confiance ([IC 95 %]) ainsi que la valeur du p correspondant au test du Khi 2 de Wald sont également présentés.

Résultats

Présentation de l'échantillon

Les caractéristiques sociodémographiques que sont le sexe, l'âge, le niveau d'études, le statut matrimonial, le lieu de résidence et l'occupation sont présentées dans le tableau I. La composition des différents échantillons est similaire sur les trois enquêtes : les échantillons sont comparables.

Tableau I. Présentation des échantillons des EDSBF de 1993, 1998 et 2003.

| | 1993 | 1998 | 2003 |
|--------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| Total effectif (n) | 8 199 | 9 086 | 16 082 |
| Sexe (%) | | | |
| Femme | 77,5 | 70,9 | 77,6 |
| Homme | 22,5 | 29,1 | 22,4 |
| Age (%) | | | |
| 15-19 ans | 19,8 | 22,8 | 22,7 |
| 20-29 ans | 36,0 | 33,3 | 32,6 |
| 30-39 ans | 24,6 | 24,5 | 24,2 |
| ≥ 40 ans | 19,6 | 19,5 | 20,4 |
| Niveau d'études (%) | | | |
| Aucun | 72,5 | 77,7 | 76,2 |
| Primaire | 14,4 | 11,5 | 13,2 |
| Secondaire et plus | 13,1 | 10,8 | 10,6 |
| Statut matrimonial (%) | | | |
| Ne vivant pas en couple | 22,8 | 28,5 | 28,4 |
| Vivant en couple | 77,2 | 71,5 | 71,6 |
| Lieu de résidence (%) | | | |
| Urbain | 43,0 | 27,0 | 24,5 |
| Rural | 57,0 | 73,0 | 75,5 |
| Occupation (%) | | | |
| Sans occupation | 35,3 | 19,5 | 15,8 |
| Cadre, technicien/gestionnaire | 2,2 | 2,2 | 2,5 |
| ventes et services | 32,9 | 27,0 | 16,7 |
| agriculteur, manuel | 29,6 | 51,3 | 65,0 |

Situation des connaissances sur le VIH

La majorité des enquêtés a déjà entendu parler du sida (tableau II). Ainsi en 1993, ils ont été 89,5 % à connaître l'existence du sida, 90,9 % en 1998 et 95,9 % en 2003. Concernant les connaissances sur les modes de prévention, sur les trois périodes, l'abstinence sexuelle (3,2 % en 1993, 9,4 % en 1998 et 27,1 % en 2003) a été le mode le moins cité suivi de l'utilisation du condom (28,3 % en 1993,

37,9 % en 1998 et 44,6 % en 2003) et de la fidélité/limitation à un partenaire sexuel (48,1 % en 1993, 49,4 % et 44,3 % en 2003). Ce dernier mode de prévention a été de moins en moins cité par les enquêtés au fil du temps. Au niveau du mode de transmission, 98,4 % ont déclaré que le moustique peut transmettre le virus en 1993, 99,1 % en 1998 et 55,7 % en 2003. Concernant la possibilité d'être un porteur asymptomatique (« porteur sain » selon la terminologie EDS) du VIH, 49,9 % ont déclaré être informé en 1993, 59,9 % en 1998 et 60,3 % en 2003.

Tableau II. Situation des connaissances sur le VIH de 1993 à 2003 au Burkina Faso.

| | 1993 | 1998 | 2003 |
|--|------|------|------|
| Entendu parler du VIH (%) | 89,5 | 90,9 | 95,9 |
| Abstinence sexuelle (%) | 3,2 | 9,4 | 27,1 |
| Fidélité/Limitation à un partenaire sexuel (%) | 48,1 | 49,4 | 44,3 |
| Utilisation des condoms (%) | 28,4 | 37,9 | 44,6 |
| Ne peut pas contracter le virus par piqure de moustiques (%) | 1,6 | 0,9 | 41,4 |
| Possibilité qu'une personne soit porteur sain du VIH (%) | 49,9 | 59,1 | 60,3 |

Les analyses montrent des différences selon le sexe et le milieu de résidence.

Une analyse par sexe montre qu'alors que de plus en plus de femmes sont informées de l'existence du sida, le taux des hommes informés, plus élevé, semble être stable (tableau III). Concernant les autres informations, sur toute la période d'étude, les femmes semblent moins bien informées que les hommes. Ainsi en 2003, 70,5 % des hommes disent qu'il existe des porteurs asymptomatiques du VIH vs. 57,3 % de femmes. De même, 61,3 % des hommes citent l'utilisation du condom, vs 39,7 % de femmes, comme mode de prévention. Par contre concernant le mode de transmission, les réponses erronées perdurent chez les hommes, même si elles sont moins fréquentes : en 2003, 38,8 % disent que le moustique n'est pas un vecteur de la maladie vs 2,8 % en 1993.

Une analyse selon le milieu de résidence montre que les enquêtés semblent mieux informés en milieu urbain que ceux en milieu rural (tableau III). Ainsi en 2003 l'utilisation du condom comme mode de prévention est cité par 66,4 % des enquêtés en milieu urbain vs 37,5 % en milieu rural. L'existence de « porteur sain » est reconnue par 81,2 % des répondants en milieu urbain vs 53,2 % en milieu rural. Paradoxalement 47,1 % des enquêtés en milieu rural ont déclaré que le moustique n'est pas un vecteur de la maladie vs 28,1 % en milieu urbain.

Tableau III. Situation des connaissances sur le VIH en fonction du sexe et du milieu de résidence de 1993 à 2003 au Burkina Faso.

| | Femmes | | | Hommes | | |
|--|--------|------|------|--------|------|------|
| | 1993 | 1998 | 2003 | 1993 | 1998 | 2003 |
| Entendu parler du VIH (%) | 87,9 | 88,5 | 95,7 | 94,9 | 96,6 | 96,4 |
| Abstinence sexuelle (%) | 2,9 | 7,7 | 23,0 | 4,2 | 13,4 | 41,5 |
| Fidélité/Limitation à un partenaire sexuel (%) | 46,3 | 48,2 | 43,9 | 53,7 | 52,1 | 45,9 |
| Utilisation des condoms (%) | 23,8 | 28,4 | 39,7 | 42,2 | 59,0 | 61,3 |
| Ne peut pas contracter le virus par piqure de moustiques (%) | 1,2 | 0,8 | 42,3 | 2,8 | 1,1 | 38,8 |
| Possibilité qu'une personne soit porteur asymptomatique du VIH (%) | 46,5 | 52,5 | 57,3 | 60,8 | 73,8 | 70,5 |
| | Urbain | | | Rural | | |
| | 1993 | 1998 | 2003 | 1993 | 1998 | 2003 |
| Entendu parler du VIH (%) | 97,6 | 99,1 | 99,5 | 83,4 | 87,8 | 94,7 |
| Abstinence sexuelle (%) | 4,1 | 14,8 | 35,7 | 2,4 | 7,2 | 24,3 |
| Fidélité/Limitation à un partenaire sexuel (%) | 51,1 | 47,3 | 49,3 | 45,5 | 50,3 | 42,7 |
| Utilisation des condoms (%) | 43,7 | 65,9 | 66,4 | 15,1 | 26,2 | 37,5 |
| Ne peut pas contracter le virus par piqure de moustiques (%) | 2,4 | 0,7 | 28,1 | 0,8 | 1,0 | 47,1 |
| Possibilité qu'une personne soit porteur asymptomatique du VIH (%) | 66,6 | 82,0 | 81,2 | 35,1 | 49,5 | 53,2 |

La figure 1 montre l'évolution du niveau de connaissances des enquêtés sur le VIH. La proportion d'enquêtés ayant un « niveau de connaissances bas » sur le VIH a connu une baisse de 35 %, passant de 55,5 % en 1993 à 36,3 % en 2003. Dans la même période, la proportion des enquêtés ayant un niveau de connaissances « moyen » ou « bon » a connu une augmentation de 43 %, passant de 44,5 % en 1993 à 63,7 % en 2003 ($p = 0,000$).

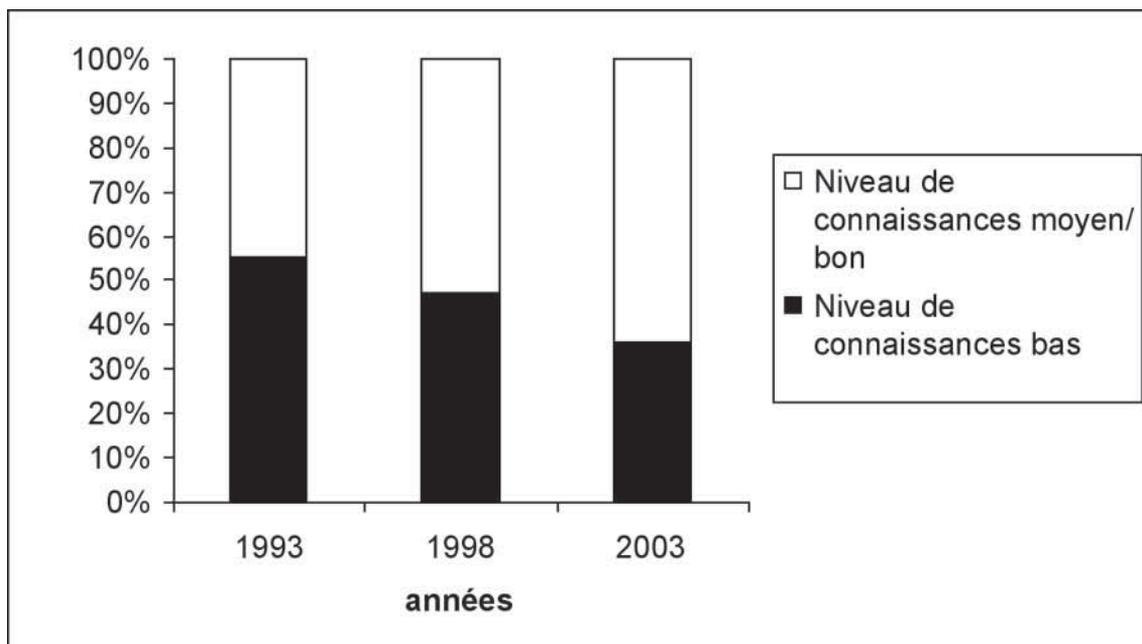


Figure 1. Evolution des niveaux de connaissances sur le VIH au Burkina Faso de 1993 à 2003.

Facteurs associés au niveau de connaissance

Le tableau IV montre les résultats de l'analyse univariée.

Selon le sexe, les hommes ont de meilleures connaissances que les femmes.

Selon l'âge, sur toute la période d'étude, ceux qui ont entre 20 et 39 ans, ont de meilleures connaissances que les plus jeunes (15 - 19 ans).

Selon le milieu de résidence, c'est surtout en milieu rural que se retrouvent ceux qui ont un niveau de connaissances bas ($p < 0,001$).

Plus le niveau d'études est élevé, plus le niveau de connaissances est bon. Par contre, le fait de vivre en couple n'est pas un facteur associé à un meilleur niveau de connaissances en 1993 et 1998. De plus en 2003, le statut matrimonial n'a pas d'association significative avec le niveau de connaissance ($p = 0,122$). Enfin ce sont essentiellement les cadres/techniciens/gestionnaires qui ont un meilleur niveau de connaissances avec cependant un IC très large.

Tableau IV. Facteurs associés au niveau de connaissances moyen ou bon sur le VIH au Burkina Faso de 1993 à 2003.

| Variables | 1993 | | 1998 | | 2003 | |
|--------------------------------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|
| | OR brut [IC 95%] | p-value | OR brut [IC 95%] | p-value | OR brut [IC 95%] | p-value |
| SEXE | | | | | | |
| Femme | 1 | p < 0,001 | 1 | p < 0,001 | 1 | p < 0,001 |
| Homme | 2 [1,8 - 2,2] | | 3,1 [2,8-3,5] | | 2,2[2,0-2,4] | |
| AGE (en année) | | | | | | |
| 15 – 19 | 1 | | 1 | | 1 | |
| 20 – 29 | 1,2 [1,0 -1,3] | p < 0,001 | 1,3 [1,2-1,5] | p < 0,001 | 1,7[1,6-1,9] | p < 0,001 |
| 30 – 39 | 1,1[0,9 -1,3] | | 1,2[1,1-1,4] | | 1,5[1,4-1,7] | |
| 40 et plus | 0,6 [0,5-0,7] | | 1,1[1,01-1,3] | | 1,3[1,2-1,5] | |
| RESIDENCE | | | | | | |
| urbain | 1 | p < 0,001 | 1 | p < 0,001 | 1 | p < 0,001 |
| rural | 0,3[0,2 - 0,3] | | 0,2[0,2-0,2] | | 0,3[0,2-0,3] | |
| EDUCATION | | | | | | |
| sans niveau | 1 | | 1 | | 1 | |
| primaire | 3 [2,5-3,3] | p < 0,001 | 2,7[2,3-3,1] | p < 0,001 | 2,3[2,1-2,6] | p < 0,001 |
| Secondaire et plus | 14,7[12,1-17,7] | | 13,2[10,5-16,6] | | 9,0[7,5-10,8] | |
| STATUT MATRIMONIAL | | | | | | |
| Ne vivant pas en couple | 1 | | 1 | | 1 | |
| Vivant en couple | 0,5 [0,5 -0,6] | p < 0,001 | 0,6[0,6-0,7] | p < 0,001 | 0,9[0,9-1,0] | NS |
| OCCUPATION | | | | | | |
| Ne travaille pas | 1 | | 1 | | 1 | |
| Cadre/ technicien/gestionnaire | 19,7[10,6-36,4] | | 11,7[6,7-20,3] | | 4[2,7-5,8] | |
| Ventes et services | 0,9 [0,8-1,0] | p < 0,001 | 1,1[0,9-1,2] | p < 0,001 | 1[0,8-1,1] | p < 0,001 |
| Agriculture/travaux manuels | 1 [0,9-1,1] | | 0,9[0,8-1] | | 0,5[0,4-0,5] | |

NS : non significatif.

Le modèle de régression a été élaboré pour chaque année afin de déterminer les facteurs prédictifs des connaissances sur le VIH au cours des dix années. Le tableau V montre les résultats de la modélisation pour chacune des trois dates.

Pour 1993 et 2003, le modèle final comprend les facteurs sociodémographiques que sont le sexe, l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'éducation et l'occupation. Par contre en 1998, en plus des autres facteurs sus-cités, le statut matrimonial est inclus dans le modèle.

Selon le sexe, les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'avoir un bon niveau de connaissances. Selon la tranche d'âge, au fil du temps, la tranche d'âge de 15-19 ans est moins susceptible d'avoir un meilleur niveau de connaissances contrairement à ceux de la tranche d'âge

de 20 ans et plus. Les résidents en milieu urbain ont plus de chances d'avoir un meilleur niveau de connaissances (OR en 1993 = 2,3, en 1998 = 3,2 et en 2003 = 2,1) que ceux du milieu rural. Le fait d'avoir un niveau d'éducation « secondaire et plus » expose plus à un meilleur niveau de connaissances. Selon l'occupation des enquêtés, le fait d'être catégorisé comme cadre était le facteur le plus déterminant pour un meilleur niveau de connaissances en 1993 (OR = 2,5). Cependant l'influence de ce facteur s'amenuise au fil du temps (OR en 1998 = 1,2, en 2003 = 1,1). Par contre ceux qui ont une occupation dans le secteur des ventes et services voient leur exposition à un meilleur niveau de connaissances s'accroître (OR en 1993 = 1,1 en 1998 = 1,2, en 2003 = 1,3).

Tableau V. Régression logistique des facteurs sociodémographiques associés au niveau de connaissances moyen ou bon sur le VIH au Burkina Faso de 1993 à 2003.

| Variables | 1993 | | 1998 | | 2003 | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | OR ajusté [IC 95%] | p-value | OR ajusté [IC 95%] | p-value | OR ajusté [IC 95%] | p-value |
| SEXE | | | | | | |
| Femme | 0,4[0,3-0,4] | p < 0,001 | 0,3[0,2-0,3] | p < 0,001 | 0,5[0,4-0,5] | p < 0,001 |
| Homme | 1 | | 1 | | 1 | . |
| AGE (en année) | | | | | | |
| 15 – 19 | 1,3 [1,1-1,6] | | 0,7[0,6-0,9] | | 0,5[0,5-0,6] | |
| 20 – 29 | 1,9 [1,6-2,2] | p < 0,001 | 1,1[1-1,3] | p < 0,001 | 1,2[1,1-1,3] | p < 0,001 |
| 30 – 39 | 1,9[1,6-2,3] | | 1,2[1,02-1,4] | | 1,1[1,03-1,3] | |
| 40 et plus | 1 | | 1 | . | 1 | |
| RESIDENCE | | | | | | |
| urbain | 2,3[2-2,5] | p < 0,001 | 3,2 [2,8-3,7] | p < 0,001 | 2,1[1,9-2,4] | p < 0,001 |
| rural | 1 | | 1 | | 1 | . |
| EDUCATION | | | | | | |
| sans niveau | 0,1 [0,8-0,1] | | 0,1[0,1-0,2] | | 0,2[0,1-0,2] | |
| primaire | 0,2[0,2-0,3] | p < 0,001 | 0,3[0,2-0,4] | p < 0,001 | 0,3[0,2-0,4] | p < 0,001 |
| Secondaire et plus | 1 | | 1 | | 1 | . |
| STATUT MATRIMONIAL | | | | | | |
| Ne vivant pas en couple | NS | | 0,8[0,7-1] | p < 0,05 | | NS |
| Vivant en couple | | | 1 | | | |
| OCCUPATION | | | | | | |
| Ne travaille pas | 0,8[0,7-0,9] | | 0,8[0,7-0,9] | | 1[0,9-1,1] | |
| Cadre/ technicien/ gestionnaire | 2,5[1,3-4,8] | p < 0,001 | 1,2[0,6-2,1] | p < 0,001 | 1,1[0,7-1,7] | p < 0,001 |
| Ventes et services | 1,1[0,9-1,3] | | 1,2[1,05-1,3] | | 1,3 [1,2-1,4] | |
| Agriculture/travaux manuels | 1 | | 1 | | 1 | |

NS : non significatif.

Discussion

Les résultats de notre analyse des tendances des connaissances sur le VIH entre 1993 et 2003 concernant l'évolution du niveau de ces connaissances et les facteurs sociodémographiques associés doivent être interprétés avec prudence. La validité des données issues de ce type d'enquête est établie (YATES, 1981 ; NUTBEAM, 1989). Pour comprendre la signification de ces données et leurs conséquences en termes de comportement des individus, l'analyse doit être complétée par celle issue d'enquêtes de type qualitatif (focus groups, entretiens individuels approfondis, études ethnologiques) qui explorent de manière plus approfondie les liens entre connaissances et attitudes des populations (KONINGS *et al.*, 1995) et aplanissent les biais d'interprétation (CATANIA *et al.*, 1990). Néanmoins les résultats des enquêtes EDS et ceux de nos analyses offrent des informations à l'échelle de la population générale, qui permettent une comparaison dans le temps des niveaux des connaissances et des pratiques déclarées de protection contre le VIH.

La quasi-totalité de la population est informée de l'existence du sida. Mais en matière de prévention, la fidélité est de moins en moins citée et en 2003 elle n'est citée que par 44,3 % des répondants ; par contre l'abstinence sexuelle et l'utilisation du préservatif sont de plus en plus citées. En 2003 ils sont cités respectivement par 27,1 % et 44,6 % des répondants. Ces pourcentages sont inférieurs à ceux décrits dans d'autres pays africains tels que la Namibie, le Lesotho, le Kenya, le Ghana et la Tanzanie. En effet les pourcentages y varient de 76 à 91 % pour la fidélité, de 35 à 92,5 % pour l'abstinence et de 61 à 86 % pour l'utilisation du préservatif (MOHSS, 2003 ; GSS *et al.*, 2004 ; CBS *et al.*, 2004 ; MOHSW *et al.*, 2005 ; TACAIDS *et al.*, 2005).

Les résultats sur la fidélité sont en contradiction avec les messages « Fidélité ou capote » qui ont longtemps présenté la fidélité comme « la prévention idéale » (TAVERNE, 1999). Cela pourrait s'expliquer par l'interprétation qui en a été faite de ce message. Selon DESCLAUX (1997), il aurait été interprété comme une alternative qui permettrait de choisir entre des stratégies exclusives. Ainsi le fait que l'utilisation du préservatif est de plus en plus citée pourrait expliquer le fait que la fidélité est de moins en moins citée. D'autres explications sont possibles : comme les populations ont connaissance de cas de sida chez des personnes qui semblent avoir appliqué cette recommandation, la fidélité peut apparaître comme un mode de prévention peu fiable. D'autre part les messages à ce propos sont divers, évoquant tantôt « la fidélité à un partenaire séronégatif », tantôt la fidélité « sans condition », ce qui peut être source de confusion dans les perceptions des personnes, ou peut les conduire à répondre de manières diverses à la question des enquêteurs.

A côté des bonnes connaissances demeurent des notions erronées sur la transmission. Sur l'ensemble de la période d'étude (1993-2003), la majorité des répondants ont cité le moustique comme vecteur de transmission du VIH et cela plus encore en milieu urbain qu'en milieu rural, où ils ont un niveau général de connaissances moins bon. Cette observation est inverse des résultats obtenus dans d'autres pays : ceux qui disent que le moustique ne transmet pas le virus vivent davantage en milieu urbain qu'en milieu rural. Leur proportion est respectivement en zone urbaine / rurale de 75 vs 56 % au Kenya (CBS *et al.*, 2004), 65 vs 46 % au Ghana (GSS *et al.*, 2004) et 50 vs 30 % au Nigéria (NPC *et al.*, 2004).

L'évocation de cette voie de transmission reflète l'influence des perceptions populaires sur les connaissances. En effet les informations médicales diffusées à l'endroit des populations sont « filtrées et transformées » par les représentations de la maladie et de ses modes de transmission

(MATICKA-TYNDALE, 1992 ; LEBLANC et WARDLAW, 1999), dont l'influence est qualifiée de « pollution des croyances » par DOUGLAS (1966). En 2004, ZERBO *et al.* (2004) ont également mis en exergue cette influence, qui laisse penser que le risque VIH est associé à toute effraction cutanée qui fait apparaître du sang.

La coexistence de bonnes connaissances et de notions erronées influence la perception du risque des populations et leurs comportements (LONDON et ROBLES, 2000). Ainsi, du fait d'une surestimation de la contagiosité du virus, les populations risquent de développer un sentiment d'impuissance face à la maladie et de ne pas adopter des comportements de prévention (INGHAM, 1995).

Notre analyse a montré une association significative entre le niveau de connaissances et le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le milieu de résidence et l'occupation, qui a été mise en exergue par d'autres auteurs (BAKOUAN *et al.*, 2003). En Afrique, plus particulièrement au Burkina Faso, les hommes ont de meilleures connaissances sur le VIH que les femmes. Les tabous liés aux discussions sur la sexualité et la santé sexuelle, le bas niveau d'instruction, le statut des femmes qui limite leur accès à l'information concernant la sexualité, expliqueraient la faible exposition des femmes aux messages sur le VIH (BURGOYNE et DRUMMOND, 2008), ce qui permet de comprendre leur faible niveau de connaissances.

La relation avec l'âge met à nu l'échec des stratégies de communication élaborées à l'endroit des jeunes mais également celui du système éducatif en matière de VIH, malgré la politique d'approche multisectorielle en vigueur. En effet les jeunes qui ont grandi à l'ère du sida sont ceux qui ont de moins bonnes connaissances. Ce résultat est crucial dans la mesure où ces jeunes débute leur activité sexuelle sans avoir les connaissances nécessaires pour faire face au risque du VIH.

L'association positive que nous avons décrite, du niveau d'éducation et du milieu de résidence avec le niveau de connaissances, a également été évoquée par LONDON et ROBLES (2000). Le niveau d'études est généralement considéré comme un facteur favorisant l'accès et la compréhension des campagnes d'information (KILIAN *et al.*, 1999) ; plus le niveau d'éducation des population sera élevé plus elles seront réceptives aux messages (DE WALQUE *et al.*, 2005).

La corrélation entre ces résultats obtenus en population générale et les résultats des enquêtes menées dans les groupes cibles reste à explorer.

Conclusion

Les connaissances sur le VIH de 1993 à 2003 ont connu une évolution positive. Le faible niveau de connaissances observé chez les femmes, les plus jeunes (15-19 ans), ceux qui n'ont pas reçu d'instruction et les résidents en milieu rural, conduisent à interpeler les acteurs de la lutte contre le VIH. Ceux-ci doivent analyser les causes de l'échec relatif des stratégies menées au cours des dernières années et réorienter ces stratégies en matière d'IEC (Information Education Communication) en particulier sur les voies de transmission et les moyens de prévention du VIH. Mettre seulement l'accent sur les messages ne semble pas suffisant : il paraît nécessaire de développer des stratégies qui favorisent l'assimilation et l'usage des informations. Ces résultats laissent penser que la décroissance de la prévalence n'est pas due à l'amélioration du niveau des connaissances des populations, qui est hétérogène et globalement insuffisante. Nos résultats appellent à un renouvellement des efforts de prévention dans un contexte où les politiques sont plutôt tournées vers l'accès aux thérapies.

Références Bibliographiques

- BAKOUAN D., SOMDA A., MARIKO S., 2004.** VIH/sida et infections sexuellement transmissibles. In: INSD et ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, Calverton, MD, USA : Macro International. p.233-281
- BURGOYNE A. D. and DRUMMOND P. D., 2008.** Knowledge of HIV and AIDS in women in sub-Saharan Africa, African Journal of Reproductive Health Vol. 12 No.2
- CATANIA J.A., GIBSON D.R., CHITWOOD D.D., COATES T. J., 1990.** Methodological problems in AIDS behavioural research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. Psychol Bull ;108 : 339–62.
- CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (CBS) KENYA, MINISTRY OF HEALTH (MOH) KENYA, ORC MACRO., 2004.** Kenya Demographic and Health Survey 2003. Calverton, Maryland : CBS, MOH, and ORC Macro.
- DAO B., KABORE M., TRAORE A et al., 2000.** Knowledge of STDs, HIV/AIDS and condom use among adolescents in rural Burkina Faso. Lessons for prevention programmes. XIII International Conference on AIDS, 9 - 14 July 2000, Durban, South Africa. Abstract PeD4608.
- DE WALQUE D., NAKIYINGI-MIRO J. S., BUSINGYE J. and WHITWORTH J. A., 2005.** Schooling and HIV infection in rural Uganda, Tropical Medicine and International Health volume 10 no 10 pp 993 – 1001.
- DESCLAUX A., 1997.** Dix ans de recherche en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso, éléments pour la prévention. Cahiers santé, 7 : 127 – 34
- DOUGLAS M., 1966.** Purity and danger: An analysis of the concepts of pollution and taboo. London and New York : Routledge.
- GHANA STATISTICAL SERVICE (GSS), NOGUCHI MEMORIAL INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH (NMIMR), ORC MACRO, 2004.** Ghana Demographic and Health Survey 2003. Calverton, Maryland: GSS, NMIMR, and ORC Macro
- GUIELLA G. and MADISE N. J., 2007.** HIV/AIDS and Sexual-Risk Behaviors among Adolescents: Factors influencing the use of condoms in Burkina Faso, African Journal of Reproductive Health Vol. 11 n° 3.
- INGHAM R., 1995.** AIDS: knowledge, awareness and attitudes. In : Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World. Edited by Cleland J, Ferry B. London : Taylor & Francis ; p. 43 - 74.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD). 1994.** Enquête démographique et de santé 1993. Institut National de la Statistique et de la Démographie, Ministère de l’Economie et des Finances, 296 p..
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD) et MACRO INTERNATIONAL INC., 2000.** Enquête démographique et de santé, Burkina Faso 1998-1999. Calverton, MD, USA. Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International Inc. 327 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD) et ORC MACRO, 2004.** Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, Calverton, MD, USA : Macro International. 455 p.
- KAMBOU F.M., 2001.** Attitudes et représentation sociales du SIDA en milieu musulman (cas de la ville de Ouagadougou). XII^e conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, 9 - 13 décembre 2001, Ouagadougou, Burkina Faso. Résumé 13BT5-1.
- KILIAN A.H., GREGSON S., NDYANABANGI B. et al., 1999.** Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for declining HIV-1 prevalence in Uganda. AIDS 13, p. 391 – 398.
- KONINGS E., BANTEBYA G., CARAEL M, BAGENDA D, MERTENS T., 1995.** Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators. AIDS, 9(4):375 - 82.
- LEBLANC A., WARDLAW L. A., 1999.** Health-related worry among informal AIDS caregivers. Health, 3, 421 - 449.
- LONDON A. S., ROBLES A., 2000.** The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. Social Science & Medicine 51:1267 – 1278
- MATICKA-TYNDAL E., 1992.** Social construction of HIV transmission and prevention among heterosexual young adults. Social Problems, 39, 238-252.

- MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES (MOHSS) NAMIBIA, 2003.** Namibia Demographic and Health Survey 2000. Windhoek, Namibia : MOHSS
- MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE (MOHSW) LESOTHO, BUREAU OF STATISTICS (BOS) LESOTHO, ORC MACRO, 2005.** Lesotho Demographic and Health Survey 2004. Calverton, Maryland : MOH, BOS, and ORC Macro.
- NATIONAL POPULATION COMMISSION (NPC) NIGERIA, ORC MACRO, 2004.** Nigeria Demographic and Health Survey 2003. Calverton, Maryland: National Population Commission and ORCMacro.
- NUTBEAM D., CATFORD J.C., SMAIL S.A., GRIFFITHS C. 1989.** Public knowledge and attitudes to AIDS. *Public Health*; 103: 205 – 11.
- OUEDRAOGO T. L., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO A. V., SOUBEIGA A., KYELEM N. 2005.** Les personnes vivant avec le VIH, vécu quotidien et gestion du risque de transmission à l'entourage : étude à Ouagadougou, *Med Trop* ; 65 :143 - 148.
- TANZANIA COMMISSION FOR AIDS (TACAIDS), NATIONAL BUREAU OF STATISTICS (NBS), ORC MACRO, 2005.** Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-04. Calverton, Maryland, USA: TACAIDS, NBS, and ORC Macro.
- TAVERNE B. 1999.** Valeurs morales et messages de prévention : la « fidélité » contre le sida au Burkina Faso. In : Becker Charles (ed.), Dozon Jean-Pierre (ed.), Obbo C. (ed.), Touré M. (ed.) *Vivre et penser le sida en Afrique = Experiencing and understanding AIDS in Africa.* Paris (FRA) ; Dakar (SEN) ; Paris : Karthala ; CODESRIA ; IRD, p. 508 - 525.
- UNAIDS, 2007.** AIDS epidemic update.
- UNAIDS, 2008.** Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting. Geneva, UNAIDS, 144 p.
- UNAIDS/WHO, 1998.** Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva : UNAIDS/98.10 : 75 p.
- WAGBATSOMA V.A, OKOJIE O-H, 2006.** Knowledge of HIV/AIDS and Sexual Practices among Adolescents in Benin City, Nigeria, *African Journal of Reproductive Health* Vol. 10 n° 3
- YATES F., 1981.** Sampling methods for censuses and survey, London: Charles Griffin & Co, 81p.
- ZERBO R., TRAORE A., TOU F., TAMINI I., BERTHE A., DIAGBOUGA S. P., 2004.** Représentations du VIH au Burkina Faso : évolution des perceptions, des déterminants de l'exposition et des rapports au risque d'infection. SHADEI, Centre Muraz 58 p.

Le conseil et le test du VIH (CTV) au Burkina Faso : évolution de la politique, des stratégies et des résultats, 1994-2006

O. KY-ZERBO*, J-F. SOMÉ*, F. SIMAGA*,
S. KÉRÉ* G. CONOMBO**, C. OBERMEYER***

Résumé

Le conseil et le test VIH (CTV), globalement peu pratiqué, reste la principale porte d'entrée pour l'accès précoce au traitement et aux soins. Le présent article vise à analyser la situation du CTV au Burkina Faso. En juin 2007, une analyse de la situation a été conduite dans les trois localités où existent des centres de recherche. Des structures y ont été identifiées pour une revue bibliographique complétée d'entretiens individuels avec des acteurs clés.

Le CTV a commencé en 1994 à l'initiative des associations, avant d'être intégré dans les formations sanitaires en 2002 avec l'appui des ONG internationales. En 2003, le SP/CNLS s'est engagé dans la promotion du CTV et la structuration de ce service. La première campagne nationale de dépistage VIH a été organisée en 2003, et en 2006 une politique d'extension du CTV à l'ensemble des services de santé a été adoptée. L'analyse montre que globalement, la situation du CTV s'est améliorée. La campagne de dépistage constitue la stratégie la plus utilisée, surtout par les hommes. La pratique du test dans les formations sanitaires, qui détecte le plus de cas de VIH, reste marginale.

Des investigations devraient être conduites pour comprendre les motivations et les obstacles à la pratique de chacune des stratégies.

Mots-clés : Conseil, test, VIH, stratégies, Burkina Faso.

HIV counselling and testing in Burkina Faso : politics, strategies and results from 1994 to 2006

Abstract

Although HIV counseling and testing (HCT) is still the principal means of access to treatment and care, it is little practiced. The aim of this article is to analyze the HCT situation in Burkina Faso. We conducted, in June 2007, an analysis of the HCT situation in the three localities in which research centers are found. The main HCT structures and research centers were identified for bibliographic review and individual interviews with key actors.

Voluntary HCT began in 1994 in Burkina Faso and was set up by community associations. The government has supported these activities since 2003 through the National AIDS Committee, by developing HCT promotion, organizing services and reinforcing activities initiated by associations. HCT was integrated into health care services in 2002, with international NGO support. In 2003, Burkina Faso organized the first national HIV testing campaign. In 2006, a national strategy for integrating HCT in all health care

* PAMAC 11 BP 1023 CMS Ouagadougou 11 Burkina Faso, Kyzerbo_odette@yahoo.fr

** OMS, NPO programme HIV, 03 BP 7019 Ouagadougou, Burkina Faso

*** Department of HIV/AIDS, WHO, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva

services was adopted. HIV testing improved in these years and the HIV testing campaign was the most used strategy, especially among men. Less people were tested through HCT in health care facilities, though this strategy detects more HIV-positive cases.

Further studies focusing on each strategy must be conducted on the motivations and the barriers involved in the practice of HCT services.

Keywords: Counselling, testing, HIV, strategies, Burkina Faso.

Introduction

Le conseil et le test du VIH (CTV) est l'une des stratégies de prévention les plus efficaces en termes d'amélioration du niveau d'information sur l'épidémie, d'opportunité de promotion des comportements à moindre risque, et d'amélioration de l'accès aux traitements et aux soins (OMS, 2002). Cependant, ce service est peu utilisé et on estime au plan mondial à 12 % l'accès au test pour les personnes qui désirent connaître leur statut VIH (UNAIDS et WHO, 2004 ; WHO, 2006). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le taux de personnes ayant déjà bénéficié au moins une fois d'un test VIH et qui en connaissent les résultats est estimé à 10,9 % pour les femmes et à 10,3 % pour les hommes (OMS *et al.*, 2008). Au Burkina Faso, cette proportion est estimée à 20,6 % chez les adultes de 15 à 49 ans (SP/CNLS et ONUSIDA, 2008). L'amélioration du niveau d'utilisation des services de conseil et du test VIH (CTV) reste fondamentale pour un accès universel au traitement, aux soins et à la prévention. Aussi depuis 2001, le Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST du Burkina Faso a fait du CTV une priorité formelle dans sa politique (SP/CNLS, 2001). Néanmoins l'évolution de la situation du CTV doit encore être documentée. Cet article vise à analyser la situation du CTV au Burkina Faso depuis le début de l'épidémie à nos jours, pour contribuer à une meilleure définition des stratégies d'offre du CTV.

Méthodologie

Le Burkina Faso a été identifié pour participer à une étude multicentrique de l'OMS sur l'offre de CTV avec le Kenya, l'Ouganda et le Malawi, sur la base du développement des activités de CTV dans le secteur communautaire¹. L'analyse de la situation a été conduite dans le cadre de la phase préparatoire de cette recherche. L'objectif principal était de déterminer les acquis et les insuffisances en matière de CTV au Burkina Faso afin de permettre la formulation de questions de recherche pertinentes pour le pays. En juin 2007, des structures ont été identifiées (centres de recherche, directions centrales du ministère de la santé, ONG/associations...) dans les trois localités du pays où existent des centres de recherche : Ouagadougou, Nouna et Bobo-Dioulasso. Dans chacune de ces structures, toute documentation (publiée ou non) ayant trait au CTV a été recueillie. Cette revue bibliographique a été complétée par des entretiens individuels avec des informateurs clés de chaque structure visitée (décideurs nationaux, responsables de centres autonomes de conseil et de test VIH, personnes responsables de la mise en œuvre des programmes de CTV de districts, chercheurs). Les données collectées ont été analysées manuellement.

¹ Etude MATCH (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV) qui vise à identifier les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH. Au Burkina Faso, c'est le PAMAC qui est chargé de la conduite de cette étude.

Résultats

La lutte contre le VIH a été caractérisée au Burkina Faso par un grand dynamisme des associations et des ONG qui se sont investies aussi bien dans la prévention que dans la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH. De 1994 à 2002, les associations sont restées les principales actrices de l'offre du CTV : le premier centre de CTV a été ouvert officiellement en février 1994 à l'initiative de l'Amicale Burkinabé des Infirmières (ABI). En fin 2000, cinq autres centres de CTV existaient sur le territoire national, fonctionnant indépendamment les uns des autres ; ils étaient tous gérés par les associations : APRODEC (Association pour la promotion du dépistage et du conseil avec le centre CADI), CICDoc (Centre d'Information, de Conseil et de Documentation), ALAVI (Association laafi la viim), AFAFSI (Association des femmes africaines face au sida) et AAS (Association african solidarity). L'Etat burkinabé s'est impliqué de manière formelle à partir de 2003 en structurant l'activité de CTV au niveau national à travers : (a) la définition de « la promotion du conseil dépistage volontaire du VIH » comme domaine d'action prioritaire dans le Cadre stratégique de lutte contre les IST et le VIH/SIDA 2001-2005 (SP/CNLS, 2001) ; (b) l'élaboration d'un document cadre devant régir la mise en œuvre du conseil et test volontaire du VIH au Burkina Faso en 2003 (SP/CNLS, 2003) ; (c) la création d'un mécanisme de coordination des activités de CTV et de prise en charge dans les associations, en collaboration avec le PNUD. La mise en place de cette structure qu'est le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA (PAMAC) a permis une coordination effective des activités de CTV dans les associations. Les interventions du PAMAC ont principalement porté sur la normalisation des infrastructures de dépistage, la formation des acteurs sur la base d'outils harmonisés et adoptés au plan national, la dotation de kits en CTV, un appui technique et financier pour la prise en charge des personnes séropositives, la supervision des activités et une motivation financière des conseillers. Ces interventions ont permis un développement rapide de l'activité du conseil dépistage au niveau national.

L'offre du CTV dans les structures sanitaires publiques n'a commencé qu'en 2002, grâce au soutien technique et financier d'ONG internationales telles Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, la fondation Axios et Plan International. L'utilisation des tests rapides pour une remise immédiate des résultats de test VIH est à l'initiative de ces ONG. L'année 2003 marque le début de l'organisation des sorties en stratégie avancée des associations de lutte contre le VIH. A partir de 2004, le Burkina Faso a innové avec l'organisation annuelle d'une campagne nationale de dépistage VIH à l'adresse de la population générale et d'une autre à l'adresse de certaines populations spécifiques telles que les jeunes et les travailleuses du sexe.

Fin 2006, une politique nationale d'intégration du CTV dans le paquet minimum d'activités des services de santé (publics et privés) a été adoptée. Cette politique prend en compte la formation en conseil et test rapide de tout le personnel de santé du Burkina Faso et l'équipement de l'ensemble des centres de santé du pays en kits nécessaires à l'offre du « CTV à l'initiative du soignant » sur la totalité du territoire national.

Couverture géographique du Burkina Faso en conseil dépistage VIH

Le Burkina Faso est passé de 5 centres de CTV en 2001 à 33 fin 2006, tous gérés par les associations au niveau communautaire. A la même période, 83 formations sanitaires ont offert des services de CTV à leurs clients (SP/CNLS et PAMAC, 2007). Ces 116 structures ont permis une couverture géographique de 100 % pour les régions et de 67 % pour les districts sanitaires.

Cependant, on dénote une disparité dans l'accès géographique à ces structures de CTV. En effet, ces centres sont généralement situés dans la zone la plus urbaine du district. En outre, environ 50 % des services de CTV sont regroupés dans deux des treize régions du Burkina Faso (43 au centre avec Ouagadougou et 12 dans les Hauts Bassins avec Bobo-Dioulasso).

Couverture statistique du CTV au Burkina Faso

En 1995, 250 tests volontaires ont été réalisés officiellement au niveau national. Ce nombre annuel était passé à environ 200 000 en 2006 (figure 1).

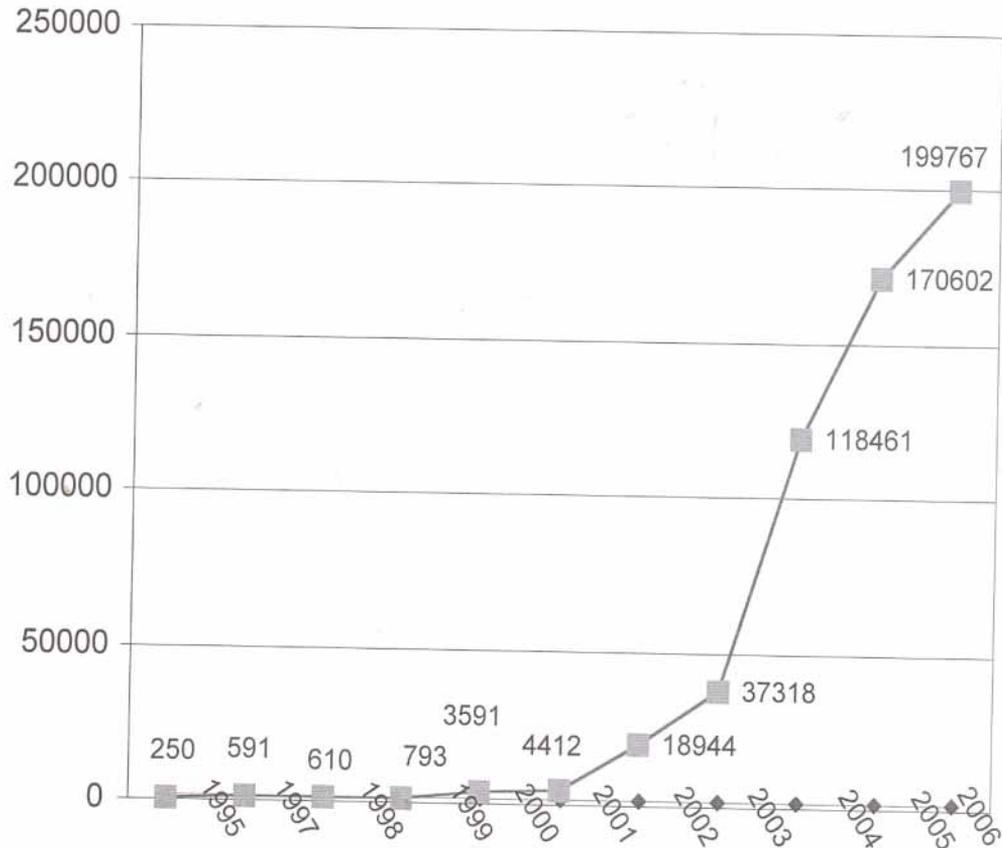


Figure 1. Evolution du nombre de tests de dépistage réalisés entre 1994 et 2006, PAMAC. Situation de la promotion du conseil dépistage volontaire au Burkina Faso, de 1994 à 2006. Communication 6^e session du CNLS-IST. Ouagadougou, 16 Mars 2007.

La figure 2 montre l'évolution du niveau de tests réalisés suivant les trois stratégies majeures entre 2004 et 2006 : le CTV dans les sites autonomes gérés par les associations, dans les formations sanitaires et dans les campagnes de dépistage. Parmi les 452 213 tests VIH volontaires réalisés pendant cette période chez les adultes, 53 % sont faits pendant les deux campagnes annuelles de dépistage ponctuelles d'une durée de 10 jours ; 39 % sont pratiqués dans les centres autonomes de dépistage et 8 % dans les formations sanitaires.

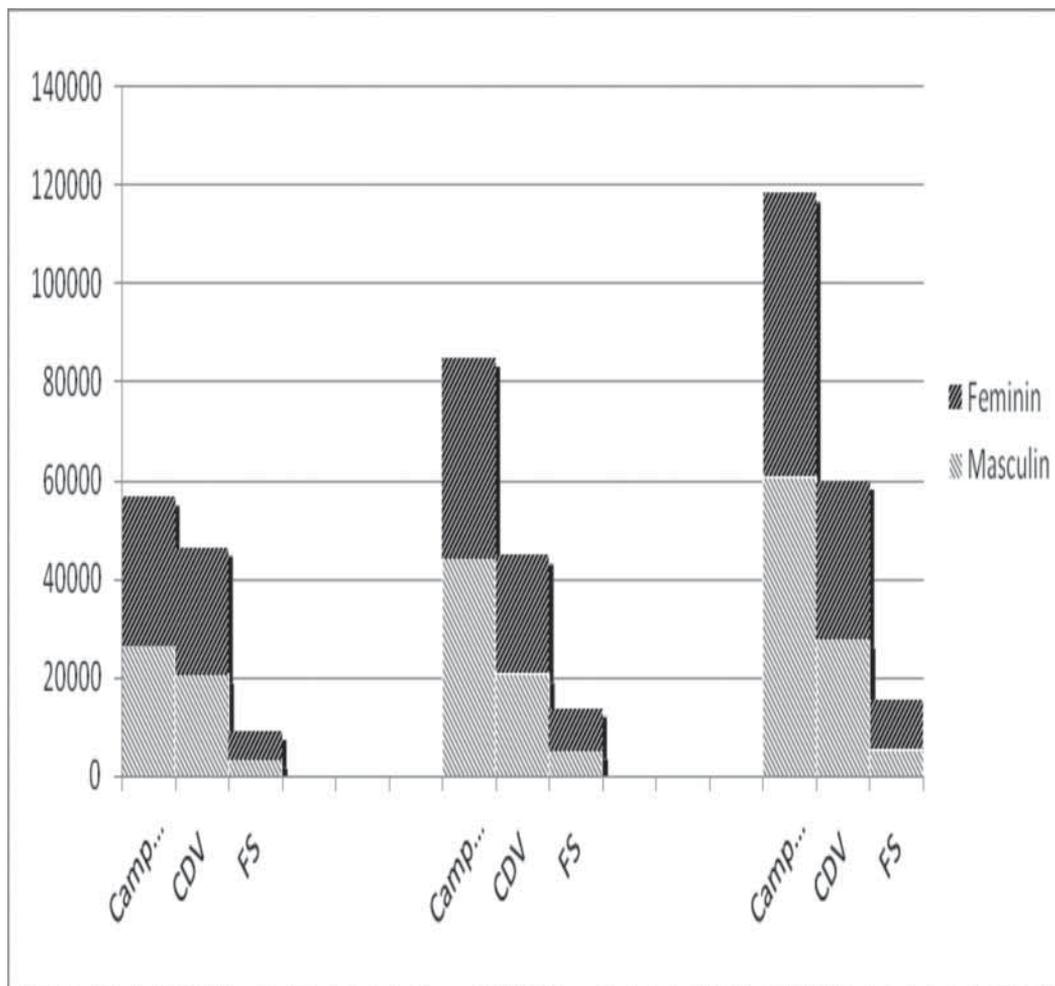


Figure 2. Répartition selon le sexe et la stratégie des Tests VIH réalisés au Burkina Faso entre 2004 et 2006.

Dans l'ensemble de la population qui a fait volontairement le test VIH sur la même période, la proportion des femmes est de 51 %. Les hommes ont un peu plus utilisé les opportunités des campagnes pour connaître leur statut sérologique VIH : ils ont constitué 51 % de la population testée lors des campagnes. Cette proportion a été de 45 % dans les sites autonomes de CTV (55 % de femmes) vs 36 % dans les formations sanitaires (64 % de femmes).

Les résultats sérologiques VIH ont montré que la population qui a utilisé les campagnes était moins infectée par le virus que celle des sites autonomes et des formations sanitaires : 2,4 % des personnes dépistées pendant les campagnes ont eu un statut sérologique VIH positif vs 9 % pour les sites autonomes et 12 % pour les formations sanitaires.

Sur l'ensemble des trois dernières années (2004 à 2006), la population féminine ayant réalisé le test de dépistage était proportionnellement deux fois plus infectée que la population masculine (7,6 % contre 3,8 %).

Discussion

L'offre des services de CTV est en pleine expansion au Burkina Faso. Cette activité connaît un véritable « décollage » depuis l'implication formelle de l'Etat autour de 2003 par l'intégration du CTV dans sa politique de lutte contre le VIH et les IST et la mise en place d'un programme d'appui et de coordination des associations de lutte contre le VIH. Bien qu'elle ait permis l'amélioration de l'offre des services de CTV, cette stratégie n'a pas pris en compte les formations sanitaires qui sont restées jusque-là en marge d'une offre systématique des services de CTV, en dehors de l'appui de la société civile.

Les associations et ONG internationales contribuent de manière importante à l'offre du CTV et ce secteur reste le principal leader en la matière. En effet, 92 % des tests volontaires de ces trois dernières années ont été réalisés dans ce secteur. Les formations sanitaires n'ont assuré que 8 % des tests volontaires, bien que les cas d'infection à VIH soient davantage détectés au sein de ces structures. En effet, la proportion de personnes testées séropositives parmi les volontaires au test VIH est plus élevée dans ces structures que dans les centres autonomes de dépistage ou lors des campagnes (12 % contre respectivement 9 % et 2,4 %). La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes au Burkina Faso donne une prévalence de 2,6 % (CMLS Santé, 2007). On peut alors poser l'hypothèse que le CTV dans les services de santé est sélectif et se fait plus souvent dans un but de diagnostic. Ceci doit interpellier les services de santé pour qu'ils jouent pleinement leur rôle dans cette activité de prévention, en adhérant complètement à la politique d'offre du conseil et dépistage VIH à l'initiative du soignant de l'OMS (OMS et ONUSIDA, 2007).

Toujours en termes de stratégie, les campagnes de dépistage VIH (deux par an), d'une durée totale de 20 jours, constituent une opportunité de dépistage pour la majorité de la population. Les hommes préfèrent ce mode d'offre du CTV aux autres. En effet, ils sont moins représentés dans les sites fixes de CTV, contrairement à ce qui est observé au Kenya (TAEGTMEYER *et al.*, 2006). De plus, les hommes sont également minoritaires dans les services de CTV des formations sanitaires (36 %). On pourrait penser que la stratégie de conseil et test VIH à l'initiative du soignant (PITC) préconisée par l'OMS en 2007 pour améliorer l'accès des populations au test VIH profitera particulièrement aux femmes parce qu'elles ont déjà recours au test dans ce contexte. Pour que cette stratégie permette d'étendre le dépistage aux hommes, il faudra que les soignants modifient leur stratégie à cet égard.

Ces données laissent penser que les campagnes de dépistage VIH doivent être maintenues car elles constituent une opportunité pour toucher les hommes qui fréquentent généralement moins les services de santé. La couverture géographique en centres de CTV volontaire mérite d'être améliorée pour couvrir au moins la totalité des districts.

Conclusion

Les utilisateurs des services de CTV diffèrent suivant les stratégies qui sont proposées : davantage de femmes dans les formations sanitaires et davantage d'hommes dans les campagnes de dépistage. La proportion de personnes testées positives varie selon que le test est fait dans les sites autonomes, dans les centres de santé ou pendant les campagnes de dépistage. Chacune des stratégies devrait être renforcée dans l'objectif d'atteindre un accès universel à la prévention et

au traitement. Néanmoins des investigations méritent d'être conduites pour comprendre les motivations et les obstacles à la pratique de chacune des stratégies de CTV, que ce soit par les acteurs que sont les prestataires des services de CTV des associations et des formations sanitaires ou par les populations adultes, hommes et femmes. L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes infectées et affectées, combinée à sa décentralisation, favorisera le recours au Conseil et Test du VIH, cette double porte d'entrée dans la prévention et dans la prise en charge.

Références bibliographiques

Comité ministériel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2007. Rapport général sur l'atelier de validation des données 2005 de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA et des IST, Ouagadougou 21 - 24 novembre 2006.

Organisation mondiale de la Santé, 2002. Accroître l'accès à la connaissance du statut VIH : conclusions d'une consultation OMS, 3 - 4 décembre 2001.

OMS, ONUSIDA, 2007. Guide du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.

OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2008. Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Extraits du rapport de situation 2008.

Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2001. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2001 - 2005. Ouagadougou.

Secrétariat permanent du conseil national de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2003. Normes et directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou.

SP/CNLS, PAMAC, 2007. Synthèse des données globales 2006 sur le conseil dépistage volontaire au Burkina Faso.

SP/CNLS, ONUSIDA, 2008. Rapport UNGASS 2008 du Burkina Faso : suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA.

TAETMEYER M., KILONZO N., MUN'ALA L., MORGAN G., THEOBALD S., 2006. Using gender analysis to build voluntary counselling and testing responses in Kenya. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 100(4):305-11.

UNAIDS, WHO, 2004. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing.

World Health Organization/HIV/AIDS Programme, 2006. Towards Universal access by 2010 : How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support.

Genre et partage de l'information relative au statut sérologique pour le VIH

W. M. E. YAMEOGO*, B. BILA*, S. KOUANDA*

Résumé

Cette recherche analyse le partage de l'information avec le partenaire concernant la séropositivité au VIH. L'analyse porte sur les données d'une enquête transversale menée au Burkina Faso auprès d'un échantillon de 740 personnes vivant avec le VIH.

Parmi ceux qui ont partagé l'information, 59,1 % l'ont fait en direction de leur partenaire. Ce taux s'élève à 76 % chez les personnes vivant en union. Les hommes partagent davantage l'information avec leur partenaire que les femmes ($p < 0,001$). Les motifs avancés sont sensiblement différents. Si hommes et femmes évoquent en premier lieu l'obligation morale, les femmes mettent davantage en avant le souci de la santé de leur partenaire. Elles suscitent davantage le dépistage du partenaire que les hommes, ce qui peut être un effet des recommandations qu'elles reçoivent dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant.

Ces résultats montrent que les personnes annoncent davantage leur statut sérologique que dans les études menées précédemment au Burkina Faso. Ils suggèrent qu'il est possible de faire mieux, éventuellement sur la base d'un modèle de dépistage centré sur le couple.

Mots-clés : VIH, genre, partenaire, statut sérologique, Burkina Faso.

Gender and HIV-serostatus disclosure

Abstract

This research analyses HIV-serostatus disclosure to sexual partner in Burkina Faso. In this survey, seven hundred forty (740) Persons Living with HIV (PLWHIV) were interviewed in 26 health care services.

The rate of HIV-serostatus disclosure to partner is 59,1 % amongst people who disclosed their HIV status. Amongst people living in couple, this rate is 76%. More men than women disclosed their HIV status to their partner ($p < 0,001$). The reasons given for disclosing this information are a little different: though both men and women first speak about moral obligation, women show more concern about their partner's health. They also encourage their partner to do testing more often than men do, which may be the consequence of their exposition to recommendations in PMTCT programs.

These results show that HIV-serostatus disclosure is higher than shown in previous studies in Burkina Faso. They suggest that it is possible to do better, for instance through HIV testing and counselling (VCT) program targeting couples.

Keywords: HIV, gender, disclosures serostatus, Burkina Faso.

* Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso
yamwamb@yahoo.fr

Introduction

Les études menées sur le partage de l'information concernant le statut sérologique pour le VIH s'accordent à souligner les bénéfices de cette pratique, notamment pour les personnes infectées et leurs proches. Partager l'information permet de mieux gérer la maladie et d'adopter des précautions préventives, ce qui a un intérêt au niveau du foyer et plus largement en termes de santé publique (KLITZMAN *et al.*, 2004 ; HERMANN *et al.*, 2004). Recommandé dans le Conseil Dépistage Volontaire (CDV) du VIH, le partage de l'information concernant le statut sérologique entre partenaires pose le problème de la communication entre hommes et femmes, marquée par les rapports sociaux de sexe.

Le rôle des rapports de genre dans le partage de l'information avec les partenaires, et notamment les difficultés que rencontrent les femmes pour annoncer leur statut à leur conjoint, ont déjà été soulignés par des études menées au Burkina Faso et ailleurs en Afrique (SOMBIE *et al.*, 2001 ; NEBIE *et al.*, 2001 ; MEDLEY *et al.*, 2004). Ces études ont porté le plus souvent sur les femmes séropositives suivies dans le cadre de Programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME). D'autres études en cours au Burkina Faso montrent que ces difficultés peuvent être ressenties par des hommes (BILA *et al.*, 2006 et 2007). Peu d'études ont été réalisées auprès des PvVIH des deux sexes sur ce thème (WHO, 2003).

Ce travail a pour objectif d'analyser le partage de l'information sur le statut sérologique entre partenaires auprès d'un échantillon de PvVIH suivis dans les centres de traitement au Burkina Faso.

Méthodologie

Eligibilité et inclusion

L'enquête¹ s'est déroulée dans 26 structures de prise en charge (PEC), sur une cinquantaine existant au niveau national, qui assuraient la PEC par les antirétroviraux (ARV) au moment de l'enquête, en décembre 2006. Toutes les structures publiques, associatives, confessionnelles qui disposaient d'une file active d'au moins 20 patients sous ARV ont été incluses. Dans chacune des structures sélectionnées, 30 patients (20 sous ARV et 10 non ARV) ont été enquêtés à la sortie de la consultation du jour.

Collecte des données

Un questionnaire comportant des questions fermées et ouvertes a été utilisé. Les informations collectées portaient sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques (sexe, âge, niveau d'instruction, situation matrimoniale, revenus), et le partage de l'information sur le statut sérologique (personnes informées, choix et raisons de les informer, les réactions à la suite de l'information).

¹ Réalisée dans le cadre de la Recherche action sur les Pratiques de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH au Burkina Faso, et financée par l'OMS (TDR/Département VIH /OMS Projet ID : A50479).

Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel EPIDATA puis transférées sur SPSS version 12.0. Le test du Khi-deux a été utilisé pour déterminer l'association entre les variables en catégories. Le seuil de 0,05 a été considéré comme statistiquement significatif. Les données qualitatives (interviews) ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

L'enquête a couvert 14 structures publiques, 9 du monde communautaire et 3 confessionnelles. Ces structures sont localisées pour la plupart en milieu urbain (69 %). Le tableau I présente les caractéristiques de l'échantillon.

Une quarantaine de patients a refusé de participer à cette enquête. Il s'agit pour la plupart d'hommes suivis dans les structures publiques, et dont les refus sont motivés par le souci de garder leur statut secret de toute personne autre que les soignants.

Au total, 740 patients, dont 499 sous ARV et 241 non ARV, ont été enquêtés dans les différentes structures publiques (53 %) communautaires (36,8 %) et confessionnelles (10,3 %). L'échantillon se compose surtout de femmes (79,5 %). La moyenne d'âge est de 37 + 8,6 ans. Deux enquêtés sur cinq n'ont aucune instruction. Pour ceux qui sont allés à l'école, la majorité n'a pas dépassé le primaire (30,4 %). Concernant le statut matrimonial, 40,1% sont mariés ou vivent en concubinage, 35,1 % sont veufs ou veuves, 14,3 % sont séparées/divorcées et les célibataires représentent 10,4 %.

Le nombre de veufs/ves est élevé parmi les femmes (40,5 %), vs. 14,5 % parmi les hommes.

Moins de la moitié des personnes enquêtées (47,3 %) exercent une activité qui rapporte un revenu monétaire. Le revenu médian, calculé pour ceux qui exercent un emploi rémunéré, est de 12 250 FCFA (EIQ = 23 414 – 30 000).

Tableau I. Caractéristiques de l'échantillon.

| Caractéristiques | Effectif | % |
|--------------------------------|-----------------|----------|
| Type de structure | | |
| Public | 392 | 53 |
| Associatif | 272 | 36,8 |
| Confessionnel | 76 | 10,3 |
| Type de patients | | |
| Sans ARV | 241 | 32,6 |
| Sous ARV | 499 | 67,4 |
| Type de prise en charge | | |
| Structures spécialisées | 441 | 59,6 |
| Prise en charge intégrée | 299 | 40,4 |
| Localisation | | |
| Urbain | 510 | 68,9 |
| Rural | 230 | 31,1 |
| Sexe | | |
| Hommes | 152 | 20,5 |
| Femmes | 588 | 79,5 |
| Groupe d'âge | | |
| 18-24 | 43 | 5,8 |
| 25-34 | 270 | 36,5 |
| 35-44 | 287 | 38,8 |
| 45 + | 140 | 18,9 |
| Situation matrimoniale | | |
| Marié | 297 | 40,14 |
| Veuf (ve) | 260 | 35,14 |
| Séparé/divorcé | 106 | 14,32 |
| Célibataire | 77 | 10,41 |
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 310 | 41,9 |
| Primaire | 225 | 30,4 |
| Secondaire et + | 194 | 26,2 |
| Autres | 11 | 1,5 |
| Revenus | | |
| Sans revenu | 70 | 9,5 |
| moins de 12000 | 209 | 28,2 |
| [12000-24000[| 77 | 10,4 |
| [24000-48000[| 79 | 10,7 |
| [48000-96000[| 40 | 5,4 |
| [96000 et plus | 19 | 2,6 |
| NSP | 246 | 33,2 |
| Connaissance du statut | | |
| 0 – 5 mois | 193 | 26,08 |
| 6 – 11 mois | 206 | 27,84 |
| 12 – 24 mois | 141 | 19,05 |
| Plus de 24 mois | 200 | 27,03 |

Gestion de l'information sur le statut sérologique pour le VIH

Sur l'ensemble des 740 patients enquêtés, 81,4 % déclarent qu'ils ont partagé l'information sur leur statut. Cependant, le partage est assez sélectif au regard du nombre et des caractéristiques des personnes informées. Le nombre moyen de personnes informées est de 2 ± 1 par personne atteinte. 49 % des hommes et 47,4 % des femmes ont informé une seule personne. Les femmes informent davantage les parents (descendants, ascendants et collatéraux) (57 %), que les hommes (40 %).

L'information du partenaire : une pratique limitée et différenciée selon le sexe

Le partage de l'information avec le partenaire a été analysé sur un sous échantillon de patients qui ont partagé leur statut et qui ont un(e) conjoint(e) / concubin(e) ou un partenaire sexuel régulier.

Parmi les personnes qui ont partagé leur statut sérologique, 42 %, (soit 251 patients) ont déclaré avoir un conjoint/concubin ou un partenaire sexuel régulier.

Parmi ceux-ci, 59 % ont déclaré avoir informé leur partenaire de leur statut sérologique. Parmi les hommes, 70,3 % et parmi les femmes, 55,1% ont informé leurs partenaires sexuels de leur statut sérologique. L'information du partenaire est aussi associée à l'âge, l'annonce étant davantage faite par les 25 - 34 ans et les plus de 45 ($p < 0,001$) (tableau II). Le fait d'être marié est aussi un facteur favorisant le partage de l'information sur le statut sérologique entre partenaires ($P < 0,001$). Pour les personnes mariées ou vivant en concubinage, l'information du partenaire est davantage facilitée par la cohabitation ($p < 0,001$).

Les facteurs associés au partage de l'information sur le statut sont quelque peu différenciés selon le sexe. Chez les femmes, en plus du fait d'être mariée, la cohabitation est un facteur favorisant l'information du partenaire ($p < 0,001$).

Chez les hommes, en plus du fait d'être marié, l'information du partenaire est plutôt associé à l'âge ; les 25 - 34 ans et les plus de 45 ans informent davantage leur partenaire que les autres groupes d'âge ($p < 0,001$).

Tableau II. Facteurs associés au partage de l'information sur le statut sérologique selon le sexe.

| Caractéristiques des patients | Ensemble | | | Hommes | | | Femmes | | |
|----------------------------------|----------|------|---------|-----------|------|---------|-----------|-------|---------|
| | Effectif | % | p | Effectifs | % | p | Effectifs | % | p |
| Type de patients | | | | | | | | | |
| Sans ARV | 70 | 51,4 | NS | 15 | 60 | NS | 55 | 49,1 | NS |
| Sous ARV | 181 | 61,9 | | 49 | 73,5 | | 132 | 57,6 | |
| Milieu de résidence | | | | | | | | | |
| Urbain | 194 | 61,9 | NS | 42 | 76,2 | NS | 152 | 57,9 | NS |
| Rural | 57 | 49,1 | | 22 | 59,1 | | 35 | 42,9 | |
| Groupe d'âge | | | | | | | | | |
| 18-24 | 20 | 45 | < 0,001 | 0 | - | < 0,001 | 20 | 45 | NS |
| 25-34 | 120 | 61,7 | | 15 | 86,7 | | 105 | 58,1 | |
| 35-44 | 82 | 51,2 | | 28 | 53,6 | | 54 | 50 | |
| 45 + | 29 | 79,3 | | 21 | 81 | | 8 | 75 | |
| Statut matrimonial | | | | | | | | | |
| Marié/concubinage | 183 | 76 | < 0,001 | 56 | 80,4 | < 0,001 | 127 | 74 | < 0,001 |
| Veufs (ves) | 29 | 3,4 | | 5 | - | | 24 | 47 | |
| Séparé/divorcé | 20 | 35 | | 1 | - | | 19 | 36,8 | |
| Célibataire | 19 | 5,3 | | 2 | - | | 17 | 5,9 | |
| Co-résidence* | | | | | | | | | |
| NON | 10 | 40 | < 0,001 | 2 | 50 | NS | 8 | 37,5 | < 0,001 |
| OUI | 173 | 78 | | 54 | 81 | | 119 | 76,5 | |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | |
| Aucun | 80 | 58,8 | NS | 27 | 77,8 | NS | 53 | 49,1 | NS |
| Primaire | 84 | 51,2 | | 18 | 61,1 | | 66 | 48,5 | |
| Secondaire et plus | 79 | 64,6 | | 15 | 66,7 | | 64 | 64,1 | |
| Autres | 8 | 87,5 | | 4 | 75,3 | | 4 | 100 | |
| Connaissance du statut | | | | | | | | | |
| 0 – 5 mois | 41 | 51,2 | NS | 7 | 71,4 | NS | 34 | 47,1 | NS |
| 6 – 11 mois | 78 | 65,4 | | 26 | 73,1 | | 52 | 61,5 | |
| 12 – 24 mois | 53 | 54,7 | | 10 | 60,9 | | 43 | 53,5 | |
| Plus de 24 mois | 79 | 59,5 | | 21 | 71,4 | | 58 | 55,24 | |
| Revenus | | | | | | | | | |
| Sans revenu | 29 | 75 | NS | 1 | 0 | NS | 28 | 78,6 | NS |
| Moins de 12000 | 68 | 55,9 | | 12 | 66,7 | | 56 | 53,6 | |
| [12000-24000[| 26 | 65,4 | | 9 | 66,7 | | 17 | 64,7 | |
| [24000-48000[| 30 | 60 | | 8 | 75 | | 22 | 54,5 | |
| [48000-96000[| 22 | 72,7 | | 10 | 90 | | 12 | 58 | |
| [96000 et plus | 8 | 62,5 | | 8 | 62,5 | | 0 | - | |
| NSP | 68 | - | | 16 | | | | | |

* Uniquement pour les personnes mariées ou vivant en concubinage

Les raisons du partage de l'information sur le statut sérologique avec le partenaire

Plusieurs raisons sont avancées pour justifier le partage de l'information sur le statut sérologique avec le partenaire. Selon les interviewés, les principales raisons sont l'obligation morale (52 %), le souci de la santé du partenaire (27,11 %), le fait que le test a été pratiqué sur conseil du partenaire (7,1 %), la pratique du test ensemble (4,9 %), le besoin de soutien (4 %), le fait de savoir que le partenaire est infecté (3 %) et le fait d'avoir préalablement informé le partenaire de l'intention de se faire dépister (2,2 %).

Le souci de la santé, voire de la protection du partenaire, constitue une raison fréquente pour les femmes de communiquer leur statut sérologique. D'une part, elles sont 15,5 % à évoquer cette raison vs 9 % des hommes. D'autre part, elles sont, plus que les hommes, celles qui suscitent la réalisation du test par leur partenaire, comme le soulignent 8,5 % des hommes. Les autres raisons d'informer le partenaire pour les femmes sont : le fait que le test a été pratiqué sur le conseil du partenaire (6,5 %), la pratique du test ensemble (5,9 %), le besoin de soutien (3,9 %), le fait que le partenaire a été préalablement informé de l'intention de se faire dépister (3,2 %), une suspicion de la séropositivité du partenaire (2,6 %), un test imposé par le partenaire (2,6 %).

Outre l'obligation morale, les raisons d'informer sa partenaire sont, pour les hommes, le souci de la santé de la partenaire (9,9 %), un test fait sur conseil de la partenaire (8,5 %) et une recherche de confirmation de la séropositivité d'une partenaire suspectée (7 %).

Les suites du partage de l'information sur le statut sérologique avec les partenaires

Les réactions des partenaires au partage de l'information sur le statut sont jugées globalement positives par les répondants (75,6 %). Cependant, 14,2 % ont été confrontés à des réactions négatives et 10,2 % relatent d'autres types de réactions (indifférence, refus de croire à la séropositivité de leur partenaire). Les femmes sont celles qui réagissent le plus favorablement. En effet, 79 % des hommes, vs. 74 % des femmes, ont reçu une réaction favorable de leur compagne. Aussi, 16 % des femmes, vs. 10 % des hommes ont reçu des réactions négatives. Quant aux réactions d'indifférence, 11 % des hommes et 10 % des femmes y ont été confrontés.

Les réactions négatives revêtent différentes formes. Certaines personnes qui annoncent subissent des injures, l'indifférence quotidienne et l'arrêt des rapports sexuels. Ces réactions sont subies aussi bien par les femmes et les hommes, quoique les femmes soient les plus concernées. La conséquence la plus dramatique du partage de l'information avec leur partenaire est la répudiation dont certaines femmes sont victimes. Dans notre échantillon, 12 des 25 femmes qui ont été victimes de rejet disent avoir été répudiées par leurs époux.

Discussion

Notre étude a porté sur le partage du statut entre partenaires sur un échantillon représentatif de PvVIH au Burkina Faso. Les résultats de cette recherche montrent que 59,1 % de ceux qui ont des partenaires (70,3 % chez les hommes, 55,1 % chez les femmes) déclarent avoir partagé l'information sur leur statut sérologique avec leur partenaire. Ce taux d'annonce au partenaire est plus élevé que dans les études antérieures menées dans le pays.

Notre étude comporte des limites qui sont celles des enquêtes par entretiens qui explorent des pratiques ; lorsqu'elles ne peuvent pas être complétées par des observations, ces méthodes ne peuvent rapporter que ce que déclarent les individus. Les personnes enquêtées dans notre étude déclarent peut-être plus souvent qu'il y a quelques années qu'elles partagent l'information avec leur partenaire, à pratique égale ; la différence entre hommes et femmes est peut-être aussi expliquée, au moins en partie, par ce biais méthodologique.

Dans une étude de cohorte auprès de femmes enceintes suivies dans le cadre de programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant à Bobo-Dioulasso, seulement 18 % des femmes avaient informé leurs partenaires de leur séropositivité (NEBIE *et al.*, 2001). Dans la même localité, une autre étude transversale, menée auprès de femmes dépistées dans le cadre du suivi prénatal, indique un taux de partage du statut avec le partenaire de 31,1 % (SOMBIE *et al.*, 2001). On peut penser que cette augmentation des taux d'annonce reflète le fait que les services de soin préparent mieux les femmes à annoncer leur statut dans le cadre des programmes PTME.

La fréquence du partage de l'information sur le statut avec le partenaire -ou du moins la fréquence de sa déclaration- est liée au sexe. Les femmes déclarent moins informer leur partenaire que les hommes, probablement en raison du risque de dissolution des liens auquel elles sont plus exposées. Ces résultats contrastent avec ceux obtenus dans une étude qualitative à Ouagadougou par BILA *et al.* (2006 et 2007) qui montre que dans les structures de PEC des PvVIH, alors que les femmes bénéficient généralement du soutien des soignants pour le partage de l'information sérologique avec le partenaire, de nombreux hommes, engagés dans des parcours thérapeutiques plus solitaires, expriment davantage de difficultés à le faire.

Ces écarts nous amènent à réfléchir sur les différences de types d'études, la première qualitative, celle-ci plus quantitative, mais aussi de caractéristiques des personnes interviewées dans l'une et l'autre. Alors que l'étude de BILA, menée dans des structures associatives, publiques et confessionnelles, concerne un nombre restreint de PvVIH suivies dans de la ville de Ouagadougou, l'échantillon de notre étude est nettement plus important et comprend des patients suivis dans plusieurs localités du pays. Dans notre étude, étendue à toutes les ethnies du pays, les valeurs masculines affirmées par la culture *moose* ont moins d'influence. Par ailleurs, les femmes interviewées dans l'étude de BILA bénéficient d'un appui de services psychosociaux divers disponibles dans les structures étudiées dans la ville de Ouagadougou, ce qui n'est pas toujours le cas dans les localités les plus reculées. De tels supports peuvent permettre à ces femmes d'aborder l'information du partenaire avec plus de sécurité. On peut aussi penser que ces études reflètent différemment les pratiques réelles : dans des entretiens uniques et courts, menés dans les services de soins comme ceux qui ont été réalisés dans notre étude, les hommes répondent peut-être en fonction de l'image qu'ils veulent donner que de leurs pratiques réelles. Dans des entretiens longs, répétés où ils peuvent s'exprimer sur leurs difficultés, ils se sentent probablement davantage en confiance pour décrire la réalité des pratiques plutôt que leur idéal.

L'information du partenaire à propos de la séropositivité est corrélée au fait d'être marié ($P < 0,00$). Ce constat a déjà été fait ailleurs en Afrique (KING *et al.*, 2008 ; DESGREES DU LOÛ *et al.*, 2005 ; BROU *et al.*, 2007). Pour les personnes mariées ou vivant en concubinage, le partage de l'information est favorisé par la cohabitation qui est associée à des relations plus étroites ; la confiance, l'entente et la complicité favorisant le partage du « secret » sur le statut sérologique.

Les rapports de genre s'expriment aussi à travers les motivations du partage de l'information sérologique. Les préoccupations en rapport avec la santé du partenaire sont évoquées par 15,5 % des femmes contre 9 % des hommes. Cet écart reflète la responsabilité et le « travail de santé » dont les femmes sont investies dans la sphère domestique.

L'imposition du test aux femmes relatée par 2,6 % d'entre elles exprime le rapport de pouvoir qui est l'une des caractéristiques des rapports de genre. La domination sociale des hommes leur permet d'imposer leur volonté à des épouses socialement et économiquement dépendantes. Imposer le test peut aussi être une stratégie de la part d'un homme qui, se sachant séropositif, recherche la source de sa contamination ou espère, si son épouse se révèle séropositive, lui en faire porter la responsabilité pour ne pas perdre son image de « protecteur du foyer ».

Si les réactions au partage de l'information sur le statut sont généralement favorables, elles sont différentes selon le sexe. Les femmes sont 16 %, contre 10 % des hommes à subir les réactions négatives. Ce constat a été fait ailleurs en Afrique (FINNEY et NJOKO, 2000 ; MATTHEWS *et al.*, 1999). Ces réactions qui prennent différentes formes dont la répudiation des femmes est l'une des formes assez dramatiques expriment les inégalités de pouvoir dans les rapports de genre.

Enfin, certaines interprétations sont rendues complexes du fait de la définition du terme « partenaire » qui correspond tantôt à une relation pouvant n'être que ponctuelle à l'occasion de rapports sexuels, et à une relation de couple, inscrite dans la durée, où l'aspect sexuel peut être au second plan par rapport au partage de responsabilités, de la vie quotidienne et de la charge d'une famille. Le partage de l'information sur le statut sérologique peut avoir des significations très différentes dans ces deux contextes.

Conclusion

Cette étude montre que les taux de partage du statut ont globalement augmenté. Les taux de partage de l'information sur la séropositivité avec le partenaire connaissent aussi une augmentation. Cette pratique entre partenaires est différente chez les hommes et chez les femmes. Les hommes déclarent davantage qu'ils informent leurs partenaires que les femmes. Le fait d'être marié ou de vivre en concubinage et la cohabitation apparaissent comme des facteurs importants dans le partage de l'information sur le statut sérologique avec le ou la partenaire. Des études complémentaires devraient être menées pour préciser si ces différences concernant le partage de l'information tel qu'il est déclaré correspondent à la réalité des pratiques.

Le taux de partage de l'information entre partenaires sur le statut sérologique reste faible chez les femmes ; ceci laisse penser que des actions peuvent être menées pour que cette pratique soit plus fréquente. Les actions pourraient être orientées vers le renforcement des politiques et programmes de dépistages centrés sur le couple.

Remerciements

Cette étude sur les pratiques de Prise en charge a été financé par le département VIH et TDR de l'OMS/WHO.

Références bibliographiques

- BILA B., EGROT M., DESCLAUX A., 2006.** Genre et traitement du sida au Burkina Faso. XVI^e Conférence Internationale sur le sida, 13-18 août 2006, Toronto, Canada (Projet ID A50479)
- BILA B., EGROT M., DESCLAUX A., 2007.** The perception of HIV and men's attendance in health-care facilities in Burkina Faso. *AidsImpact* 2007, Marseille, 1st - 4th July (Poster TUP/DD/02).
- DESGREES DU LOU A., LARMARANGE J., BROU H., 2005.** La gestion des risques de VIH-SIDA au sein du couple en Afrique subsaharienne. Rôle de la polygamie et de la co-résidence, Congrès UIESP, Tours, 2005.
- FINNEY K., NJOKO M., 2000.** Women, violence, and HIV in South Africa: A rapid qualitative study. In: International Conference on AIDS; 2000 July 9-14; South Africa; 2000; p. 459.
- HERMANN B., DJOAN G., BECQUET R., ALLOU G., EKOUEVI K.D., VIHO I., LEROY V., 2004.** When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why. *Plos medicine*, vol4, issue 12, e342 p1912-1919.
- KING R., KATUNTU D., LIFSHAY J., PACKEL L., BATAMWITA R., NAKAYIWA S., ABANG B., BABIRYE F., LINDKVIST P., JOHANSSON E., MERMIN J., BUNNELL R., 2008.** Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda. *AIDS Behav* 12 : 232-43
- KLITZMAN R. L., KIRSHENBAUM S. B., DODGE B., REMIEN R. H., EHRHARDT A. A., JOHNSON M. O., KITTEL L. E., DAYA S., MORIN S. F., KELLY J., LIGHTFOOT M., ROTHERAM-BORUS M. J., 2004.** Intricacies and inter-relationships between HIV disclosure and HAART: a qualitative study. *AIDS Care* 16: 628-40.
- MEDLEY A., GARCIA-MORENO C., MCGILL S., MAMAN S., 2004.** Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ* 82 : 299-307.
- NEBIE Y., MEDA N., LEROY V., MANDELBROT L., YARO S., SOMBIE I., CARTOUX M., TIENDREBEOGO S., DAO B., OUANGRE A., NACRO B., FAO P., KY-ZERBO O., VAN DE PERRE P., DABIS F., 2001.** Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso. *J Acquir Immune Defic Syndr* 28: 367-72
- SOMBIÉ I., CARTOUX M., KY-ZERBO O., TIENDREBEOGO S., MEDA N., DABIS F. et VAN DE PERRE P., 2001.** Living with HIV: women's experience in Burkina Faso, West Africa. *AIDS Care* 13: 123-8

Le programme national burkinabè d'accès aux ARV (2002-2008) : bilan critique et perspectives

M.-J. SANOU*, F. BARRO*, R. CAZAL-GAMELSY*, G. ONADJA*,
A. RAMDÉ*, A. SOMDA*, M. NIKIÉMA*

Résumé

D'importantes disparités subsistent en Afrique pour l'accès aux antirétroviraux (ARV). Certains pays, dont le Burkina Faso, sont sur la voie de l'Accès Universel grâce au développement du Programme national d'accès aux ARV. Après avoir retracé l'histoire de ce programme, cet article en présente une analyse critique basée sur l'étude de données, rapports, publications et points de vue des responsables du programme. Parmi les 130 000 personnes vivant avec le VIH, 18 310 (17 408 adultes et 902 enfants) étaient sous traitement antirétroviral (TARV) fin juin 2008, soit 12 fois plus qu'en 2003. La décentralisation est très avancée : les sites TARV couvrent 53 des 55 districts sanitaires. Les laboratoires de base sont partout disponibles, 39 offrant les CD4 et 5 la charge virale. La prise en charge psychosociale est assurée par des organismes associatifs très impliqués, en étroite relation avec les services de soins. Le Burkina a montré la faisabilité d'un programme de prise en charge (PEC) intégrée malgré les limites du système de soins dans un contexte de ressources limitées. Cette approche associe : forte volonté politique, forte société civile, système de santé bien organisé, système de suivi-évaluation (S&E) performant et excellent approvisionnement en ARV. Il subsiste cependant quelques sérieuses préoccupations, qui concernent notamment l'accès financier des patients aux soins et traitements, et la pérennisation des financements.

Mots-clés : Passage à l'échelle, PEC médicale, PVIH, intégration, décentralisation, Burkina Faso.

The national ART treatment access program in Burkina Faso (2002-2008): Evaluation and prospects

Abstract

Huge disparities subsist between African countries in terms of antiretroviral access. Some countries are on the way of achieving Universal Access goals, including Burkina Faso thanks to its National ART Access Program. After presenting the history of this program, this article provides a critical analysis based on the study of data, reports, articles and contributions from its experts. 18 310 persons (17 408 adults and 902 children) were under ART in June 2008; a twelve-fold increase compare to 1,514 (2003). ART sites cover 53/55 health districts. Basic HIV related laboratories are available everywhere, 39 offer CD4 counts and 5 provide viral loads. Burkina has shown the feasibility of implementing comprehensive and integrated HIV support, care and treatment programs in a limited-resource context. This approach combined strong political willingness, powerful local NGOs, a well organized Primary-Health-Care-system, a valuable M&E system and an excellent drug procurement system. Some serious challenges remain, including financial access to care and treatment, and sustainability of fundings.

Keywords : Scaling-up, care & treatment, PLWHA, integration, decentralization, Burkina Faso.

* Comité Ministériel de Lutte contre le Sida, Ministère de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso
cazalrobert@yahoo.fr robertcazal@yahoo.com

Le programme national burkinabè d'accès aux ARV (2002-2008) : bilan critique et perspectives

« De toute les formes d'iniquités, l'injustice dans la santé est la plus choquante et la plus inhumaine » Révérend Martin Luther King.

Introduction

En juin 2007, trois millions de personnes (dont 2.1 millions en Afrique), soit près du tiers des 9.7 millions de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) ayant besoin d'antirétroviraux (ARV) résidant dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, recevaient effectivement ces traitements (OMS, 2007). Si d'importantes disparités subsistent entre pays, des États sahéliens à prévalence relativement faible tels que le Mali, le Sénégal ou le Burkina Faso, progressent peu à peu vers l'Accès Universel (ONUSIDA, 2006 ; UA, 2006 ; OMS, 2008a). L'objectif pour le Burkina Faso est d'atteindre le nombre de 51 447 personnes (dont 1705 enfants) sous traitement ARV en 2010¹.

Pour cela, le Ministère de la Santé a établi un ambitieux programme de prise en charge médicale des PvVIH, désigné dans cet article par l'acronyme Initiative Burkinabè d'Accès aux ARV (IBAARV).

Les premières dispensations d'ARV ont eu lieu dès 1999 dans les dépôts régionaux de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG), sur ordonnances spéciales (SANOU, 2008). La prise en charge a été organisée en 2002 par le Ministère de la Santé, et s'est concrétisée par l'ouverture des premiers sites de Traitement par AntiRétroviraux (TARV) : notamment le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Ouagadougou et le service de médecine du Centre Hospitalier Universitaire Sanon Souro de Bobo-Dioulasso (CHU-SS).

La politique de disponibilisation des ARV a commencé avec l'appui de partenaires tels que Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER) qui a facilité la formation et la généralisation du dossier patient électronique ESOPE (Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes Esther) ; La Croix Rouge Française qui est à l'origine du CTA de Ouagadougou ; TAN ALIZ, société privée locale qui a financé l'achat d'ARV pour une centaine de patients en 2005 et Médecins sans Frontières (MSF) Luxembourg qui gère la file active du Centre Médical avec Antenne chirurgicale - Hôpital de district - (CMA) de Pissy depuis mars 2003 (SANOU, 2008 ; ONADJA, 2008).

Cette dynamique a été ensuite renforcée par les programmes du « Multi-Country AIDS Program » (MAP) qui a contribué au financement des ARV de 2003 à 2005 ; du « Treatment AIDS Program » (TAP) dont la mise en œuvre de 2005 à 2007 a renforcé la disponibilité et l'accessibilité des sites ARV notamment associatifs ; de « l'Initiative en faveur de la réduction de la dette des Pays Pauvres Très Endettés » (PPTE) qui a permis l'achat d'ARV en 2006 ; du « Fonds Mondial » (FM) qui dans une approche de financement multi activités est le plus grand pourvoyeur d'ARV et de la Banque Africaine de Développement (BAD) qui appuie l'acquisition d'ARV depuis 2005.

¹ Selon le logiciel de projection Spectrum de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation des Nations Unies contre le Sida (ONUSIDA).

L'achat, le stockage et la distribution des ARV dans le cadre de ces initiatives sont assurés par la CAMEG. En 2005-2006, le passage à l'échelle pour un meilleur accès des malades aux ARV s'est concrétisé par une approche progressivement décentralisée. Un engagement politique pour l'Accès Universel aux ARV a été pris en 2006 par le Burkina Faso lors du sommet des Ministres de la Santé des Etats de l'Union Africaine à Abuja (Union Africaine, 2006 ; OMS, 2008a).

L'objet de cet article est triple : décrire le programme national de prise en charge ; analyser et discuter les points forts et les faiblesses du dispositif ; discuter les perspectives actuelles du programme.

Matériel et méthode

Les données utilisées dans cet article sont issues de sources variées, notamment : du traitement et de l'analyse des données de suivi-évaluation produites par le Comité Ministériel de Lutte Contre le Sida du Ministère de la Santé (CMLS/S, 2007 ; 2008a ; 2008b) de la compilation de rapports concernant le fonctionnement du Programme national d'accès aux ARV ou d'autres programmes nationaux de lutte contre le sida ayant fait l'objet de validation officielle par le Ministère de la Santé ou le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte Contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (SP CNLS/IST) de l'analyse de documents de recherche d'institutions burkinabè externes au CMLS/S. A l'exception de données originales non encore publiées, comme les résultats intermédiaires d'études sur la survie et sur les perdus de vue, les critères de sélection des informations utilisées reposent pour l'essentiel sur leur validation par les autorités techniques nationales.

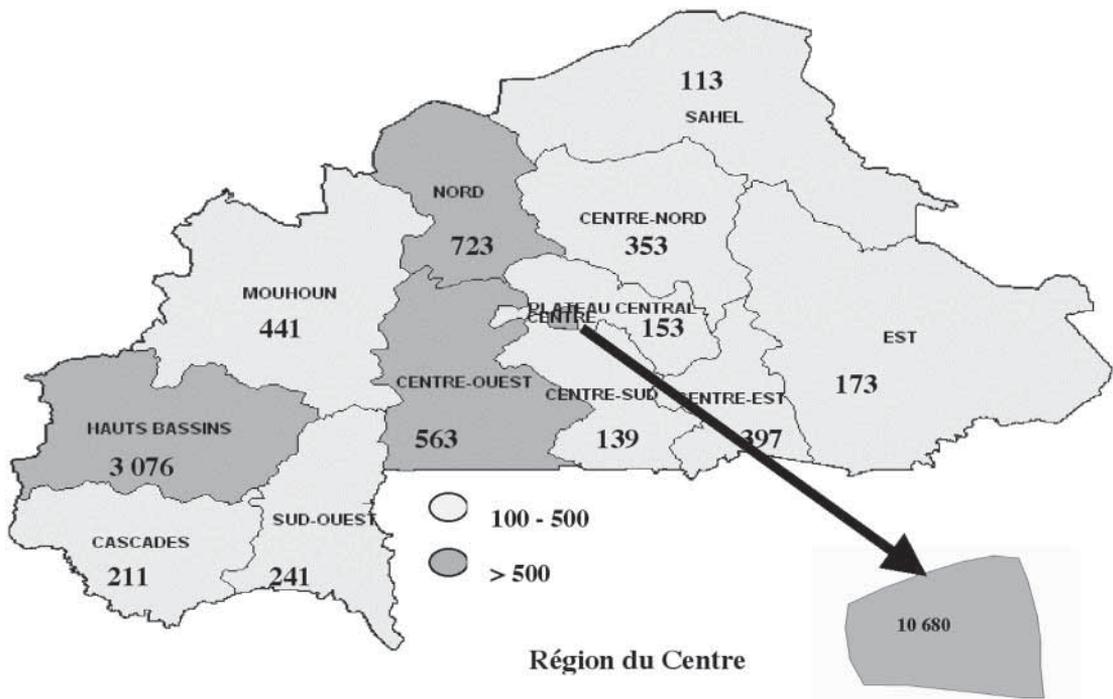
Depuis 2004, le CMLS/S a mis en place un système de consolidation trimestrielle des données transmises par chacun des sites de prise en charge simultanément à leur commande d'ARV pour le trimestre à venir. L'approvisionnement en ARV est lié à la fourniture des rapports d'activités : aussi un effort est constaté dans la transmission des rapports où les taux de complétude et de promptitude sont habituellement supérieurs à 90 %. Ce système permet la mise à jour quatre fois par an de la base de données VIH/Sida multiprogramme du Ministère de la Santé, dont la constitution est actuellement en cours de finalisation. De plus, les données produites avec le logiciel ESOPE (dossier médical informatisé), en usage dans neuf sites pilotes, commencent à contribuer et contribueront progressivement de plus en plus à assurer le suivi individuel des patients, la gestion des files actives ainsi que celle du programme national de prise en charge dans son ensemble, jusqu'à couvrir les 125 sites dont la création est programmée d'ici à 2010.

Résultats

Les résultats concernent : l'offre de soins et l'organisation de l'approvisionnement, les caractéristiques de la population incluse et les caractéristiques de la prise en charge dans le Programme National d'Accès aux ARV.

L'offre de soins et l'organisation de l'approvisionnement

En 2008, les institutions sanitaires fournissent sur l'ensemble du territoire des traitements ARV à toute personne intégrée dans une file active et qui répond aux critères d'inclusion tels que définis dans le document des Normes et Protocoles de prise en charge du MS (CMLS/S 2008) (carte 1).



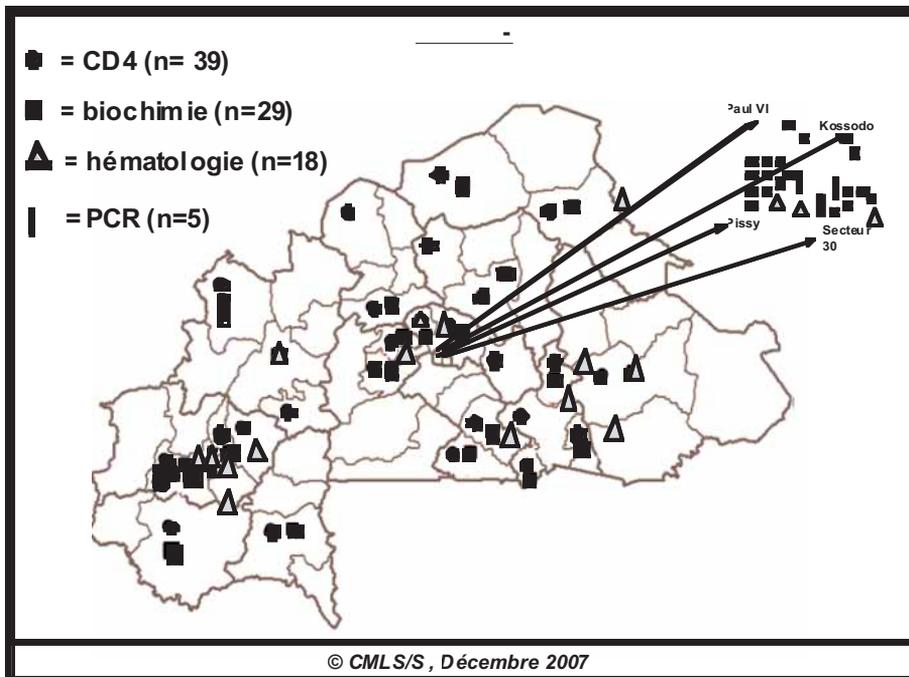
Carte 1. Patients sous ARV par région au 31 décembre 2007.

Les triples combinaisons prescrites en 2008 associent des Inhibiteurs Nucléosidiques (IN), des Inhibiteurs non Nucléosidiques (INN) et/ou des Inhibiteurs de la Protéase (IP). Près de la moitié des patients sont à ce jour sous combinaison mono-comprimé à dose fixe biquotidienne Triomune® (d4T/3TC/NVP) et un patient sur huit sous AZT-3TC-EFV (IRSS, 2008).

La décentralisation de la prise en charge médicale est l'une des stratégies majeures du Programme depuis 2005-2006. Le nombre de sites TARV étant ainsi passé de trois centres spécialisés en 2003 à 77 centres décentralisés en décembre 2007, couvrant ainsi la quasi-totalité des districts sanitaires du pays.

La politique de décentralisation est sous-tendue par une série de formations en cascade des prescripteurs dans le cadre de l'approche de Prise en Charge Intégrée des Maladies dans le contexte du VIH (PCIM/VIH) préconisée par l'OMS. La phase de formation des formateurs régionaux a été achevée en 2007 et la phase de formation du niveau district est en cours d'exécution sur la période 2008-2009. Certains districts ont même commencé la phase de formation du niveau des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) en application du principe de la délégation des

tâches. Par ailleurs, des groupes de formateurs ont été constitués en dépistage volontaire, en dépistage des Infections Sexuellement Transmises et en Prévention des Infections dans les 13 régions sanitaires.



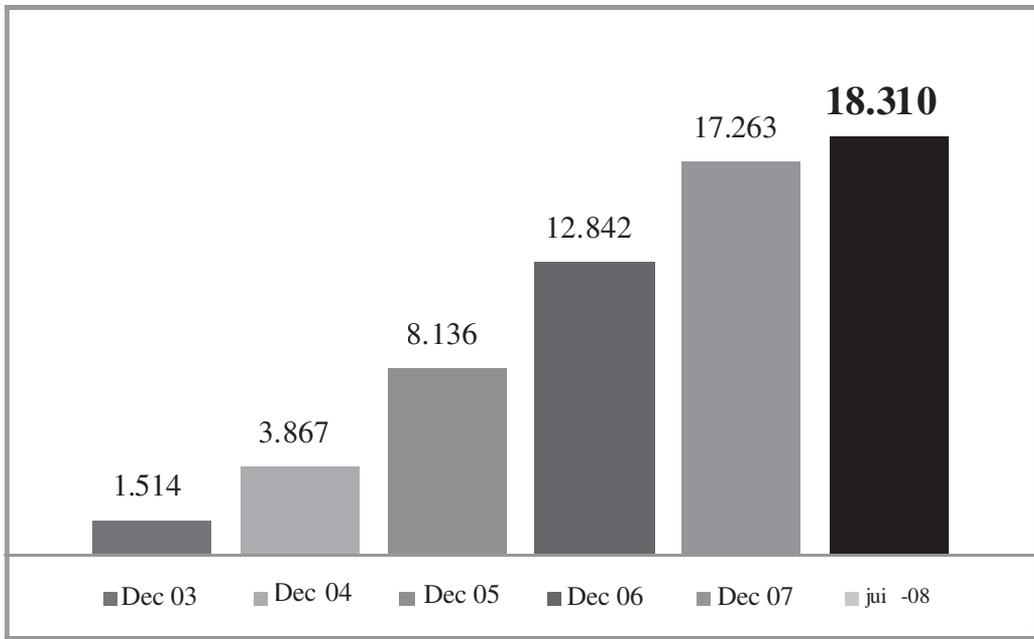
Carte 2. Répartition géographique des services de laboratoire VIH en décembre 2006.

La décentralisation est notamment matérialisée par une large couverture nationale en équipements pour le suivi biologique des PvVIH. La majorité des patients peut ainsi bénéficier d'affinement des critères cliniques d'inclusion sous ARV grâce aux 39 machines de comptage des lymphocytes CD4 disponibles sur l'ensemble du territoire (Carte 2). Les examens de base de laboratoire en lien avec le VIH et le suivi des PvVIH sous ARV sont disponibles dans tous les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et dans la majorité des CMA. Ces laboratoires élémentaires pour le suivi des patients sous ARV sont complétés par cinq machines PCR (Polymerase Chain Reaction) permettant la mesure de la charge virale.

Concernant le circuit institutionnel d'approvisionnement en ARV, la quantification des besoins est faite au niveau opérationnel à partir des registres des files actives (type et nombre des combinaisons effectivement prescrites et dispensées). Elle est planifiée au niveau central par la Cellule de Coordination du CMLS/S guidée à la fois par les logiciels EPP et Spectrum et par la consolidation des données locales, d'une part pour les anciens patients, d'autre part pour les nouvelles inclusions (enfants et adultes, 1^{re} et 2^e lignes) (SANOU, 2008). Un réajustement annuel de la quantification des combinaisons est fait sur la base du document national des Normes et Protocoles de prise en charge périodiquement mis à jour et des tendances de prescriptions. Les sites de prise en charge médicale sont ainsi approvisionnés trimestriellement afin d'assurer

le continuum des soins et de répondre aux changements de protocole, aux transferts de patients et aux nouvelles inclusions. Les structures retirent les ARV à la CAMEG après approbation de la commande par le CMLS/Santé ou la Direction Régionale de la Santé.

Caractéristiques de la population incluse



Graphique 1. Nombre de PvVIH sous TARV de décembre 2003 à juin 2008.

Parmi les 130 000 [110 000-160 000] personnes estimées infectées (ONUSIDA/OMS, 2008) 18 310 (17 408 adultes et 902 enfants) étaient sous TARV à la fin septembre 2008 (CMLS/S, 2008b), soit 13 fois (12,89) plus que les 1 514 personnes couvertes en fin 2003 et plus du double qu'en fin 2005 (8 136) (graphique 1). La couverture des besoins théoriques en traitement est de plus de 38 % (CNLS, 2008) des 48 133 personnes attendues sous traitement à la fin 2008 selon Spectrum. La quasi totalité des besoins connus (parmi les personnes dépistées) sont couverts. Selon une étude menée par l'IRSS (Institut de Recherche en Sciences de la Santé), près de 80 % des patients reçoivent les ARV gratuitement et 20 % paient le tarif subventionné de 1500 Fcfa par mois avec quelques différences peu significatives entre secteurs public (78 % vs 20 %), associatifs (82 % vs 10 %) et confessionnel (88 % vs 12 %) (IRSS, 2008). Cependant la validité externe de ces données doit être confirmée, compte tenu des effectifs de cette étude (n = 879, dont 428 au sein de 13 structures publiques, 363 dans dix structures associatives et 88 dans trois structures confessionnelles).

Les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso centralisent près de 80 % des patients suivis sous ARV. Les trois sites les plus importants du pays regroupaient à eux seuls à la fin juin 2008, 43 % des adultes sous ARV. Il s'agit :

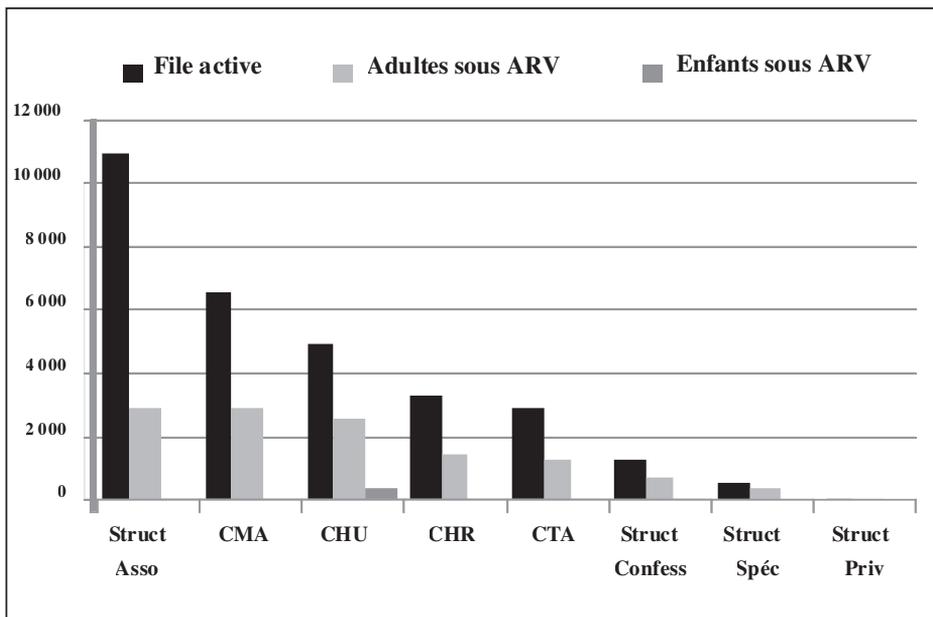
- du programme de MSF basé au CMA du district de Pissy à Ouagadougou avec plus de 4 000 patients suivis dont 3 410 sous ARV ;

- de l'Hôpital de Jour (HdJ) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHU-YO) avec près de 5 500 patients dont 2 694 sous ARV. Le CTA de Ouagadougou ayant été rattaché à ce site en 2007 ;
- de l'Hôpital de Jour du Centre Hospitalier Universitaire Sanon Souro de Bobo-Dioulasso (CHU-SS) avec plus de 2 500 patients suivis dont 1 668 sous ARV.

Caractéristiques de la prise en charge

Les composantes de la prise en charge sont celles recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (2008). Nous aborderons plus particulièrement le continuum des soins et de l'efficacité de la prise en charge.

Le continuum des soins est assuré grâce à un maillage au plan national par 11 associations de prise en charge et leurs sites associés au sein des districts sanitaires (KASABATI, 2008). 1263 membres d'Organisations à Base Communautaires (OBC) ont déjà bénéficié d'une formation sur le soutien psychosocial et les soins palliatifs dans le cadre de Visite A Domicile (VAD) (PAMAC, 2008). A la fin 2007, plus de 23.000 PvVIH ont bénéficié de soutien à travers au moins deux VAD et/ou Visite A l'Hôpital (VAH) par des membres d'associations. Près de 60 % des patients sous ARV sont pris en charge sur le plan médical dans une structure associative (graphique 2).



Graphique 2. Répartition des patients PvVIH selon le type de structure de PEC en fin décembre 2006.

La survie sous ARV a été régulièrement améliorée. L'étude Burkinavi menée sur une cohorte de 373 patients suivis dans deux centres de référence (HdJ de Bobo Dioulasso et de Ouagadougou) et quatre CHR montre qu'elle atteint 89,4 % à 24 mois (calcul réalisé selon la Méthode d'estimation de Kaplan-Meier) soit 10,4 % de décès sur les deux premières années de traitement (SAWADOGO, 2008a). Cette étude non encore publiée montre que la survie dans un centre de référence (CHU) n'est statistiquement pas différente de celle dans un centre périphérique de type CHR.

Analyse et discussion

L'analyse des résultats du Programme National d'accès aux ARV présentés ci-dessus repose sur l'examen de six aspects spécifiques qui sont présentés dans la littérature internationale comme des défis (OMS, 2007). Pour ces aspects, les points forts et les points faibles, ainsi que les perspectives, sont présentés et discutés.

La continuité de la prise en charge et la gestion des « perdus de vue » (PDV)

La question de la continuité de la prise en charge se pose en particulier à deux niveaux, là où des patients risquent d'être « perdus de vue » : entre le dépistage et la prise en charge ; au cours de la prise en charge.

Les soignants perçoivent le risque d'interruption de la continuité de la prise en charge qui fait que certains patients deviennent « PDV » (définis ici comme des patients ne se présentant pas aux consultations périodiques pendant trois mois ou plus, selon les critères OMS) comme un problème dont la résolution doit être considérée comme prioritaire. Dans la pratique, face à des patients absents à leurs rendez-vous programmés, les sites ARV ne peuvent considérer qu'une personne est réellement classée comme PDV que lorsque les membres actifs des associations impliquées dans les structures publiques ou associatives de prise en charge ont effectivement tout mis en œuvre pour mener une recherche active sous forme de VAD. Ces VAD ont pour objet de prendre contact avec la personne et de la réintégrer dans le système de prise en charge. Un travail mené à l'HdJ du CHU SS de Bobo-Dioulasso sur la période allant du 1^{er} juillet 2007 au 30 juillet 2008, a mis en évidence 175 personnes PDV pour 1 770 patients sous ARV, soit un taux de PDV de 9,88 % selon la définition de l'OMS (SAWADOGO, 2008b). Les caractéristiques des personnes ou les motifs de ces ruptures de soins sont encore insuffisamment connus.

Par contre, le continuum des soins entre les structures de soins et les relais communautaires est un des points forts de l'expérience burkinabé, grâce à la présence d'associations dans plus de la moitié des sites ARV. La présence de ces associations permet de proposer une « prise en charge globale » (médicale, psychologique, sociale, économique, nutritionnelle) pour une grande partie des patients du Programme qui en ont besoin.

La dimension économique de l'accès au traitement

Dans un pays où 71,8 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté (Moins de 2 US\$ par jour) et 27,2 % sous le seuil d'extrême pauvreté (Moins de 1 US\$ par jour) et où les 20 % les plus pauvres se partagent 4,5 % des faibles revenus nationaux (PNUD, 2007), le paiement des ARV par les patients reste une préoccupation en ce qui concerne l'accès au traitement (HADDAD, 2004 ; GRIMM, 2007). Cependant dans les faits, la gratuité semble concerner plus fréquemment les plus pauvres puisque 82 % de ceux qui ont un revenu mensuel < 12 000 Fcfa en bénéficie, contre 58 % de ceux ayant un revenu > 96 000 Fcfa (IRSS, 2008). La décision annoncée par le Ministre de la santé lors de la Journée Mondiale Sida 2007, de faire passer de 5 000 Fcfa à 1 500 Fcfa par mois le montant du forfait ARV subventionné restant à la charge du patient, est de nature à réduire le poids du fardeau à la charge des PvVIH. Cette charge demeure cependant une préoccupation : il serait utile de mettre en place un dispositif d'évaluation de l'accessibilité économique du Programme national en zone rurale où coexistent souvent un faible niveau économique des populations et l'absence de dispositifs permettant la délivrance gratuite des

traitements du fait de la rareté des structures communautaires. Le coût du suivi biologique à la charge des patients sous ARV demeure imprécis tant dans son montant que dans les modalités d'application du paiement et les conséquences pour le patient sont une imprévisibilité des coûts de la prise en charge. Ceci risque de mettre les personnes sous ARV les plus pauvres dans un état de vulnérabilité et d'insécurité sociale peu propice à une bonne observance des traitements : le moindre « coût non prévisible de santé » peut devenir une « dépense catastrophique » au regard du budget qu'ils peuvent y consacrer. Comme cela a été montré dans d'autres pays (SU, 2006 ; CNS, 2007 ; WHO, 2005a ; WHO, 2005b ; WHO, 2005c ; IVERS, 2005 ; THIRUMURTHY, 2005) et tout particulièrement dans la sous-région (SYLLA, 2004).

La prévention et l'évaluation des résistances aux ARV

Une inquiétude persiste, celle de la possible apparition d'une deuxième épidémie à VIH résistant. Trois types de stratégies de prévention/évaluation sont actuellement mise en œuvre :

- la mise en place et le suivi des IAP (Indicateurs d'Alerte Précoce) d'émergence des résistances : pratiques de prescription des ARV, patients PDV, rétention des patients sous 1^{er} ligne d'ARV, respect des rendez-vous par les patients et continuité d'approvisionnement en ARV (BENNET, 2008 ; OMS, 2008).
- la surveillance des résistances primaires transmises ;
- le monitoring de l'émergence de résistances secondaires chez les personnes sous ARV.

Le génotypage devrait être disponible en 2009 au niveau du Laboratoire national de référence VIH. Une étude faite sur 75 patients par ce laboratoire conclut qu'il existe une haute prévalence de mutations résistantes pour les combinaisons d'ARV les plus fréquemment utilisées au Burkina Faso (TEBIT, 2008).

Le suivi-évaluation

L'informatisation nécessaire pour mener le suivi-évaluation est en cours d'achèvement. A la date du 30 Septembre 2008, 9 289 dossiers patients (soit un taux de près de 50 % des dossiers actuellement actifs) et 41 480 visites sont saisis sur le logiciel ESOPE. L'extension du dispositif devrait être opérationnelle fin 2008, renforçant ainsi la qualité de transmission des données des sites. L'analyse des cohortes devrait permettre de fournir des indicateurs sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques, utiles à l'élaboration de politiques de santé, à la gestion du programme national de prise en charge, à la planification périodique des activités, à la couverture en intrants (médicaments, réactifs de laboratoire, équipements, ressources humaines...) ainsi qu'à la gestion des files actives et à l'amélioration de la prise en charge des malades. Au niveau des sites prescripteurs, la création d'une base de données permettra l'amélioration de la qualité du suivi des patients et l'identification précoce des patients non réguliers ou à risque de résistances.

La constitution d'une base de données renseignant de façon cohérente tous les indicateurs utiles au suivi du programme de prise en charge au niveau local, district, régional, national et international est actuellement une des priorités du programme. Elle devrait permettre une meilleure maîtrise de la file active et la diminution de possibles doublons. Par ailleurs, les indicateurs de prise en charge doivent être révisés afin que toutes les directions centrales concernées puissent les renseigner de façon adéquate.

La construction du système de suivi-évaluation du programme doit être achevée dans les prochains mois en s'appuyant notamment sur l'extension du dossier-patient électronique à l'ensemble des sites ARV. L'objectif est de couvrir d'ici 2010 l'ensemble du territoire burkinabè par le logiciel ESOPE (CMLS/S, 2007) avec comme point d'ancrage les CHR et les hôpitaux de districts en concordance avec la politique nationale de décentralisation.

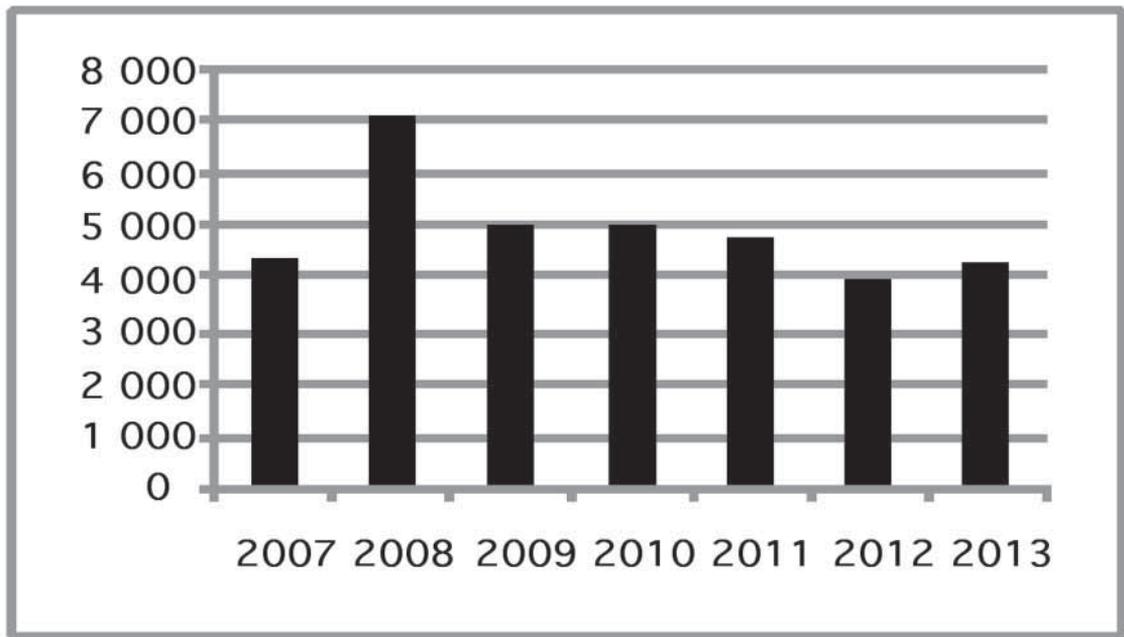
Le Conseil Dépistage Intégré

Le Conseil Dépistage Intégré aux formations publiques de soins ainsi que dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) établissent les deux portes d'entrée essentielles dans le système de prise en charge. Ces deux stratégies demeurent les maillons faibles du système. Afin de se donner les moyens d'atteindre les objectifs du programme (passage du taux de dépistage des femmes enceintes vues en Consultation Périnatale de 41,3 % en 2007 à au moins 80 % d'ici fin 2010), il sera nécessaire d'améliorer grandement l'approvisionnement en intrants, notamment en tests rapides VIH. Il en est de même pour le dépistage induit par les clients ou par le personnel de santé mais aussi pour le dépistage et la prise en charge des IST, des infections opportunistes : le système d'approvisionnement doit être mieux défini et sa mise en œuvre améliorée, afin d'éviter les trop fréquentes ruptures de stock. Cet aspect devra aussi être considéré pour l'extension du dépistage précoce des enfants issus de mères séropositives : l'objectif étant d'inclure quatre fois plus d'enfants d'ici 2010, afin d'atteindre les objectifs de l'Accès Universel en matière pédiatrique.

L'impact sur le système de soin

L'extension et la coordination des interventions butent actuellement sur des contraintes non négligeables comme la pénurie en ressources humaines, qui nécessite d'imaginer de nouvelles façons de travailler, en envisageant notamment des stratégies de délégation de tâches au niveau le plus périphérique : des médecins spécialistes vers les médecins généralistes, voire de ces derniers vers les Infirmiers Chefs de Poste. D'autre part, la complexité de la coordination des activités de prise en charge publique, communautaire et privé, exige de définir des mesures ou des méthodes de travail pour améliorer la collaboration.

L'implication des structures sanitaires privées dans le Programme national est actuellement faible, alors que ce secteur suit près de 5 % des personnes sous ARV (graphique 2). Une meilleure implication des structures privées de prise en charge médicale est nécessaire, notamment dans l'utilisation des algorithmes, la collecte des données, la participation aux formations.... En effet, non seulement la mobilisation de tous les acteurs du système de soin, mais aussi leur travail en collaboration, sont nécessaires pour faire face à l'accroissement du nombre de patients sous ARV, qui s'accompagnera d'une inévitable augmentation de la charge de travail (graphique 3).



Graphique 3. Nombre annuel de nouvelles inclusions programmées de 2007 à 2013.

Conclusion

Le Burkina Faso, pays à très faibles ressources, a mis en œuvre un programme global de prise en charge psycho-sociale et médicale intégré au système national de soins. Cette réalisation peut déjà être considérée comme un succès compte tenu des difficultés inhérentes aux systèmes de soins dans les pays en développement. C'est le fruit d'une réelle volonté politique, associée à un fort dynamisme de la société civile, mais aussi à l'existence préalable d'un bon système de santé de district et d'un système performant d'approvisionnement en médicaments ARV par la CAMEG qui connaît très peu de rupture de stocks. De plus, la collaboration entre structures associatives et structures sanitaires publiques est effective et fait la force et la particularité de l'approche burkinabè, qui a été reconnue par l'OMS (KASABATI, 2008). L'expérience burkinabè montre qu'il est possible d'atteindre des résultats honorables dans la prise en charge VIH sans pour autant déstabiliser le système de santé, mais en contribuant au contraire à son renforcement.

L'analyse des acquis et des faiblesses du dispositif permet d'entrevoir les prochaines étapes prioritaires sur le chemin des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de l'Accès Universel, que ce soit pour le CDV, la PTME et la prise en charge par ARV (1^{re} et 2^e ligne) et médicaments contre les Infections Opportunistes (IO) dans les 125 sites prévus pour les adultes et pour les enfants.

L'extension de la couverture suppose l'atteinte de populations de plus en plus pauvres et précaires, ce qui met au premier plan la question de l'accessibilité financière du programme. L'accroissement de la charge portée par le système de soins exigera des transferts de compétences et une amélioration de la collaboration entre les intervenants, et une mobilisation du secteur privé, qui restent un défi.

Des recherches, essentiellement opérationnelles, doivent être menées afin de disposer de connaissances plus fines sur de possibles stratégies permettant l'amélioration de la prise en charge, notamment dans le domaine de la survie sous ARV, des PDV sous traitement ou encore entre le dépistage et l'inclusion dans une file active, de la décision de passage en deuxième ligne...

Des avancées significatives ont été réalisées au cours des dernières années, mais les défis à relever demeurent nombreux. Les efforts pour plus de décentralisation, pour un meilleur accès au dépistage et à des soins de qualité doivent être intensifiés pour que le Burkina Faso assure les engagements internationaux qu'il a pris, l'incitant à améliorer l'accès aux traitements des PvVIH, tels que : la Déclaration des ministres de la santé de l'Union Africaine sur l'Accès Universel au Traitement du VIH/SIDA, d'ici 2010 adoptée en 2006 (UA, 2006) et la Déclaration du Millénaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 13 septembre 2000, qui précise que, dans le cadre de l'OMD n° 6, « d'ici 2015, la propagation du VIH/sida sera arrêtée et aura commencé à inverser la tendance actuelle des principaux indicateurs de mortalité, morbidité et incidence » (UN/WB, 2000 ; UN, 2006).

Références bibliographiques

- BENNETT D.E., BERTAGNOLO S., SUTHERLAND D. et GILKS C.F., 2008.** The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance. USA. *Antiviral Therapy*, 13 Suppl. 2.
- CMLS/S, 2007.** Projet ESOPE Burkina. Ouagadougou, Burkina Faso.
- CMLS/S, 2008a.** Normes et Protocole de Prise en charge Médicale. Ouagadougou, Burkina Faso.
- CMLS/S, 2008b.** Rapport trimestriel de Prise en Charge, 3^e trimestre. Ouagadougou, Burkina Faso.
- CNLS, 2008.** Rapport UNGASS, Ouagadougou, Burkina Faso.
- CNS, 2007.** Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement. CNS. Paris, France.
- GRIMM M. & GUNTHER I., 2007.** Growth and poverty in Burkina Faso, a reassessment of the paradox. Oxford, UK. *Journal of African Economies*, 16(1), p. 70 - 101.
- HADDAD S., RIDDE V., NOUGTARA A, 2004.** Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. Montréal, Québec. *Santé, Société et Solidarité*, Vol. 2, p. 199 - 210.
- IRSS, 2008.** Recherche Opérationnelle : Pratiques de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida au Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso
- IVERS L C., KENDRICK D., DOUCETTE K., 2005.** Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: A meta-analysis of the published literature. Chicago, USA. *Clin Infec Dis*; 41(2): 217 - 224.
- KASABATI/OMS, 2008.** Documentation de l'expérience du TAP au Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2007.** Annuaire statistique 2006 de la DEP, Ouagadougou, Burkina Faso.
- OMS, 2007.** 3 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, www.who.int. Genève, Suisse.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2008a.** Vers un accès universel. Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Genève, Suisse.
- OMS, 2008b.** Résistance aux médicaments anti-VIH, Indicateurs d'alerte précoce recommandés par l'OMS pour surveiller la prévention de la résistance aux médicaments anti-VIH. Genève, Suisse.
- ONADJA G., 2008.** Bilan des initiatives d'accès au traitement ARV au Burkina Faso, Symposium de l'IRSS sur la gratuité des ARV, Ouagadougou, Burkina Faso.
- ONUSIDA G., 2006.** L'Accès Universel à la prévention, aux soins, traitement et appui liés au VIH/Sida : un engagement qui motive au Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso.
- ONUSIDA/OMS, 2008.** Rapport sur l'épidémie Mondiale. Genève, Suisse.
- PAMAC, 2007a.** Campagne Nationale de Dépistage. Ouagadougou, Burkina Faso.

PAMAC, 2007b. Etude de séroprévalence chez des populations spécifiques. Ouagadougou, Burkina Faso.

PAMAC, 2008. Rapport sur les activités des OBC dans le domaine de la prise en charge. Ouagadougou, Burkina Faso.

PNUD, 2007. Rapport Mondial sur le développement humain. New York, USA.

SANOU M.J., 2008. Politique de dispensation des ARV au Burkina Faso pour un accès Universel à des traitements de qualité, Symposium de l'IRSS sur la gratuité des ARV. Ouagadougou, Burkina Faso.

SAWADOGO A., DRABO Y.J., MEDA N., COMPAORE G., MSELLATI P., VAN DE PERRE P., GUIARD-SCHMID JB. and the BURKINAVI Study Team, Burkinévi, 2008a. Etude prospective d'une cohorte de patients infectés par la VIH traités par ARV : comparaison de dispositifs de prise en charge centralisé et décentralisé au Burkina Faso. Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

SAWADOGO A., HEMA A, 2008b. Etude des perdus de vue parmi les patients sous ARV de l'hôpital de jour du CHU Sanon Souro. Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

SU TT, KOUYATE B, FLESSA S., 2006. Catastrophic household expenditure for health care in a low income society : a study from Nouna district, Burkina Faso. Geneva, Switzerland. Bulletin of the World Health Organization January; 84(1): 21 - 27.

SYLLA A., 2004. Accès au traitement et aux soins pour les PvVIH au Mali. Cesac. Bamako, Mali.

TEBIT D.M., SANGARE L., MAKAMSTE A., YAMEOGO S., SOMLARE H., BADO G., KOULDIATY G., SATHIANDEE K., TIBA F., SANOU I., OUEDRAOGO-TRAORE R., ZOUNGRANA L., DIALLO I., DRABO J.Y., KRA USSLICH H.-G., 2008. HIV Drug Resistance Pattern Among HAART-Exposed Patients With Suboptimal Virological Response in Ouagadougou, Burkina Faso, basic science. Hagerstown, USA. Journal of Acquired Immune Deficient Syndrome, Volume 49, Number 1, September 1.

THIRUMURTHY H., GRAFF ZIVIN J., GOLDSTEIN M., 2005. The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya. USA. NBER Working Paper n° 11871, December. USA.

UN, 2006. UNGASS Declaration. New York, USA.

UN/WORLD BANK, 2000. The Millennium Development Goals for health. Washington, USA.

UNION AFRICAINE, 2-4 mai 2006. Une Afrique Unie pour l'Accès Universel aux services de lutte contre le VIH d'ici 2010, Résolution des ministres de la santé. Abuja, Nigeria.

WHO, 2005a. The practice of charging user fees at the point of service of delivery for HIV/AIDS treatment and care, WHO discussion paper. Geneva, Switzerland.

WHO, 2005b. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Geneva, Switzerland.

WHO, 2005c. Department of health system financing, Health financing policy, Technical brief for policy makers, n°2. Geneva, Switzerland.

La place de la participation dans les processus évaluatifs des politiques de lutte contre le VIH au Burkina Faso

P-A. SOMÉ*, V. RIDDE**

Résumé

Dans le domaine de la santé publique, la participation communautaire est reconnue comme étant un facteur de réussite de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques publiques. Nous analysons dans cet article la participation lors des évaluations dans le domaine du VIH au Burkina Faso. Trois types d'évaluations participatives sont considérés : pluraliste, pratique et émancipatrice. L'objectif de cette étude est de préciser le type d'évaluation participative la plus courante et ses différentes composantes dans trois études de cas. Une analyse documentaire et dix entrevues en profondeur ont été réalisées. Les résultats montrent que l'approche la plus utilisée est de type pluraliste mettant davantage l'accent sur la représentativité et la diversité des parties prenantes au détriment du contrôle des décisions techniques et des relations de pouvoir. La formulation du jugement évaluatif échappe totalement aux non-évaluateurs qui sont pourtant parties prenantes à l'action. Or, une participation effective et non fictive des non-évaluateurs semble être un des moyens utiles pour faire d'une évaluation un véritable outil d'empowerment et de s'assurer d'une plus grande utilisation des résultats.

Mots-clés : Burkina Faso, VIH, évaluation, participation, programmes.

Abstract

In the area of public health, the participation of communities has been acknowledged to be relevant to ensure success to health programs. This relevancy, particularly in the area of AIDS control, cannot be overstated. To study the impact of ongoing participation practices on national HIV/AIDS control programs, we resort to the analysis of the participation of non-evaluators in evaluation processes, particularly because of the very central role of evaluation in the execution of public policies.

One of the main findings of the research suggests that the approach of participatory evaluation most used in Burkina Faso in areas relating to HIV belongs to a pluralist type. Pluralist-type participatory approach, contrary to the practical and emancipatory types, focuses on the representativeness and diversity of the various stakeholders, to the detriment of the follow-up of technical decisions and decision-making stakes. The formulation of judgment as part of evaluation is a strategically important step during the evaluation process and is totally beyond the control of non-evaluators, which are, however actors in the action under evaluation. The effective and true participation of non-evaluators in the key evaluation steps seems to be the only way to turn evaluation into a true instrument of empowerment and to make sure that the results of this evaluation will be used.

Keywords : Burkina Faso, HIV, programs, evaluation, participation.

* Initiative Privée communautaire de lutte contre le sida au Burkina ; 06 BP 10220 Ouagadougou 06
paulandre@ipc.bf

** Département de médecine sociale et préventive et centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Introduction

Depuis une décennie, la lutte contre le VIH est considérée comme une priorité nationale au Burkina Faso. En plus des acteurs gouvernementaux, la société civile dans son ensemble s'est fortement engagée dans ce qu'il convient d'appeler une riposte nationale à l'épidémie. Toutefois, la participation des organisations de la société civile est plus perceptible dans l'offre de service que dans la formulation des politiques. De surcroît, elle semble pratiquement inexistante dans les processus d'évaluation. Pourtant, la participation de ces organisations à la formulation, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques apparaît pertinente et fortement encouragée (OMS, 2004 ; ONUSIDA, 1997 et 1999 ; FOURNIER et POTVIN, 1995).

L'évaluation est considérée comme une démarche qui vise à produire des connaissances dans le but d'appuyer les processus de pilotage et de gestion des politiques (BEGIN *et al.*, 1999). Aussi, l'interaction entre les praticiens (gouvernants, gestionnaires ou intervenants), les utilisateurs des services et les évaluateurs, est un aspect très important. La participation de toutes les parties prenantes d'une politique à son évaluation est déterminante pour deux raisons principales. La première est que cette participation favorise la pertinence de l'évaluation et des questions auxquelles elle cherche à répondre. Une démarche participative favorisera ainsi l'utilisation des résultats (PATTON, 2008). La seconde raison est qu'il peut être utile de profiter d'un processus évaluatif pour renforcer le pouvoir d'agir des parties prenantes (FETTERMAN, 2000 ; LE BOSSE, 2003). Le processus évaluatif devient donc tout aussi important que les résultats qu'il met au jour.

L'objectif de cet article est de rendre compte des formes de participation dans les processus d'évaluation des programmes de lutte contre le VIH au Burkina Faso. Il s'agit de décrire cette participation à l'aide de dimensions clés et de caractériser la forme de participation observée dans le contexte de trois études de cas.

Méthode

Nous avons réalisé une étude de cas multiples (YIN, 1994). Compte tenu du temps et des ressources disponibles pour cette étude¹, trois cas ont été choisis. Ils ont été sélectionnés car ils concernent trois programmes d'envergure nationale mis en oeuvre et évalués entre 2001 et 2006, leur cible principale étant les organisations de la société civile (tableau I).

¹ Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de Master « Population & Santé » de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou.

Tableau I. Processus évaluatifs analysés.

| Projets/Programmes | Descriptif du Programme | Date de l'évaluation |
|--|--|----------------------|
| Cadre stratégique de lutte contre le Sida 2001-2004 : Secteur communautaire | Cadre global de planification et de mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH. La lutte contre le VIH est organisée selon les secteurs suivants : communautaire, santé, secteur ministériel hors santé, le privé et entreprises. (2001 – 2005) | Octobre 2004 |
| Projet Sida et Communautés : phase I (2002-2004) | Projet d'appui au monde communautaire financé par l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas. Financement destiné uniquement aux organismes communautaires. (2002-2004) | Mars 2004 |
| Interventions Ciblées du Projet d'Appui au Programme Multi-Sectoriel de lutte contre le Sida | Le PA-PMLS est un projet qui a été financé par la Banque Mondiale pour contribuer à la mise en œuvre du CSLS 2001-2005. Ce projet avait quatre composantes dont les interventions ciblées. Cette composante visait à apporter un appui aux activités des ONG et Associations dont les actions sont orientées vers des groupes vulnérables. (2003 – 2006) | Mars 2006 |

Cadre d'analyse

Dans le domaine de l'évaluation participative, il est admis l'existence de trois types d'approche (WEAVER et COUSINS, 2005) :

- i) une approche d'évaluation participative est qualifiée de pluraliste parce qu'elle met l'accent sur la prise en compte de la pluralité de perspectives et de points de vue des parties prenantes au cours du processus évaluatif. La préoccupation de l'évaluateur n'est pas de partager le contrôle du processus mais de s'assurer de réaliser une évaluation ancrée au milieu ;
- ii) l'évaluation participative de type pratique se fait dans un cadre de partenariat où évaluateurs et non évaluateurs occupent des positions égalitaires. Elle est basée sur une intense intervention des parties prenantes au processus de prise de décisions techniques mais aussi programmatiques ;
- iii) l'évaluation participative est qualifiée d'émancipatrice, lorsque la participation à l'évaluation vise à accroître le pouvoir d'agir des parties prenantes dans une perspective de justice sociale.

Pour caractériser les différents processus participatifs d'évaluation, un cadre d'analyse les décrit en fonction de cinq dimensions analysées à l'aide d'une échelle de type Likert (WEAVER et COUSINS, 2005 ; RIDDE, 2006). Le tableau II représente le cadre d'analyse adapté et tel qu'utilisé au cours de l'étude.

Tableau II. Cadre d'analyse de la dimension participative des processus d'évaluation.

| Dimensions du processus | Echelle d'analyse | | |
|--|---|---|--|
| | 5 = Très favorable à la participation ^a | 3 = Moyennement favorable | 1 = Très défavorable à la participation |
| 1/ Diversité des parties prenantes | | | |
| Quels sont ceux qui ont pris part à l'évaluation ? | Les non-évaluateurs et les évaluateurs | Le SP/CNLS et les évaluateurs | Les évaluateurs seuls |
| 2/ Représentativité des parties prenantes | | | |
| Quel était le niveau de représentativité des structures et acteurs concernés par l'évaluation ? | Les participants à l'évaluation ont été choisis de telle sorte qu'il y ait une représentation de tous les acteurs concernés par l'évaluation | Les participants à l'évaluation ont été choisis de telle sorte qu'il y ait une représentation approximative | Les participants à l'évaluation représentaient faiblement les acteurs concernés |
| 3/ Contrôle du processus de formulation des questions et de la démarche | | | |
| Quels sont ceux qui ont contribué à la formulation des questions d'évaluation et à la définition de la démarche méthodologique ? | Les non-évaluateurs et les évaluateurs | Le SP/CNLS et les évaluateurs | Les évaluateurs seuls |
| 4/ Contrôle du processus de formulation des recommandations | | | |
| Quels sont ceux qui ont participé au processus de collecte et d'analyse ? | Les non-évaluateurs et les évaluateurs | Le SP/CNLS et les évaluateurs | Les évaluateurs seuls |
| 5/ Relations de pouvoir entre les parties prenantes | | | |
| Quelle a été la nature des relations de pouvoir entre les différentes parties prenantes à l'évaluation ? | Évaluateurs et non évaluateurs constituent une équipe où les décisions sont prises de façon consensuelle ou à défaut les différentes parties sont au même niveau d'informations et les décisions sont prises de façon consensuelle. | Une des parties prenantes a eu accès à l'information utile et en temps opportun et pas l'autre partie; ou une des parties prenantes est exclue de la prise de décision. | Les principales décisions relatives à l'évaluation sont prises à un autre niveau. Les évaluateurs et les non évaluateurs n'ont pris aucune décision. |
| 6/ Fluidité de la mise en œuvre | | | |
| Comment caractériser l'administration du processus évaluatif ? | Très interactive. Toutes les parties prenantes ont pu s'exprimer. | Totalement rigide et contrôlée par l'évaluateur avec forte interférence des commanditaires. | Totalement rigide et contrôlée par l'évaluateur. |
| 7/ Profondeur de la participation | | | |
| Quelle a été la profondeur de la participation ? | Parmi les non-évaluateurs, les communautés bénéficiaires, les ONG/Associations ont le contrôle total, le déroulement de l'évaluation ainsi que les principales décisions qui sont prises. | Les communautés bénéficiaires et les ONG/Associations sont consultées ; les décisions proposées sont validées par elles. | Les communautés bénéficiaires et les ONG/Associations sont présentes mais elles n'ont aucun pouvoir d'action. |

^a => Les non-évaluateurs = communautés bénéficiaires, les ONG/Associations, le Secrétariat Permanent du Conseil National de lutte contre le Sida (SP/CNLS).

Collecte et analyse de données

Deux types d'outils de collecte de données ont été employés : i) la documentation des programmes ; et ii) des entrevues en profondeur (10) avec : un évaluateur, un représentant des autorités sanitaires et un ou deux intervenants pour chaque programme. Les entrevues se déroulaient en deux étapes. Lors de la première étape, les personnes s'adonnaient à un exercice d'auto-évaluation pour apprécier la nature de la participation sur l'échelle de 1 à 5. Lors d'une seconde étape, elles ont justifié leur appréciation puis un entretien qualitatif a été réalisé. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin de faire l'objet d'une analyse de contenu.

Résultats

Caractérisation du processus d'évaluation participative

La caractérisation de la participation est réalisée à partir de la cote moyenne attribuée par les personnes interrogées (tableau III).

Tableau III. Cote moyenne pour les trois études de cas.

| Dimension du processus évaluatif | Evaluation du cadre stratégique de lutte contre le sida 2001-2004 | Evaluation du projet SIDA et Communautés : phase I | Evaluation des interventions ciblées du Projet d'Appui au Programme Multi-Sectoriel de lutte contre le SIDA |
|---|---|--|---|
| La diversité des parties prenantes participantes | 4 | 3,5 | 4,5 |
| La représentativité des parties prenantes | 3,5 | 3,5 | 4,5 |
| Le contrôle du processus de formulation des questions et de la démarche | 2 | 2 | 1,5 |
| Le contrôle du processus de formulation des recommandations | 2 | 2 | 1,5 |
| La fluidité de la mise en œuvre | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| Les relations de pouvoir entre les parties prenantes participantes | 2,5 | 2,5 | 3 |
| La profondeur de la participation. | 1 | 3 | 3 |
| TYPE D'ÉVALUATION | PLURALISTE | PRATIQUE | PLURALISTE |

Evaluation du cadre stratégique de lutte contre le Sida 2001-2004 : cette étude de cas semble montrer qu'il s'agit d'une évaluation participative de type pluraliste.

Evaluation du projet SIDA et Communautés : les parties prenantes à l'évaluation sont consultées mais elles valident également les décisions. Elles estiment participer au contrôle technique du processus même si cela paraît insuffisante (2,5/5). L'approche d'évaluation participative est de type pratique.

Evaluation des interventions Ciblées du Projet d'Appui au Programme Multi-Sectoriel de lutte contre le SIDA : le processus semble avoir été marqué par un très bon niveau de représentativité et de diversité des parties prenantes à l'évaluation. La profondeur de la participation est jugée moyenne mais reste intéressante. Le processus évaluatif a donc été conduit selon une approche pluraliste.

Nature de la participation

L'analyse de la participation est basée sur les dimensions du cadre d'analyse.

Diversité des parties prenantes

Il a été très difficile d'apprécier de façon empirique la représentativité des points de vue. L'une des difficultés rencontrées par exemple a été de faire la différence entre les opinions des personnes désignées et celles qui dominent au sein de leur organisation qu'elles sont censées représenter. Les données semblent cependant montrer que les participants ont été choisis selon des quotas. Mais ces quotas tiennent seulement compte de la nature des organisations et non pas de leur positionnement par rapport aux enjeux de l'évaluation.

Représentativité des parties prenantes

L'information importante est qu'au cours de ces évaluations, le souci a été que toutes les parties prenantes soient représentées. Pour ce faire, un comité consultatif a généralement été mis en place. Cependant, nous n'avons pas pu trouver d'informations précises sur la façon dont ce comité a été constitué. Une chose semble certaine : il n'y a pas eu de consultation au départ pour choisir les représentants des parties prenantes. Ainsi, selon une des personnes ressources interrogées, « les représentants proviennent de toutes les organisations de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso. Les quotas de représentativité sont fixés par le commanditaire ». Aussi, même s'il existait la volonté que toutes les parties prenantes soient présentes, la question de la représentativité des organisations qui sous-entend la diversité des opinions n'a pas été considérée.

Contrôle du processus de formulation des questions et de la démarche

La pratique est considérée par les participants à l'étude comme très défavorable à la participation. En effet, les processus de prise de décisions techniques sont totalement et exclusivement sous le contrôle des évaluateurs. Ces derniers et les parties prenantes sont persuadés du fait que seuls les évaluateurs sont habilités et légitimés à procéder à la collecte et à l'analyse de données. Un évaluateur précise que : « Les ONG et associations n'ont pas la compétence pour analyser des données, c'est la raison pour laquelle on a eu recours à notre expertise d'évaluateurs.... De toutes les façons, même si nous voulions les former, le temps ferait défaut. Il faut reconnaître que même si l'approche participative est une bonne pratique, elle a des limites.... Il faut avoir des acteurs compétents ». Un responsable d'ONG confirme : « La formulation de la méthodologie, la collecte et l'analyse des données, il faut le reconnaître ne sont pas de notre ressort ».

Contrôle du processus de formulation des recommandations

La formulation des recommandations échappe également au contrôle des parties prenantes. Dans le meilleur des cas, ces dernières sont consultées pour valider les recommandations, mais leur implication ne va jamais au-delà de cela. Il n'y a pas eu de moment pour discuter collectivement des recommandations à retenir. Les appréciations faites sur les relations de pouvoir ainsi que sur la fluidité de la mise en œuvre confortent cette situation où les évaluateurs disposent d'un grand contrôle sur les décisions.

Relations de pouvoir entre les parties prenantes

Les résultats ne font pas apparaître de relations de pouvoir de type conflictuel, mais ils montrent que ces relations n'étaient pas neutres. La structure du pouvoir dans ces trois processus est de type hiérarchique. Les positions dominantes du fait du contrôle de certaines informations clés sont le plus souvent occupées par le commanditaire de l'évaluation ou par les évaluateurs. Les autres sont exclus et ne disposent que d'un pouvoir très relatif. Mais ces positions ne sont pas figées et les interprétations peuvent varier selon les acteurs : « Des organisations comme l'ONG X, compte tenu de son rôle de pionnier a eu des voix prépondérantes lorsqu'il a été question de définir les orientations à donner pour les programmes à venir ». Interrogé sur ce point, le responsable de cette ONG fait une contre-analyse : « Dès le départ et au cours de la réunion de prise de contact avec le consultant, les discussions nous ont semblé très ouvertes. Mais par la suite, nous nous sommes rendu compte que nos voix ne comptaient pas véritablement ».

Fluidité de la mise en œuvre

Les participants sont plutôt unanimes sur le fait que les processus ont été assez rigides et contrôlés par l'évaluateur, avec quelques interférences de la part des commanditaires. Cependant, en fonction de la position de la personne interrogée dans la structure du pouvoir, les perceptions sur la fluidité de la mise en œuvre diffèrent. Pour les commanditaires, « le processus a été très interactif. Les mécanismes de consultations des acteurs mis en place ont bien fonctionné ». Pour les parties prenantes, cette façon de décrire la situation doit être nuancée. Ces derniers ont très souvent pensé que l'approche a été plutôt directive : « En dehors de la réunion préparatoire au cours de laquelle les outils nous ont été présentés, nous n'avons plus eu d'opportunité d'expression », dit un responsable de projet. Il apparaît que pour l'opinion dominante, l'approche participative consiste à faire valider les décisions prises.

Profondeur de la participation

La profondeur de la participation a été faiblement appréciée. Le sentiment qui se dégage est que les ONG n'ont pas véritablement été présentes dans les prises de décision : « Nous avons souhaité avec la plupart des organisations concernées que l'évaluation prenne en compte certains critères et indicateurs qui auraient permis de mieux apprécier notre travail... Nous n'avons pas réussi à le faire parce que l'opportunité ne nous a pas été offerte ».

Discussion

Les processus évaluatifs des programmes de lutte contre le VIH au Burkina Faso organisent une approche participative de type pluraliste. Lorsqu'il y a participation, elle est surtout repérable par la représentativité et la diversité des parties prenantes. Pour les autres dimensions du processus participatif, l'étude révèle des pratiques plutôt défavorables à la participation. C'est notamment

le cas pour le contrôle du processus de formulation des recommandations et les relations de pouvoir entre les parties prenantes.

Globalement, les personnes rencontrées pensent que les parties prenantes des politiques ne disposent pas des compétences pour participer aux évaluations car elles sont jugées trop techniques et complexes. De plus, le temps imparti, généralement très court, ne permet pas de les former pour favoriser leur participation aux évaluations, alors que cela est préconisé et faisable (AUBEL 1999 ; RIDDE, 2004).

En ce qui concerne les relations de pouvoir, les résultats montrent que, sans être de type conflictuel, elles sont de type hiérarchique, bien que la perception de cette hiérarchie varie selon les acteurs.

Toutes ces raisons nous conduisent à nous interroger sur la réalité de la participation dans sa forme pluraliste. Dans le contexte du Burkina Faso et en considérant d'autres exemples de politiques publiques, notamment celles visant la réduction de la pauvreté et des inégalités, ce sont plutôt des approches consultatives qui sont mises en œuvre lors des évaluations. Cette situation s'explique probablement par le fait qu'il y a encore beaucoup de réticences à la participation lors des évaluations, par exemple on court le risque d'une sur-valorisation ou d'une remise en cause des résultats (BERNOUX, 2004). La participation semble poser de façon récurrente la question de la pluralité des légitimités : « Qui décide finalement ? Comment faire participer aux décisions d'intérêt général les acteurs de la société civile, sans déconsidérer la fonction politique des pouvoirs publics... issus de processus démocratique. » (LEVY, 2002 : p. 14).

L'enjeu ici, c'est qu'avant tout processus participatif, il faut en définir le sens et la portée. (BARON et MONIER, 2003 ; RIDDE, 2006). Dans le domaine de la santé publique, et particulièrement de l'évaluation, nous croyons qu'elle devrait répondre à un besoin de conscientisation et d'émancipation des acteurs de la société civile. Or, l'approche pluraliste, et encore plus celle qui ne serait que consultative, ne peut répondre à cette exigence. Pire, elle pourrait dériver et s'apparenter à une forme d'instrumentalisation de la société civile.

Conclusion

L'analyse de ces trois études de cas semble montrer que l'évaluation est perçue et pratiquée de la façon la plus conventionnelle parmi les approches possibles. Elle reste une activité pratiquée par les seuls experts. Les conséquences d'une telle pratique sont que l'évaluation est coupée de l'action et ne bénéficie pas du temps qui est nécessaire à sa préparation et à sa réalisation. Aussi, nous pensons que les pratiques évaluatives au Burkina Faso peuvent être améliorées du point de vue de la participation des acteurs de la société civile. Pour ce faire, il faudrait créer les conditions favorables à cette participation et viser, à travers elle, le renforcement du pouvoir d'agir des individus et des organisations engagées dans la riposte contre le VIH.

Références bibliographiques

AUBEL J., 1999. Participatory Program Evaluation Manual. Involving Program Stakeholders in the Evaluation Process. Calverton, Maryland : Child Survival Technical Support Project and Catholic Relief Services.

BARON G., MONNIER E., 2003. Une approche pluraliste et participative : Coproduire l'évaluation avec la société civile. In Informations sociales, 110 : 1-7.

- BEGIN C., JOUBERT P., TURGEON J., 1999.** L'évaluation dans le domaine de la santé : conceptions, courants de pensée et mise en oeuvre. In C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest &.
- BERNOUX JF, 2004.** L'évaluation participative au service du développement social, Paris Dunod, 176 p.
- FETTERMAN D.M., 2000.** Foundations of Empowerment Evaluation. Thousand Oaks, CA : Sage.
- FOURNIER P., POTVIN L., 1995.** Participation communautaire et programmes de santé : fondements et dogmes. In Sciences Sociales et Santé vol, 13(2) : 39-59
- LE BOSSE Y., 2003.** De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. Nouvelles Pratiques Sociales, 16(2) : 30-51.
- LEVY M., 2008.** Introduction. In Comment réduire pauvreté et inégalités. Pour une méthodologie des politiques publiques. BARBEDETTE L., BERTHOME J., BRUNET-JAILLY J., CHAUVEAU J-P., GENTIL D., LANGE M-F., LAVIGNE DELVILLE P., LE BRIS E., MARNIESSE P., IRD Karthala, p. 6-16.
- OMS, 2004.** Rapport sur la santé dans le monde, Genève, Chap. 3.
- ONUSIDA, 1997.** Mobilisation communautaire et Sida, Genève, 8 p.
- OUNSIDA, 1999.** De la théorie à la pratique : une participation accrue des personnes infectées ou affectées du VIH/SIDA. Le concept « GIPA » Genève, 20 p.
- ONUSIDA, 2001.** Intensification de la participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA (GIPA) en Afrique Subsaharienne, 27 p.
- PATTON M.Q., LABOSSIERE F., 2008.** L'évaluation axée sur l'utilisation. In Concepts et pratiques de l'évaluation de programmes, RIDDE V., DAGENAIS C., Presses de l'université de Montréal, sous presse.
- RIDDE V., 2004.** L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? Développement et Santé, 169 : 23-29.
- RIDDE V., 2006.** Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. Canadian Journal of Program Evaluation, 21 (2) : 1-23.
- WEAVER L., COUSINS JB., 2005.** Unpacking the participatory process. Journal of MultiDisciplinary Evaluation, 1 : 19-40.

Analyse comparée des plans stratégiques de lutte contre le VIH en Haïti et au Burkina Faso

A. FORO*, V. RIDDE**

Résumé

Cet article est une analyse comparée de la formulation des plans stratégiques de lutte contre le VIH en Haïti et au Burkina Faso. Une revue documentaire a été effectuée en prenant appui sur un cadre d'analyse de l'étude des politiques publiques qui permet l'examen des plans à partir du contexte, du contenu et des stratégies d'intervention. L'analyse montre que les différences contextuelles observées ne sont pas prises en compte de manière suffisamment importante dans la formulation des stratégies proposées. Ces stratégies sont assez génériques, ce qui s'explique certainement par le rôle des partenaires techniques et financiers. La planification semble plus viser l'obtention des ressources que le changement social. Par ailleurs, il n'existe pas de priorités clairement établies entre les multiples axes d'intervention proposés. Les plans, comme soutien à la mise en œuvre des interventions, peuvent être améliorés par une adaptation plus précise aux contextes nationaux et une implication plus importante de la société civile dans leur formulation.

Mots-clés : Analyse, plans stratégiques, VIH/sida, Haïti, Burkina Faso.

Comparative analysis of strategic aids control plans in Haïti and Burkina Faso

Abstract

This paper is a comparative analysis of strategies in response to HIV/AIDS in Haiti and Burkina Faso. A documentary review, based on the framework of public policies, makes it possible to analyze plans with reference to contextual factors, content and intervention strategies. The analysis shows that the contextual differences observed are not taken into account sufficiently in the formulation of the proposed strategies. These strategies are quite generic, which is no doubt explained by the role played by technical and financial partners. Planning would appear to be centered more on obtaining resources than on social change. Moreover, no clear-cut priorities have been established among the multiple axes of the proposed interventions. The plans, serving to support the implementation of intervention strategies, can be improved by a more precise adaptation to national contexts and by a greater involvement of civil society in their formulation.

Keywords: Analysis, strategic plans, HIV/AIDS, Haiti, Burkina-Faso.

* Faculté de médecine, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
Université de Montréal, Pavillon 1420 Mont-Royal, (Québec) H2V 4P3
anne.foro@umontreal.ca

** Centre de recherche du CHUM, Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal, (Québec) H2W 1V1,
valery.ridde@umontreal.ca

Introduction

La formalisation des politiques publiques se fait généralement par l'élaboration de plans d'action. La planification, selon MINTZBERG (2004 : 28), vise un « résultat articulé sous la forme d'un système intégré de décisions ». Dans une démarche concrète, elle s'appuie sur des données factuelles et contextuelles pour la prévision des ressources et des actions futures.

L'élaboration de plans nationaux pour la mise en place des politiques de lutte contre le VIH est une approche préconisée par les organismes internationaux, notamment l'ONUSIDA. À cet effet, plusieurs cadres d'orientation ont été proposés comme guides. Dans celui de 1998, la planification stratégique est définie comme un processus prenant en compte « les déterminants d'un problème particulier, qui varient selon les gens concernés [...] et en fonction de situations qui peuvent changer. Planification stratégique suppose adaptation de normes à une situation donnée » (ONUSIDA, 1998 : 4). L'originalité de la vision et des stratégies qui sont susceptibles de modifier le cours de l'épidémie dépend de leur degré de contextualisation.

Cet article compare les plans nationaux de lutte contre le VIH en Haïti et au Burkina Faso. Il vise à mettre en exergue les différences et les similitudes concernant les contextes de planification puis à apprécier la contextualisation des stratégies.

Méthodologie

L'analyse procède par une revue documentaire prenant en compte les plans stratégiques des deux pays, ainsi que plusieurs rapports et articles relatifs à la planification et aux aspects socio-culturels des politiques de lutte contre le VIH. Les plans stratégiques en cours au Burkina Faso et en Haïti sont respectivement ceux de 2006-2010 et 2002-2006 (ce dernier est en cours d'actualisation pour 2008-2012). Les ressources documentaires ont été identifiées à l'aide de mots clés, à partir des bases de données Pubmed, EBSCO, Google scholar, ainsi que des sites de publication de l'OMS, du PNUD et de l'ONUSIDA. Le choix d'Haïti et du Burkina Faso repose sur la démarche méthodologique de l'étude de cas contrastés (YIN, 2003). Les éléments de contraste tenant lieu de critères de sélection sont surtout relatifs au contexte de planification.

Sur le plan théorique, l'examen des plans se réfère au cadre d'analyse des politiques de santé proposé par WALT (1994). Celui-ci comprend quatre composantes : contexte, acteurs, contenu, stratégies. Les résultats présentés dans cet article sont centrés sur trois de ces composantes, soit le contexte, le contenu et les stratégies. Cette analyse est conçue comme préparatoire à l'étude du jeu des acteurs qui sera réalisée dans un second temps à l'aide d'une collecte de données empiriques.

Résultats

Contextes de planification

Cette section décrit succinctement les contextes sociopolitique, économique, culturel, démographique et sanitaire des deux pays.

Contexte sociopolitique

Pour le contexte sociopolitique, nous abordons l'histoire des deux pays à partir des années 1980. En Haïti, parmi les événements marquants, il y a le départ forcé de Jean Claude Duvalier en 1986, l'annulation des élections et la tentative d'instaurer un régime démocratique en 1987. L'exil forcé d'Aristide après un coup d'État en 1991, suivi de l'embargo international et du débarquement des troupes américaines en 1994, sont quelques uns des éléments constitutifs d'une instabilité quasi permanente en Haïti (ANTOINE, 1999). Au Burkina Faso, une brève période de révolution entre 1984 et 1987, avec l'assassinat de son président, constitue l'événement troublant de la vie politique du pays. Depuis la constitution du 02 juin 1991, le pays connaît une relative stabilité (MADIÉGA et NAO, 1996).

Situation économique

Du point de vue économique, le peu de ressources naturelles et la faible productivité rendent les économies des deux pays particulièrement sensibles aux chocs extérieurs. De part et d'autre, le bilan des Nations Unis pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement postule à partir des tendances actuelles, l'atteinte peu probable des cibles définies pour 2015 (PNUD, 2003 ; 2006). Les indicateurs de développement affichent une tendance à l'augmentation de l'incidence de la pauvreté. Au Burkina Faso, la proportion de la population touchée par la pauvreté était de 42 % en 1996 et est passée à 46 % en 2003 (MEDEV, 2004). En Haïti, cette proportion était estimée à 48 % en 2000 (PNUD, 2006). En 2007 le PIB/habitant en Parité de Pouvoir d'Achat était de 1800 USD en Haïti et de 1300 au Burkina Faso. Enfin, dans les deux contextes, l'aide publique au développement constitue un volet important de l'économie (CIA, 2007).

Situation sociodémographique

Pour les indicateurs sociodémographiques (tableau I), Haïti affiche globalement un meilleur profil. En sus de ces indicateurs, l'urbanisation rapide et peu contrôlée est une caractéristique commune aux deux pays, notamment dans les deux capitales. Par ailleurs, il existe une forte tradition d'émigration vers les États-Unis en ce qui concerne les Haïtiens et vers la Côte-d'Ivoire en ce qui concerne les Burkinabé (PNUD, 2006; MEDEV, 2004).

Tableau I. Comparaison d'indicateurs sociodémographiques : Burkina Faso Haïti.

| Indicateur | Pop Tot (million) 2005 | PIB/ht PPA (US) | Espérance de vie à la naissance 2005 | Tx croiss. annuel. pop. | Indice synthétique fécondité | Tx fécondité ado. ‰ | Tx mortalité infantile ‰ nais. vivantes (2005) | Tx mortalité maternelle ‰‰‰ nais. vivantes (2000) |
|--------------|------------------------------|------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|--|
| Pays | | | | | | | | |
| Burkina Faso | 13 228 000 | 1300 | 49 | 48 | 2,37 (CSLP2004) ¹ | 6,2 (EDS2003) ² | 131 (EDS2003) | 96 484 (EDS2003) |
| Haïti | 8 528 000 | 1800 | 56 | 53 | 2,08 IHSI2001) ³ | 4,7 (EMMUS III) ⁴ | 80 (EMMUS III) | 83 534 (EMMUS III) |

Source : WHO, 2007.

¹ CSLP : Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté

² EDS : Enquête Démographique et de Santé

³ IHSI : Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique

⁴ EMMUS III : Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services

Situation sanitaire

Concernant la situation en matière de VIH, en Haïti les premiers cas de sida datent de la fin des années 1970. C'est en 1986 que le Burkina déclare officiellement ses 26 premiers cas de sida à l'OMS. Les données chiffrées de séroprévalence du VIH montrent une croissance jusqu'au milieu des années 1990, puis un déclin plus rapide au Burkina Faso. Ce chiffre est passé de 7,17 % à 4,2 % entre 1997 et 2002, tandis qu'en Haïti, il est passé de 5,92 % à 5,29 % entre 1996 et 2001 (CNLS, 2005 ; MSPP, 2002). Selon l'ONUSIDA, la prévalence de l'infection est en 2007 d'environ 2 % dans les deux pays. Au Burkina Faso, les « signes d'une baisse de la prévalence du VIH sont apparents » (ONUSIDA, 2008 : 19) tandis qu'en Haïti certains signes seraient inquiétants, comme l'usage du préservatif qui « serait en déclin » et les prévalences qui « ne diminuent pas dans les communautés rurales » (ONUSIDA, 2008 : 2).

En matière de politique de santé, les deux pays sont engagés dans une réforme de décentralisation avec la mise en place de districts sanitaires au Burkina Faso et d'unités communales de santé en Haïti. Théoriquement, les politiques sanitaires des deux pays sont très proches ; cependant, le Burkina Faso semble en avance sur le plan de la mise en œuvre de la décentralisation du système de santé (BICABA *et al.*, 2006). Globalement (tableau II), les deux systèmes de soins se caractérisent par une faible couverture, une pénurie en personnels et une insuffisance des plateaux techniques.

Tableau II. Comparaison d'indicateurs sociosanitaires : Burkina Faso Haïti

| Indicateur | Prévalence VIH adulte >15 ans % 2005 | Tx décès spécifique VIH ‰ 2005 | Couverture . thérapie antorétrovirales | | Dépenses santé per capita (US\$) (2004) | Nbre médecins/ 1000 hts (2004) | Nbre infirmiers/ 1000 hts (1998) |
|--------------|--|--|--|-------------------------------|---|---|---|
| | | | Infection avancée | Femmes enceintes (2006) | | | |
| Pays | | | | | | | |
| Burkina Faso | 2,004 | 91 | 39 | 6 | 24 | 0,05 (2004) | 0,32 (2004) |
| Haïti | 3,377 | 188 | 39 | 7 | 33 | 0,25 (1998) | 0,11 (1998) |

Source : WHO, 2007

Contexte social de transmission du VIH

Les deux pays se caractérisent par le fait que les rapports hétérosexuels constituent le principal mode de transmission du VIH. Sur le plan culturel, l'un des éléments similaires aux deux pays relevant de l'organisation sociale est le déséquilibre des rapports de genre. Le maintien de certains stéréotypes contribue à réduire le pouvoir de décision des femmes et leurs capacités de négociation notamment dans le domaine de la sexualité. Leur situation de dépendance économique et les normes sociales en matière de procréation favorisent les rapports sexuels sans protection non consentis. La tolérance d'une liberté sexuelle plus grande pour l'homme favorise le multipartenariat. La pauvreté et le faible niveau d'éducation favorisent des situations de transmission, telles que le travail sexuel, et peuvent retarder le recours au dépistage, obstacle à l'efficacité de la prévention (FERRY, 1999 ; UNESCO, 2002). Dans la culture haïtienne, la pratique du vaudou offrirait un espace de liberté sexuelle selon les responsables sanitaires du pays (MSPP, 2002).

Fondements et stratégies d'intervention

Fondements

Dans la structuration globale des plans, celui d'Haïti se calque davantage sur le guide de planification proposé par l'ONUSIDA (1998). Les objectifs formulés sont exactement ceux du cadre stratégique mondial sur le VIH : réduire « le risque, la vulnérabilité et l'impact » (MSPP, 2002 : 19). Le plan stratégique 2006 - 2010 du Burkina Faso présente les leçons apprises de la réalisation du plan précédent (CNLS, 2005:11). Dans le résumé préliminaire, un lien est établi avec le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et la politique nationale de santé.

Du point de vue des contenus (tableau III), la formulation des valeurs et fondements dans le plan du Burkina Faso fait référence à certaines dispositions spécifiques, tels l'engagement politique, le cadre juridique, ainsi que les engagements internationaux auxquels le pays a souscrit. Les valeurs qui sous-tendent la stratégie d'intervention en Haïti sont libellées en des termes plus généraux. Au niveau des principes directeurs, la réduction des inégalités sexospécifiques et la consolidation de l'approche multisectorielle à travers le partenariat et la coordination des interventions sont des points communs dans les deux plans.

Tableau III. Comparatif des principes et fondements.

| BURKINA FASO | HAÏTI |
|--|--|
| « Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CSLS) 2006-2010 » | « Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti 2002-2006 » |
| Fondements⁵ | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Engagement politique au plus haut niveau – Adoption d'une approche multisectorielle et décentralisée – Existence d'un cadre juridique – Souscription à l'objectif social de la santé pour tous – Cohérence avec la décentralisation et l'Initiative de Bamako – Souscription aux engagements internationaux | <p>Vision : Pour un développement humain durable, les interventions par l'approche multisectorielle devraient permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prévenir de nouvelles infections – Améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par une prise en charge globale et équitable <p>Valeurs : L'équité, la justice sociale, la solidarité et la promotion de la santé sont les valeurs qui constituent le fondement des principes directeurs</p> |
| Principes directeurs | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Renforcement des mesures de prévention et promotion du dépistage volontaire – Amélioration de l'accès aux soins et à la prise en charge globale des personnes infectées et affectées – Élaboration et mise en oeuvre de programmes nationaux spécifiques au profit des groupes vulnérables – Consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée – Prise en compte de la dimension genre – Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources – Renforcement de la bonne gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> – Assurance d'un leadership par l'État haïtien – Nécessité d'un consensus et d'un engagement social fort – Mise en place par le gouvernement et les acteurs de la société civile des moyens et de la coordination nécessaire – Respect du droit à la vie, à la santé, à l'éducation, à la protection de tous – Soutien à l'engagement actif des PvVIH ou affectées – Affrontement explicite des inégalités sexospécifiques qui facilitent la propagation de l'épidémie – Mise à disposition des méthodes de prévention, des traitements et des résultats des progrès scientifiques de façon équitable et financièrement accessible |

⁵ Les libellés sont ceux des plans respectifs.

Objectifs et stratégies

Sur le plan des projections, dans son plan stratégique 2002-2006, Haïti visait à diminuer la prévalence de l'infection au VIH de 4,88 à 3 % et celle des IST de 12 à 6 % à la fin de l'année 2006 (MSPP, 2002). L'objectif en ce qui concerne le VIH est dépassé pour cette échéance, la prévalence étant estimée à 2,2 % (ONUSIDA, 2008). L'objectif visé par le Burkina Faso pour la période 2006 - 2010 est de réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires. La prévalence du VIH au Burkina Faso est estimée à moins de 2 % en 2006 (ONUSIDA, 2008). Au regard de ces objectifs, les axes d'intervention proposés par chacun des pays sont résumés dans le tableau IV ci-dessous.

L'analyse des stratégies laisse apparaître que, l'implication déclarée de la communauté et des différents secteurs ministériels est plus importante au Burkina Faso qu'elle ne l'était en Haïti quatre ans auparavant. Le rapport 2001 du PNUD souligne le rôle important joué par les Organisations à Base Communautaire (OBC) dans la réponse à la lutte contre le VIH (PNUD, 2001). Au total « plus de 1000 structures associatives/OBC, plus de 2 600 comités villageois [...] ont élaboré et exécuté soit un plan d'action soit un microprojet de lutte contre le VIH/SIDA et les IST » (CNLS, 2005 : 23).

En Haïti, ces structures, bien que prévues dans le plan 2002 - 2006, semblent moins bien implantées. Ce document présente les limites des méthodes actuelles parmi lesquelles, « le manque d'intervention dans le milieu rural [...] le manque d'implication de la communauté [...] ; la multi-sectorialité trop limitée » (MSPP, 2002 : 12).

Tableau IV. Comparatif des stratégies d'intervention.

| PLAN BURKINA FASO | PLAN HAÏTI |
|---|---|
| Objectifs stratégiques | |
| 1) réduire la transmission du VIH et des IST 2) renforcer la prise en charge et le soutien aux personnes infectées et affectées 3) renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources 4) renforcer la surveillance de l'épidémie, 5) accroître les capacités de coordination et de suivi-évaluation. | 1) Diminuer le risque d'infection pour ralentir l'épidémie 2) Diminuer la vulnérabilité pour réduire le risque d'infection et l'impact de l'épidémie, 3) Diminuer l'impact de l'épidémie pour réduire la vulnérabilité au VIH. |
| Axes stratégiques | |
| Domaines prioritaires⁶ | |
| 1. Renforcement des mesures de prévention et promotion du conseil dépistage volontaire | 1. Promotion de comportements à moindre risque 2. Prise en charge des IST |
| 2. Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PvVIH | 3. Promotion /distribution de condom 4. Approvisionnement en sang sûr |
| 3. Renforcement de la protection et du soutien aux PvVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques | 5. Réduction de la transmission mère-enfant 6. Prévention de la transmission accidentelle et par viol |
| 4. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources | |
| 5. Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche | |

⁶ Les libellés sont tels qu'ils apparaissent dans la logique de structuration de chaque plan.

Discussion

Une planification qui s'organise différemment dans les deux pays

Sur le plan historique, le déni collectif faisant suite à la déclaration du CDC sur le VIH comme maladie des '4H' (homosexuels, héroïnomanes, hémophiles, Haïtiens) est un élément marquant de la dynamique de l'épidémie. Cette stigmatisation aurait déclenché au sein de la communauté scientifique en Haïti une bataille pour apporter les preuves contraires (FARMER, 1996). Dans un tel contexte, une des conséquences serait peut-être, comme le souligne SAINT-DIZIER (2001 : 85), que « l'importance de l'endémie en Haïti fut laissée de côté ». En effet, si les premiers cas datent de la fin des années 1970, un comité national de lutte contre le VIH a vu le jour en 1987, le premier plan stratégique a été élaboré en 1988 et le plan 2002-2006 est la première initiative à caractère multisectoriel. Par contre, au Burkina Faso, dès la reconnaissance officielle des premiers cas en 1986, une logique d'intervention visant à endiguer le développement de l'infection a été développée. Les premières orientations politiques ont débouché sur la mise en place d'un comité technique en 1987. Le programme national est implanté à partir de 1990, renforcé par le Projet Population et Lutte contre le Sida. Ainsi, dix ans ont séparé la découverte d'un premier cas et la formulation d'une politique en Haïti (1978 vs 1988) ; au Burkina, cet écart temporel n'est que de quatre ans (1986 vs 1990).

Du point de vue sociopolitique, la différence est surtout le fait d'une instabilité politique en Haïti. Selon les organismes des Nations-Unies, cités dans le plan stratégique 2002-2006, l'absence de consensus au niveau des acteurs politiques a eu comme conséquence des problèmes de gouvernance au plan politique, social et économique. Il n'est pas « évident que la santé en tant que facteur de développement soit une préoccupation partagée par tous les secteurs mis à part celui de la santé » (MSPP, 2002 : 3). Ce qui corrobore un moindre engagement des autorités haïtiennes dans la lutte contre l'épidémie. Comparativement, le programme VIH au Burkina Faso atteste d'une implication plus grande des autorités politiques.

Des plans qui prennent peu en compte les contextes nationaux

L'analyse des stratégies montre qu'elles sont globalement centrées autour des mêmes axes, soit la prévention, la prise en charge, la mobilisation des ressources et la coordination. Dans leur formulation, ces stratégies sont assez génériques et l'on ne voit pas les actions ciblant des facteurs spécifiques de contexte. Cette interrogation peut être illustrée par trois exemples. Le premier concerne l'accès aux ARV. En visant une couverture plus large, quelles sont pour chaque pays, les mesures concrètes en plus de l'aide extérieure pour une meilleure sécurisation de la prise en charge thérapeutique des malades ? La deuxième illustration concerne l'environnement sociopolitique. La littérature scientifique montre que les contextes de conflits armés, de déplacements et d'insécurité, rendent les populations plus vulnérables au VIH/sida. Ces conditions ont également un impact sur la dynamique de l'épidémie dans les pays voisins (SPIEGEL, 2004). L'instabilité politique expose pratiquement les populations aux mêmes risques qu'en situation de conflit. Dans le cas d'Haïti, l'on se demande quelles sont les actions spécifiques s'adressant à cette instabilité. Pour le Burkina Faso, on peut se demander pourquoi la situation de conflit en Côte-d'Ivoire n'a pas été explicitement prise en compte dans la formulation des stratégies. Sur le plan des différences culturelles, la polygamie, prévalente au Burkina Faso et le multipartenariat extra-conjugal, prévalant en Haïti, ne semblent pas avoir été pris en compte spécifiquement dans la rédaction des plans.

De façon globale, un des éléments critiques de notre analyse est qu'il n'existe pas de priorités clairement établies entre les multiples axes d'intervention proposés. Étant donné le contexte de rareté des ressources, serait-il raisonnable de vouloir tout entreprendre avec la même grandeur ?

La capacité des pays à adapter leurs politiques publiques

Dans le contexte des pays en développement, la nature souvent exogène des politiques traduit le rôle prépondérant des partenaires techniques et financiers aux étapes d'émergence et de formulation (GRINDLE et THOMAS, 1991). Leur influence s'exerce de plusieurs façons : 1) en jouant sur la balance du pouvoir au niveau des acteurs locaux ; 2) en procurant des ressources ; 3) en modifiant la perception des acteurs par une reformulation des problèmes sous un angle qui répond à leur vision (VAN ESCH, 2001). Ce phénomène a déjà été mis au jour au Burkina Faso par une étude sur les politiques de santé qui a montré que certains partenaires demandent instamment aux planificateurs d'apposer dans leur plan d'action des activités pour lesquelles ils disposent du financement (RIDDE, 2007). Dans le plan d'Haïti, la dépendance financière vis à vis de l'aide internationale pour la réalisation de certaines interventions dans le domaine du VIH est mentionnée comme un facteur de menace externe. La rareté des ressources aurait ainsi comme implication, une planification plus centrée sur l'obtention de ressources que sur le changement social (BLUM, 1981). Comme autre illustration à cela, dans les deux plans, la question de l'accès universel aux soins et de la suppression du paiement ne sont pas évoquées alors qu'elles restent une mesure conséquente de changement social majeur qui pourrait assurer une meilleure prise en charge des soins aux plus démunis selon une perspective de justice sociale évidente.

Des expériences africaines ont montré que la participation de la communauté aux exercices de planification n'était pas impossible (KAPIRIRI *et al.*, 2003). Pourtant, dans le cas des programmes de lutte contre le sida comme dans celui des Stratégies de Lutte contre la Pauvreté, STEWART et WANG (2003 : 16) stipulent : « In almost no cases did civil society participate in the drafting of the framework for initial PRSPs [SLP]. Most were presented with drafts formulated by small teams of external consultants or central ministry staff ». Dans les deux plans, les protocoles d'élaboration décrivent le processus comme étant largement participatif. Cependant, ils demeurent assez techniques et la participation de la communauté reste dans une mesure limitée concernant l'influence et le pouvoir décisionnel. Ainsi, dans le cas d'Haïti où le processus est piloté par une firme de consultation, la communauté n'intervient qu'à l'étape de prévalidation dans un processus qui en comporte plusieurs (MSPP, 2002). Dans le plan du Burkina Faso, il est mentionné que les interventions des structures communautaires « restent isolées [...] rendant difficile leur participation aux instances de décision » (CNLS, 2005 : 59).

Conclusion

Haïti et le Burkina Faso sont des pays fortement affectés par le VIH. L'analyse comparée de leurs plans de lutte a permis d'identifier des facteurs contextuels communs, notamment économiques, sanitaires et démographiques. Des différences existent au niveau sociopolitique et parfois culturel. On constate que la formulation des stratégies reflète peu ces différences contextuelles. Si, tel que stipulé par ONUSIDA, comme nous l'avons rappelé dans notre introduction, la planification stratégique suppose une « adaptation de normes », ces plans peuvent être améliorés par une compréhension et une adaptation plus précise aux contextes nationaux. Notre analyse des plans montre aussi que la participation des communautés devrait être renforcée dès l'étape de

formulation. La pertinence de cette observation reste à vérifier auprès des acteurs : l'analyse de terrain permettra de mesurer l'écart entre les pratiques et ce qui en apparaît dans les plans. Autrement dit, c'est l'analyse de l'implantation qui reste à réaliser.

Références bibliographiques

- ANTOINE J., 1999.** Haïti Référence : Histoire et société. URL : <http://www.haiti-reference.com/>, consulté le 7 avril 2008.
- BICABA A., MORALES C., RIDDE V., 2006.** Élaboration des outils et mécanismes destinés à l'implémentation, le suivi et l'évaluation du Projet Pilote d'extension de la couverture des Services de Santé de Base. MSPP, Haïti, 49 p.
- BLUM H., 1981.** Planning for health, Generics for the eighties. Human Science Press, New-York, 462 p.
- CIA, 2007.** The World Factbook : Guide to Country Profiles. URL : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>, consulté le 20 juin 2008.
- CNLS, 2005.** Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006 - 2010. MS, Burkina Faso, 107 p.
- FARMER P., 1996.** Sida en Haïti, la victime accusée. Karthala, Paris, 414 p.
- FERRY B., 1999.** Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain. In Vivre et penser le SIDA en Afrique BECKER C. et al. Karthala, Paris, p. 237 - 56.
- GRINDLE M.S., THOMAS J.W., 1991.** Public choices and policy change. The political economy of reform in developing countries. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 222 p.
- KAPIRIRI L. et al., 2003.** Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. Health Policy Plan, 18(2): 205-13.
- MADIÉGA Y. G. et NAO O., 1996.** Burkina Faso : cent ans d'histoire, 1895-1995 : actes du premier Colloque international sur l'histoire du Burkina. Karthala, Paris, t.1 : 695 - 1227.
- MEDEV, 2004.** Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté. MEDEV, Burkina Faso, 139 p.
- MSPP, 2002.** Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti 2002 - 2006. MSPP, Haïti, 96 p.
- MINTZBERG H., 2004.** Grandeur et décadence de la planification stratégique. Dunod, Paris, 455 p.
- ONUSIDA, 1998.** Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA. URL : http://data.unaids.org/publications/IRC-pub05/jc441-stratplan-intro_fr.pdf, consulté le 07 avril 2008.
- ONUSIDA, 2008.** Le point sur l'épidémie de SIDA 2007 : résumés régionaux. URL : <http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>, consulté le 30 octobre 2008.
- PNUD, 2001.** Rapport sur le développement humain : la lutte contre le VIH/SIDA, Burkina Faso. URL : http://hdr.undp.org/docs/reports/national/BKF_Burkina_Faso/Burkina_Faso_2001_fr.pdf, consulté le 20 juin 2008.
- PNUD, 2003.** Rapport pays: suivi des objectifs du millénaire pour le développement, Burkina Faso. URL : <http://www.pnud.bf/docs/RAPOMD.PDF>, consulté le, 20 juin 2008.
- PNUD, 2006.** Situation économique et sociale d'Haïti en 2005. URL : http://www.ht.undp.org/_assets/fichier/publication/pubdoc6.pdf?PHPSESSID=b047a9466c95331fc588535c76b6fc78, consulté le 20 juin 2008.
- RIDDE V., 2007.** Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso. L'Harmattan, Paris, 536 p.
- SAINT-DIZIER F., 2001.** Marginalités dominantes : VIH et SIDA en Afrique. Marges, 15(2): 85 - 8.
- SPIEGEL P. B., 2004.** HIV/AIDS among Conflict-affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and Taking Action. Disasters, 28(3) : 322 - 39.
- STEWART F. et WANG M., 2003.** Do PRSPs Empower Poor Countries And Disempower The World Bank, Or Is It The Other Way Round ? Working Paper N° 108, University of Oxford, 27 p.
- UNESCO, 2002.** L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Études et rapports, série spéciale, n°14. URL : <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001270/127059f.pdf>, consulté le 18 juin 2008.
- VAN ESCH,F., 2001.** Defining national preferences : the influence of international non-state actors. In Non-state-actors in international relations, Arts B. et al., Ashgate, Aldershot, p. 109-25.

WALT G. et GILSON L., 1994. Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis. *Health Policy Plan*, 9 : 353-70.

WHO, 2007. World Health Statistics Report. URL: <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>, consulté le 18 juin 2008.

YIN R. K., 2003. Case study research : design and methods. Sage Publications, USA, 174 p.

Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ?

B. BILA*, M. EGROT**

Résumé

Cette recherche anthropologique menée au Burkina Faso montre les difficultés de nombreux hommes à dire à autrui leur séropositivité et à fréquenter les lieux de soins des PvVIH. Les conditions sociales de ces difficultés sont analysées à travers les valeurs attachées à la masculinité chez les moose.

Entretiens semi-structurés, observation directe et entretiens de groupe ont permis le recueil des données de 2003 à 2007. Ces données transcrites ont été traitées par analyse de contenu.

La masculinité, étroitement liée au statut social de *zaksoba* (chef de famille), se décline en termes de capacité des hommes. Elle est conditionnée par la reconnaissance sociale d'aptitudes et de responsabilités physiques, matérielles et morales. Elle permet de mieux comprendre l'attitude des hommes consistant à taire leurs problèmes relatifs à l'infection à VIH. Ne pas pouvoir préserver leur image sociale d'homme mais aussi leur position dominante se décline pour eux en termes de honte et d'indignité.

Les difficultés de nombreux hommes à assumer socialement leur séropositivité et leur vulnérabilité dans l'accès aux soins et aux traitements sont donc en grande partie induites par les valeurs culturelles relatives à la masculinité que les hommes défendent et valorisent habituellement.

Mots-clés : sida, Afrique, accès, traitement, genre.

AIDS treatment access in Burkina Faso: vulnerable men?

Abstract

This anthropological research conducted in Burkina Faso shows the difficulties encountered by many men when telling others of their seropositivity and when attending health care facilities for PLWH. The social context of these difficulties is analyzed by studying the values attached to masculinity in the Moose culture. The data were collected through semi-structured individual interviews, direct observation and group interviews between 2003 and 2007. After transcription, these data were processed by means of content analysis. Masculinity, closely related to the social status of the *zaksoba* (head of household), is considered in terms of men's capacity. It is conditioned by the social recognition of physical, material and moral aptitudes and responsibilities. This helps to better understand men's attitudes when they conceal problems relating to their HIV infection. They experience their inability to preserve their social image and their dominant position as shame and unworthiness. The difficulties many men have in socially accepting their seropositivity, and their vulnerability in terms of access to health care and treatments, are mainly induced by cultural values related to masculinity, which the men defend and emphasize.

Keywords: AIDS, Africa, access, treatment, gender.

* Institut de Recherches en Sciences de la Santé du Centre National de Recherche Scientifique et Technologique (IRSS/ CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso, blandinebila@yahoo.fr

** UMR 145 « sida et maladies associées » de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) - Montpellier, France et UMR 7043 du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) – Université Marc Bloch de Strasbourg, France, marc.egrot@misha.fr

Introduction

L'Afrique subsaharienne regroupe 68 % des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dans le monde, avec en moyenne deux tiers de femmes (ONUSIDA 2007). Bien des études montrent que les femmes, davantage exposées au risque d'infection, subissent plus que les hommes les conséquences de la séropositivité (ONUSIDA *et al.*, 2004 ; DESCLAUX, DESGREES DU LOÛ, 2006 ; VIDAL, 2000 ; TAVERNE, 1996).

La grande visibilité des femmes dans les études sur les relations entre genre et sida contraste avec une relative absence de prise en compte des hommes. Pourtant, les professionnels de santé, comme les responsables d'associations, évoquent les difficultés particulières que rencontrent ces derniers dans leur démarche thérapeutique quand ils sont confrontés à l'infection par le VIH.

Cet article présente des résultats issus d'une étude anthropologique qui vise à mieux comprendre les motifs et les logiques sociales sous-jacentes aux réticences des hommes à assumer socialement leur séropositivité et à fréquenter les lieux de soins, dans une population résidant à Ouagadougou et majoritairement moose. Les difficultés masculines sont analysées à travers une approche compréhensive des hommes en tant que catégorie sociale de sexe, avec les prérogatives, droits, rôles et valeurs qui y sont attachés. Nous avons pris en compte les relations entre hommes et femmes au sein des couples, des familles et plus largement des réseaux sociaux, mais aussi les rapports des hommes aux structures de soins. En effet, ces deux niveaux apparaissent imbriqués dans la construction sociale et culturelle des réticences masculines constatées dans le champ du sida.

Programme et méthodes

Les données proviennent du programme ANRS 1281/Sidaction intitulé « réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les PvVIH au Burkina Faso » réalisé de 2003 à 2005, puis des travaux de thèse menés par B. BILA¹.

Des méthodes classiques en anthropologie, à savoir des entretiens semi-structurés, des observations directes et des entretiens de groupe ont été utilisées. De 2003 à 2007, 53 PvVIH ont été interviewées à plusieurs reprises (entre deux et huit), dont 35 femmes et 18 hommes âgés de 20 à 63 ans, majoritairement moose², avec pour la plupart d'entre eux, un niveau de scolarisation très faible. L'enquête concerne aussi 40 acteurs du dispositif de santé (32 hommes et 8 femmes) dont les profils d'activité sont de 18 médecins (17 hommes, 1 femme), 19 associatifs (13 hommes, 6 femmes) et 3 paramédicaux (2 hommes, 1 femme).

Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits. Les données ont été analysées à partir de grilles pré-établies. Dans le souci de respecter la confidentialité, les noms utilisés sont des pseudonymes.

¹ L'étude ANRS 1281 / Sidaction à laquelle se rattache le travail doctoral, a obtenu un avis favorable du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso et l'autorisation de recherche n° 2003/799MS/CAB/CTK le 9 juillet 2003 auprès du Ministre de la santé du Burkina Faso.

² Important groupe ethnique du Burkina Faso.

Résultats : les difficultés des hommes face à la séropositivité

La difficulté des hommes à assumer socialement leur propre séropositivité ou celle de leur conjointe se manifeste de différentes manières.

L'histoire de Sylvie et d'Antoine est emblématique. En 1989, Antoine commence un zona thoracique qui progressivement s'étend au bras, au visage et au dos. Pendant 10 ans, il alterne soins médicaux et traditionnels. Il refuse la proposition de son frère médecin de faire le test VIH. En bonne santé mais inquiète, sa femme, sur conseil médical, fait son propre test en 1998. Son statut sérologique est positif et elle en informe son mari. Elle développe avec les soignants des stratégies conduisant son mari à faire un test, dont le résultat est aussi positif. Antoine refuse néanmoins de partager l'information sur son statut sérologique avec sa famille malgré l'insistance de sa femme. Il décède en janvier 2000, laissant derrière lui Sylvie avec 5 enfants.

Pour les hommes, mieux vaut ne pas savoir !

Si les hommes parlent peu rétrospectivement de la période qui précède le test pour eux-mêmes, par contre les femmes et les soignants l'évoquent abondamment.

Les femmes, – veuves, séparées, répudiées ou en couple – soulignent presque toutes ce refus de leur conjoint de faire leur test. Le mari de Aïcha, 32 ans, explique qu'il « *peut faire tout pour [l]'aider, mais de ne pas lui demander d'aller se dépister* ».

Souvent, les femmes suspectent une séropositivité de leur mari, malade parfois depuis longtemps, avec des signes évocateurs d'un sida. Sur 16 veuves interviewées, 15 en étaient persuadés bien avant le décès de leur conjoint. Cependant, même confrontés aux signes de sida, à la conviction et à l'insistance de leur épouse, les hommes persistent généralement dans le refus du test.

Cette opposition se traduit parfois par une interdiction faite aux femmes de faire leur propre sérologie VIH. Certaines veuves ne l'ont fait qu'après le décès de leur mari. Pour les autres femmes, beaucoup sont passées outre l'interdiction pour faire leur test. Le résultat positif n'a néanmoins pas changé l'attitude de la plupart des conjoints qui ont persisté dans leur refus d'envisager leur propre séropositivité.

Surtout en dire le moins possible !

Parmi les personnes interviewées, les hommes apparaissent bien plus réfractaires que les femmes au partage d'information sur la séropositivité au niveau de leurs réseaux sociaux (parenté, relations d'amitié, de travail, voisinage), qu'il s'agisse de la leur ou de celle de leur conjointe.

Toutes les femmes séropositives ayant réalisé leur test du vivant de leur mari ont partagé l'information avec lui, pour la plupart aidées par des soignants ou des militants associatifs offrant leur soutien dans les lieux de soins.

Pour les hommes par contre, la demande auprès des acteurs de soins pour un soutien au partage d'information sur leur statut sérologique n'est pas apparue dans les entretiens. Ce partage reste bien souvent une entreprise solitaire et redoutée. Seuls deux récits rapportent un partage fait immédiatement après l'annonce : Mathieu (fonctionnaire, 41 ans), pour qui sa femme ne saurait le quitter pour cela et Elimane (chauffeur routier, 39 ans) qui veut rompre avec son épouse séronégative. Pour les autres, le partage d'information avec la conjointe est généralement différé sur plusieurs

mois, voire plusieurs années. Kamin, 43 ans, fonctionnaire, n'informe sa femme qu'au bout de 6 ans. Pour Bakary (comptable au chômage, 38 ans) et Hébié (chauffeur au chômage, 38 ans), cette initiative fut indéfiniment repoussée. Hébié pense même qu'il est préférable que son épouse découvre elle-même cette information : « *Si tu laisses tout avec Dieu, elle le saura forcément* ».

Pour certains comme Bakary, la peur de la réaction féminine est la principale cause des difficultés : «... *Le problème c'est surtout ma femme parce qu'elle n'est pas solide... elle ne supportera pas* ». D'autres, comme Hébié, craignent de transmettre leur peur du sida à leur femme considérée comme plus faible. Beaucoup, comme cet intervenant dans un entretien de groupe, évoquent une incapacité des femmes à garder un secret : « *Tu connais les femmes.... une mésestante et elle va le dire.... Qu'elle apprenne que l'homme a le sida et elle finira par lui mettre la honte* ». Un autre ajoute : « *Dès qu'elle l'apprend, [elle] va quitter le domicile conjugal* ». Toutes ces craintes se conjuguent pour renforcer cette position masculine : surtout en dire le moins possible. Comme le montrent bien les propos ci-dessus, souvent, ce refus de dire est constaté, même vis-à-vis de la conjointe.

La crainte du regard des autres : se montrer le moins possible !

Pour Hébié, « *les pintades domestiques et sauvages ne se ressemblent pas.... Si tu dis [que tu as le sida] tu deviens comme un animal sauvage, montré du doigt... Tout le monde veut te regarder, tu deviens populaire et c'est un problème* ». La métaphore fait référence aux représentations et pratiques locales relatives aux pintades. Domestique, la pintade se reconnaît à ses ailes coupées à ses extrémités ; elle est respectée en tant que propriété d'une personne. Sauvage, elle n'appartient à personne et peut donc être chassée par qui le veut. Pour Hébié, afficher sa séropositivité revient à se livrer, comme une pintade sauvage, au risque d'agressions dues aux préjugés populaires.

Les femmes interviewées sont unanimes : les hommes séropositifs répugnent à se montrer dans les lieux de soins. Christine, avec l'aide des soignants, parvient à conduire son mari dans une association. Lorsque finalement il accepte, elle explique : « *Il dit que s'il rencontre quelqu'un, il va lui préciser que c'est moi qu'il a accompagnée et que c'est moi la sidéenne* ». Certains maris, comme celui d'Aïcha vont jusqu'à interdire à leur conjointe de s'afficher sur les lieux de traitement.

Un responsable associatif affirme que les hommes craignent tellement « *la honte et l'infamie* » qu'ils « *en meurent réellement !* » car tant qu'ils ne sont pas « *au pied du mur, ils ne viennent pas* » dans les lieux de soins. Selon lui, « *certain, tu ne les vois jamais s'aligner ni même s'asseoir ici. Quand ils viennent pour les médicaments, il faut les recevoir rapidement. Pour les vivres, ils envoient leurs femmes ou leurs enfants* ».

Six hommes présents à une discussion de groupe répondent unanimement « *raoa zoeta yande* », « *l'homme a peur de la honte* » en lien avec la crainte d'être aperçus dans les files d'attente de structures étiquetées « *sida* ». Dans ce groupe, un homme de 32 ans déclare : « *l'homme ne marchande pas sa dignité comme une femme* » avant d'énoncer l'adage « *kuum sao yande* », « *plutôt la mort que la honte* ».

Certains aspects de l'organisation de la prise en charge, telle la mixité des groupes, sont également évoqués. Pour Victor, 41 ans, ce « *système qui mélange hommes et femmes et leur impose de s'aligner ensemble, c'est difficile* ». Il ajoute que les interruptions et les multiples va-et-vient occasionnés par les horaires fixes d'ouvertures et de distribution sont particulièrement éprouvants pour les hommes peu accoutumés à se soumettre à de telles contraintes.

Analyse : les réticences masculines à la fréquentation des lieux de soins en matière de sida

La situation concernant le traitement social du sida au Burkina Faso est ambivalente. Les pratiques de stigmatisation et les discriminations à l'encontre des PvVIH persistent et sont encore fréquentes (OUATTARA *et al.*, 2004 ; OUEDRAOGO *et al.*, 2005). Pour autant, la recomposition de la sociabilité des PvVIH ne se décline pas uniquement dans le registre de la détérioration ou de la rupture, mais également en termes de renforcement ou de création de liens sociaux (EGROT, 2007). Néanmoins, la peur d'une mort sociale annoncée reste très forte, plus encore pour les hommes que pour les femmes, pour de multiples raisons.

Les réticences parmi les hommes enquêtés à fréquenter les structures de prise en charge des PvVIH peuvent être considérées en rapport avec les valeurs socialement attachées à la masculinité dans une population largement influencée par les représentations culturelles moose. La plupart de ces hommes expriment, de façon récurrente et dans des termes qui traduisent leur désarroi voire leur tourment, une difficulté à partager l'information sur leur séropositivité en général. Presque tous font état de difficultés particulières à accepter les conditions de suivi dans les structures de soins, notamment la prise en charge indifférenciée et commune des hommes et des femmes. Concernant par exemple les séances de distribution de vivres ou de médicaments au cours desquelles hommes et femmes doivent s'aligner dans les mêmes files d'attente, Kassoum, 57 ans, cultivateur, observe avec un air gêné : « *Vous savez bien que les hommes et les femmes ne peuvent pas se mettre ensemble. Si encore c'est un groupe d'hommes, là ça va ! Mais s'il s'agit d'un ou de deux hommes parmi des femmes, beaucoup d'hommes ne peuvent pas rester dans un milieu de femmes, c'est difficile* ». L'analyse de cette situation dans le champ du sida révèle ainsi une vulnérabilité paradoxale des hommes. Ce paradoxe s'inscrit dans l'analyse de BOURDIEU (1998) relative au système social qui assigne aux catégories sociales, qu'elles soient dominantes ou dominées, des rôles et devoirs tout aussi contraignants pour les unes que pour les autres. Par ailleurs, ces difficultés face à l'infection à VIH se conjuguent avec une moindre aisance des hommes par rapport aux femmes, dans leurs rapports avec le système de soin, aspect généralement peu documenté dans la littérature.

Représentations populaires du sida et masculinité

Au delà de la crainte des conséquences physiques de l'infection, la séropositivité favorise la perte de l'estime de soi et la crainte du rejet par les autres. Plus pour un homme que pour une femme, être infecté par le VIH peut se décliner en termes de déchéance sociale. Les représentations sociales font en effet du sida une maladie « indigne » pour l'homme, souligne Mathieu. Le partage d'information risque d'étaler au grand jour un état peu compatible avec le fondement social de la masculinité. Il s'oppose à l'image de l'homme capable. Cette notion de capacité, physique, économique ou en termes de responsabilités au sein de la famille, est en effet l'un des piliers sur lequel se construit l'image de l'homme valorisée par la culture.

La métaphore de Hébié sur les pintades entend traduire cet état de l'homme malade, vulnérable, dépendant, marginalisé ou rejeté et dont les capacités à assumer ses fonctions et obligations sociales sont mises en doute. Pour Mathieu, « *ce n'est pas une maladie digne. Dire ça à quelqu'un, il va se demander comment toi-même tu t'es arrangé. C'est ça qui fait le plus mal* ».

Dans une société traditionnellement polygame, la critique sociale redoutée par les hommes porte davantage sur une remise en cause de leurs capacités de discernement – n’avoir pas su se préserver et préserver leur famille du sida – que sur un jugement relatif à leur sexualité. L’auto-isolement et le silence apparaissent comme des actes de protection contre cette menace sociale de remise en cause des capacités.

Peur de la honte

La difficulté des hommes à dire leur séropositivité ne peut s’analyser sans référence à leur habituelle position de pouvoir dans la société et leur rapport à l’autorité dans leurs relations avec les femmes.

Le partage de l’information sur leur statut sérologique est ressenti par eux comme une occasion d’abaissement qu’ils redoutent particulièrement et pour laquelle ils expriment bien souvent leur peur extrême de la honte.

Les logiques moose d’imputation désignent préférentiellement les femmes comme coupables de la survenue de nombreuses maladies (EGROT, 2004), en particulier pour la catégorie des « maladies de femme (*pogbanse*) » dans laquelle le sida s’est inséré. Apparaître responsable de l’introduction du sida dans le foyer altère donc fortement l’image de l’homme. Dans cette logique, dire ou accepter sa séropositivité est perçu comme la reconnaissance d’une défaillance. Beaucoup d’hommes expriment également des difficultés à partager l’information sur leur séropositivité à leur conjointe par crainte d’être abandonnés par elle, au moment où, confrontés à la maladie, ils auront le plus besoin des compétences de soignantes familiales des femmes, décrites dans de nombreux contextes socioculturels (SAILLANT, 1999).

La nécessité de préservation de leur position dominante peut aussi justifier la peur des hommes de concéder à une femme un quelconque moyen de pression. Les représentations sociales traduisent bien la crainte qu’inspire aux hommes l’éventuelle virulence verbale d’une femme animée par la colère, comme l’exprime un proverbe moose : « *La bouche de la femme est son carquois* ».

La notion de *zaksoba*, chef de famille, fortement valorisée localement, rend inapproprié tout signe de défaillance masculine. Elle permet de mieux comprendre l’attitude des hommes qui consiste à taire leurs problèmes relatifs à l’infection par le VIH, tout en les transposant souvent sur les femmes, socialement plus autorisées à faillir par leur statut.

Les déterminants de l’auto-isolement des hommes

Par anticipation à une réaction sociale projetée comme forcément négative, de nombreux hommes s’isolent eux-mêmes et de ce fait, favorisent la mise en place de processus sociaux aboutissant à la stigmatisation.

Le sentiment d’indignité et la peur de la stigmatisation sont à inscrire dans un souci de préservation d’une image culturelle de l’homme valorisée socialement. La masculinité est conditionnée par la reconnaissance sociale d’aptitudes physiques, matérielles et morales. Chez les moose, un mari et plus encore un *zaksoba* doit être « capable ». Du fait de ces représentations, afficher la séropositivité du chef de ménage implique une remise en cause de cette capacité attachée à la masculinité. Par ailleurs, s’afficher comme séropositif et donc potentiellement dépendant d’autrui (pour les soins, le soutien financier, le bon vouloir des femmes) est souvent perçu, surtout par les hommes, comme une situation qui « n’est pas digne ».

Conclusion

Les hiérarchisations que la valence différentielle des sexes induit dans une société (HERITIER, 1996) permettent de mieux comprendre comment les représentations de la masculinité valorisée par la société – et par les hommes en particulier – peuvent avoir un impact négatif, notamment dans l'accès des hommes aux soins et aux traitements du sida (BILA *et al.*, 2007). Cette analyse rappelle celle de BOURDIEU (1998) dans la société kabyle. Il montrait alors comment les hommes bien que privilégiés par le système social pouvaient néanmoins se retrouver, tout comme les femmes, « prisonniers et sournoisement victimes de la représentation dominante ». En effet, dans la présente étude, être socialement perçu comme « frappé par le malheur » et donc « incapable de s'en prémunir » se décline en termes de honte, un sentiment particulièrement craint par les hommes dans la société moose.

Cette analyse montre comment les hommes peuvent être piégés par les valeurs que eux-mêmes diffusent, reproduisent et défendent. Néanmoins, les femmes participent aussi à la construction de ce piège quand, par certains discours et comportements, elles surenchérisent sur les valeurs culturelles de la masculinité.

Cette situation retentit sur le vécu de la séropositivité des hommes, sur leur accès aux soins et aux traitements, ainsi que sur la qualité de leur prise en charge médicale. Mais il ne faut pas négliger le fait qu'indirectement, les femmes en subissent les conséquences. L'absence ou le retard du partage d'information sur la séropositivité, l'imposition d'un silence vis-à-vis de l'entourage, les interdits auxquelles les femmes se soumettent encore souvent, l'état de santé dégradé voire le décès du conjoint sont autant d'évènements qui affectent bien évidemment les femmes.

Références bibliographiques

- BILA B., EGROT M., DESCLAUX A., 2007.** The perception of HIV and men's attendance in health-care facilities in Burkina Faso. *AidsImpact* 2007, Marseille, 1st - 4th July.
- BOURDIEU P., 1998.** La domination masculine, Seuil, Paris, 177 p.
- DESCLAUX A., DESGREES DU LOÛ A., 2006.** Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Popul. Soc.* (428), 1 - 4.
- EGROT M., 2004.** Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne, *Sci Soc Santé* 22(3), 45 - 70.
- EGROT M., 2007.** Renaître d'une mort sociale annoncée : recomposition du lien social des PvVIH en Afrique de l'Ouest, *Cultures & Sociétés* (1), 49 - 56.
- HERITIER F., 1996.** Masculin, féminin. La pensée de la différence, O. Jacob, Paris, 332 p.
- ONUSIDA, 2007.** Le point sur l'épidémie de sida, Genève.
- ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM 2004.** Women and HIV/AIDS : Confronting the Crisis, Genève, New York.
- OUATTARA F., GRUENAI S.-E., HUYGENS P., TRAORE A., 2004.** Sida, Stigmatisation et exclusion, étude anthropologique au Burkina Faso, Rapport de recherche, Marseille-Bobo Dioulasso, IRD/SHADEI/ANRS, 114 p.
- OUEDRAOGO T. L., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO V. et al., 2005.** Infection à VIH et modifications des relations sociales, Ouagadougou (Burkina Faso), *Cah Etud Rech Franc* 15(4), 253 - 257.
- SAILLANT F., 1999.** Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique, *Anthrop & Soc.* 23(2), 15 - 39.
- TAVERNE B., 1996.** Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso, *Sci Soc Santé* 14(2), 87 - 106.
- VIDAL L., 2000.** Femmes en temps de sida, PUF, Paris, 195 p.

« Des malades comme les autres » ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso

M-E. GRUÉNAIS*, F. OUATTARA*

Résumé

La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) est un problème récurrent. Celle-ci peut provenir de la communauté, mais aussi éventuellement s'exprimer au sein des structures de soins. Considérant les mauvaises relations qui existent en général entre patients et soignants, la question de la stigmatisation dans les structures de soins en Afrique se pose alors de manière particulière : les PvVIH sont-elles mieux traitées, aussi mal traitées, plus mal traitées ou traitées différemment que les autres patients ? Question qui se pose d'autant plus qu'un des leitmotivs régulièrement réaffirmé dans les structures de soins est que les PvVIH sont des « patients comme les autres ». Une recherche qualitative conduite entre 2001 et 2003 dans quatre villes du sud-ouest du Burkina Faso a permis de recueillir des informations sur les expériences, perceptions et attitudes des personnels de santé à l'égard de l'infection à VIH. Elle montre que les personnels de santé adoptent des attitudes et des codes spécifiques pour éviter un dévoilement explicite de la nature de l'infection face à des malades parfois considérés comme particulièrement difficiles.

Mots-clés : Burkina Faso, stigmatisation, personnels de santé, dévoilement du statut sérologique.

« Ordinary patients ». How health personnel take care persons living with AIDS and deal with risk of stigma in Burkina Faso

Abstract

Stigmatization of persons living with AIDS (PLWA) is a recurrent problem. Stigmatization can emerge from the community but also possibly from health facilities. If we consider bad relationships between patients and providers which were observed in general in African health facilities, the question of stigma seems rather specific : is care for PLWA better, worse, or different than for others patients ? This question is especially relevant regarding the following leitmotiv you can hear everywhere : « PLWA are patients like any others ». Data about health personnel's experiences, perceptions and attitudes come from a qualitative survey carried out between 2001 and 2003 in four localities in south-west Burkina Faso. The results show that health personnel have specific attitudes and codes for preventing disclosure of the real nature of infection, and sometimes consider PLWA as unkind patients.

Keywords : Burkina Faso, stigmatization, health personnel, disclosure.

* Anthropologues IRD, UMR 912 UMR 912 (INSERM-IRD-U2) « Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés », Observatoire Régional de la Santé (PACA), 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille (gruenais@ird.fr, Fatou.Ouattara@ird.bf)

L'offre de soins destinée aux personnes vivant avec le VIH devrait se conjuguer avec des attitudes destinées à lutter contre la stigmatisation. A cet égard, l'analyse des attitudes et des conceptions des soignants à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) permet d'envisager un autre angle d'approche de la manière dont la stigmatisation est vécue. Quelles sont les expériences de soins des soignants à l'égard du VIH ? Les PvVIH sont-elles traitées mieux ou aussi mal que les autres patients reçus dans les structures de soins en Afrique subsaharienne¹ ? Existe-t-il des formes de stigmatisation dans le traitement quotidien des PvVIH et si oui, comment se manifestent-elles ?

Lors d'une recherche sur la stigmatisation conduite entre 2001 et 2003 dans 4 villes du sud-ouest du Burkina Faso², nous avons notamment recueilli des informations sur les expériences, perceptions et attitudes des personnels de santé à l'égard de l'infection à VIH. Des entretiens (95 au total) et des observations ont été réalisés dans différentes structures de soins, et plus particulièrement dans des centres de santé. La plupart des entretiens a été réalisé avec des infirmiers et des sages-femmes, principaux interlocuteurs des PvVIH, surtout dans les centres de santé périphériques qui ne bénéficient guère de prestations de médecins, ceux-ci exerçant plutôt en milieu hospitalier urbain. Des observations de longue durée, pendant quatre mois consécutifs, ont également été menées auprès des personnels de santé de différents services (médecine générale, maternité, pédiatrie) pour recueillir discours et pratiques de routine dans leurs interactions avec les usagers (patients et accompagnants). Cette contribution a trait exclusivement aux discours et aux pratiques des soignants principalement paramédicaux, en particulier à leur rapport avec la maladie sida, à leurs pratiques autour de leur gestion de l'information sur le statut sérologique du patient et à leurs opinions vis-à-vis des PvVIH traitées.

Des contextes de prise en charge différents

Du centre hospitalier universitaire urbain, doté d'un plateau technique important, au centre de santé rural périphérique, le « confort » des personnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge du sida décroît ; et en l'absence d'un dispositif performant de prise en charge les difficultés de confirmation biologique ouvrent largement la voie aux incertitudes et aux seuls soupçons. Néanmoins, qu'ils exercent dans de grands centres urbains ou dans de petites villes, les personnels de santé partagent les mêmes perceptions. Si la qualité de la prise en charge d'un malade du sida varie d'un contexte urbain à un autre, tout un chacun continue de s'accorder sur la « honte » que représente cette maladie, et à cet égard, la gestion du « secret sidéen » et de la confidentialité peuvent apparaître relativement aisées dans de petites bourgades. De l'avis d'un personnel de santé d'un centre périphérique : « *si le malade est déjà passé par le centre de santé, lui-même et son entourage connaissent déjà le personnel de santé. Alors, si nous [personnel de santé], nous nous rendons au domicile [du patient], nous n'avons pas besoin de nous présenter* ». Dans une petite ville, la confidentialité est sans doute

¹ Ces questions se posent en référence aux nombreuses études qui attestent des mauvaises relations entre soignants et soignés en Afrique subsaharienne (cf., par exemple, GRUÉNAIS, 1996 ; JEWKES *et al.*, 1998 ; FERRINHO et Van LERBERBHE (eds.), 2000 ; JAFFRE et OLIVIER DE SARDAN (eds.), 2003).

² Projet ANRS 1258 « Sida, stigmatisation et exclusion » (OUATTARA *et al.*, 2004).

plus difficile à préserver, mais la densité des liens sociaux et des réseaux d'interconnaissance peut aussi conduire à atténuer la curiosité de l'entourage lors d'une visite d'un personnel de santé au domicile d'un patient, démarche qui pourrait sembler beaucoup plus incongrue dans une grande ville où la distance sociale entre soignants et usagers des structures de soins est maximale.

Les expériences du sida et les craintes de contamination des personnels de santé

La première confrontation des personnels de santé à un cas de sida prend souvent la forme d'un choc initial, lié au manque d'expérience, où se mêlent peur, crainte de la contamination et compassion. Tous les personnels de santé interrogés déclarent avoir eu un contact avec des malades du sida, mais leur expérience initiale est souvent antérieure à l'entrée dans la vie professionnelle ; souvent elle s'est forgée dans leur entourage familial, avec une prise de conscience qui s'est construite à partir d'une succession de décès.

Dans la pratique professionnelle, la première confrontation avec le sida est marquée d'une méconnaissance de certains codes que la routine permettra ultérieurement de s'approprier. Après les premières expériences, la « pitié » et la « compassion » envers les personnes atteintes continuent d'être évoquées dans le discours des professionnels de santé, mais le choc initial s'atténue à mesure que leur expérience de la maladie devient quotidienne et répétitive, quelles que soient les structures de soins.

La conscience du sida chez les personnels de santé s'aiguise notamment avec les craintes d'accident d'exposition au sang. C'est surtout vrai chez les personnels travaillant dans les maternités et qui se plaignent de ne pas disposer du matériel de protection nécessaire (bottes, masque, etc.). La crainte d'une contamination au cours de l'exercice professionnel peut justifier certaines pratiques de dépistage à l'insu, le résultat du test de dépistage réalisé sur le patient étant alors volontiers constitué en preuve du statut sérologique du soignant. Mais de manière plus générale, les soupçons (confirmés ou non) des soignants à l'égard d'un malade peuvent amener les premiers à inviter les seconds à prendre des précautions minimales dans leur geste et leurs attitudes pour éviter une exposition à un risque :

« On ne fuit pas les malades, on les traite comme les autres, mais au moins il y a le port de gants, on fait attention aux aiguilles, au sang. Il y a [aussi] des malades qui toussent, puisque la tuberculose et le VIH ont un système immunitaire commun, si je ne me trompe pas. Donc, quand les malades toussent, on leur dit seulement de nous protéger, il ne faut pas qu'ils se mettent à tousser sur nous ! ».

Il est difficile de prendre la mesure réelle de ces craintes chez les personnels. Sont-elles de mise uniquement pour les personnes infectées ou suspectées d'être infectées par le VIH ? Révèlent-elles une réelle préoccupation à l'égard des règles de protection élémentaire alors même que les personnels de santé travaillent souvent dans des conditions d'hygiène très déficientes ? Ou bien ces énoncés procèdent-ils de discours convenus reconstruits après des formations pas toujours bien appropriées ?

Comment savoir ?

Les personnels de santé sont loin d'être toujours favorables à la pratique de dépistages dans les « règles de l'art » (pré-test et consentement éclairé). En 2002 (mais la situation aujourd'hui a sans doute bien changé), même dans les centres hospitaliers disposant d'un plateau technique important et de tout le dispositif - y compris associatif - nécessaire à une bonne prise en charge des PvVIH, on évoquait la persistance de tests à l'insu de patients, qualifiés de « test sauvage » par certains de nos interlocuteurs. Mais dans des contextes où « dire le sida » reste encore une entreprise délicate, ces tests réalisés à l'insu de certains patients relevaient d'une stratégie consistant à faire prendre conscience à un patient de la nécessité d'effectuer le dépistage : après le test à l'insu qui se révélait positif, on pouvait alors procéder à un pré-test, pour amener la personne dont la séropositivité était déjà connue à (re-)faire un test, mais volontairement, et à accepter d'être orientée vers une association.

Les personnels déclarent de prime abord souhaiter connaître le statut sérologique de leurs malades. Mais lorsque l'on questionne plus précisément leur pratique, les positions sont beaucoup plus ambiguës. Ils regrettent que l'ensemble de l'équipe soignante ne soit pas toujours informée de la sérologie d'un patient alors même qu'elle sait qu'un test a été fait :

« C'est très difficile [d'obtenir la confirmation], parce que si le chirurgien voit un malade qui présente un tableau, c'est-à-dire une altération de l'état général, c'est là qu'on se dit que c'est probablement 'ça' ; mais on n'est pas assez sûr. On attend la confirmation [du test demandé par le chirurgien], qui ne vient pratiquement jamais ».

Tous les personnels rencontrés ont conscience que l'on ne peut poser un diagnostic sûr sans confirmation biologique. Mais faute de partage d'information sur le statut sérologique d'un patient à l'ensemble de l'équipe soignante, ou du fait d'un plateau technique limité qui ne permet pas une confirmation, les personnels soignants avancent alors que la plupart du temps, ils ne peuvent que soupçonner. D'un côté, ils déclarent vouloir savoir, mais, d'un autre côté, ils avancent aussi que ne pas disposer de confirmation biologique leur permet, légitimement, de ne pas avoir à révéler le statut sérologique au patient et à son entourage :

« Pour les malades qui sont hospitalisés ici, il y a des cas où nous on peut dire que le malade souffre de telle maladie, souffre du VIH. Mais notre comportement ne doit pas prouver au malade qu'il souffre de 'ça' effectivement. Il y a des cas aussi où les parents peuvent soupçonner, ils peuvent venir s'asseoir et dire : « docteur, je ne sais pas de quoi mon malade souffre », pour nous amener à dire réellement de quoi il souffre. Nous, en tant qu'infirmiers, nous ne sommes pas habilités à dire, à dévoiler le secret ».

Certaines informations individuelles sur les patients, dont sont souvent informés les infirmiers qui exercent à la périphérie et qui connaissent bien « leur population », peuvent être convoquées pour « confirmer » le diagnostic. On a pu apprendre que « le monsieur n'a pas été fidèle envers sa femme » ; à moins que « Lors de l'interrogation, le mode de vie du patient peut nous faire penser aussi au sida ». L'instabilité matrimoniale, la succession de décès dans la famille sont autant d'indices qui permettent de conforter le soupçon d'infection. Certaines activités sont réputées pour dessiner des contextes particulièrement favorables à la transmission : être chauffeur routier, vendre la bière traditionnelle dans les marchés, travailler

dans un salon de coiffure font figure de « facteurs de risque ». Les soupçons peuvent également être confortés du fait de l'origine étrangère de la personne ou parce que l'on sait qu'elle a séjourné à l'étranger³. Aussi, dans un contexte où les personnels de santé n'ont guère de possibilité d'obtenir une confirmation biologique, les critères cliniques sont alors parfois « complétés » par des variables individuelles rapportées à des idées préconçues sur les groupes à risque. La non disponibilité de tests sérologiques ou l'impossibilité d'obtenir une confirmation (notamment du fait de l'éloignement des centres de référence) sont des situations qui favorisent une évaluation aléatoire de la séropositivité des patients par des soignants qui se basent alors sur des critères non exempts de discrimination.

Mots et gestes : éviter d'éveiller la suspicion

N'avoir à gérer que le soupçon est loin cependant de toujours offrir aux personnels de santé le « confort » de ne pas avoir à révéler le diagnostic. Les personnels de santé ne sont pas les seuls à connaître les signes présomptifs de la maladie ; ils peuvent être confrontés aux attentes d'un entourage qui soupçonne un proche d'être infecté par le VIH. L'infirmier est alors placé dans une position délicate, celle de devoir soigner, prescrire, parler en évitant que ses agissements se constituent en actes de confirmation du « pré-diagnostic » de l'entourage.

Des craintes inchangées à l'égard du dévoilement de la séropositivité

Le sida reste très largement tû dans les structures de soins. Les représentations des personnels de santé des conséquences d'une information explicite aux patients sur leur statut sérologique ne semblent pas avoir beaucoup évolué depuis une dizaine d'années (GRUÉNAIS *et al.*, 1994). Les personnels de santé rappellent qu'annoncer à une personne qu'elle est atteinte du VIH peut avoir trois conséquences néfastes : un découragement de la personne qui risque de se suicider et « l'annonceur » pourrait alors être considéré responsable ; la crainte de l'abandon du malade par sa famille ; la dissémination volontaire du virus par la personne contaminée pour se venger. Ces conséquences supposées de l'annonce de la séropositivité, que l'on entend évoquer un peu partout en Afrique subsaharienne, sont largement fantasmatiques⁴. Les discours sur les risques de rejet sont néanmoins dominants chez les personnels de santé et les craintes de ces derniers donnent lieu à l'adoption d'infinies précautions afin que le malade hospitalisé, soupçonné par les infirmiers d'être atteint par le VIH, ne risque pas d'être informé.

La délicate utilisation des gants

L'utilisation des gants, réputée instaurer une distance entre le soignant et le patient, donne lieu à toute une série de discours et d'attitudes vis-à-vis de patients chez lesquels on ne tient pas à éveiller les soupçons. Certains personnels n'hésitent pas à refuser de porter des gants pour éviter un dévoilement passif de la séropositivité en donnant l'impression d'une mise à distance du patient, alors que sa prise

³ Les conceptions populaires, on le sait, ont tôt fait de rendre responsable l'étranger (le pays étranger ou l'individu étranger) de la dissémination d'un mal ou d'une épidémie ; la xénophobie, voire le racisme viennent toujours très bien s'articuler aux épidémies.

⁴ Il faudrait arriver à démontrer que le taux de suicide chez les personnes atteintes est plus élevé que dans le reste de la population, et que la connaissance de sa séropositivité conduit *ipso facto* à une activité sexuelle accrue. Quant au rejet systématique par la famille, il est bien loin d'être documenté ; nos observations tendent à prouver que le plus souvent un parent proche reste solidaire de la personne atteinte.

en charge requiert beaucoup d'empathie. Des personnels vont même jusqu'à exagérer la nécessité d'un contact physique étroit avec les patients malades du sida. La non utilisation des gants trouve parfois sa justification dans l'observation du comportement de médecins expatriés, alors volontiers érigés en modèles, que l'on voit régulièrement prodiguer des soins sans gants.

Soignants et accompagnants : entre conseils d'hygiène et risques d'éveil de soupçon

On sait combien en Afrique subsaharienne les accompagnants sont des auxiliaires de santé essentiels pour assurer la prise en charge des patients, étant donné le manque de personnel et la vétusté des installations : ils apportent la nourriture à « leur » patient, s'occupent de sa toilette et de son hygiène, et aident souvent les personnels de santé dans leurs actes de soins (tenir une perfusion, nettoyer la table d'accouchement, etc.). Pour les personnels de santé, les conseils aux accompagnants sont encore plus importants que les conseils aux malades : ce sont eux qui, en charge du malade, sont *a priori* beaucoup plus susceptibles d'entendre les conseils que les patients alités ou diminués. Certains considèrent que les accompagnants devraient être les premiers destinataires de l'information sur le statut sérologique de « leur » patient, d'autant plus qu'ils semblent souvent soupçonner la nature réelle de la maladie et qu'ils sont alors particulièrement réceptifs. Mais tout ceci ne suffit pas pour leur « dire » le sida de leur proche. Il apparaît essentiel que les accompagnants se protègent pour ne pas être contaminés accidentellement, par exemple, en manipulant le sang ou les excréta du patient. Cependant, donner des conseils d'hygiène et de prévention reste délicat car pour la plupart des personnels rencontrés, tous les conseils à destination des accompagnants, qu'il s'agisse d'attitudes à adopter à domicile ou de précautions à prendre à l'hôpital, sont à dispenser de manière à ne pas éveiller les soupçons de l'entourage sur la séropositivité de leur malade. Pour les personnels de santé, tout conseil est susceptible de susciter des interrogations chez les accompagnants des malades et l'embarras peut surgir chez le soignant interpellé par un accompagnant. Il faut alors user « d'astuces » pour exprimer la nécessité qu'il y a pour l'accompagnant à prendre des précautions. Suggérer, dire sans dire, donner des conseils aux patients, notamment en matière d'hygiène, sont une manière d'orienter les malades et leur entourage vers le diagnostic mais sans nommer la maladie.

La non nomination du sida

Ne jamais évoquer explicitement le sida est au cœur des stratégies des personnels de santé. Ils utilisent des codes entre eux pour éviter un dévoilement explicite aux non initiés, c'est-à-dire les patients et les accompagnants. Garder le secret apparaît particulièrement important lorsque l'on a affaire à des enfants dépistés séropositifs. Annoncer que l'enfant est infecté exigerait la mise au point d'une stratégie complexe d'annonce aux parents auxquels il faudrait faire comprendre qu'eux-mêmes doivent se faire dépister. L'essentiel reste de ne pas éveiller les soupçons, de ne jamais nommer explicitement le sida devant les malades et leur entourage. Les personnels de santé débordent alors d'imagination pour trouver des codes langagiers incompréhensibles aux profanes. Un terme fréquemment utilisé, seul ou accompagné d'autres termes, pour désigner le sida est celui de « terrain ». Communiquer à haute voix sans se faire comprendre, en utilisant des termes apparemment techniques, est une pratique relativement courante dans les structures de soins. Voici un exemple observé dans un service de médecine.

Un infirmier commence les soins de la journée dans le service au lit n° 1 ; au même moment un autre infirmier était en train de préparer une perfusion, et demande à son collègue : « est-ce que le BW fort [pour Western Blot] a été fait finalement ? » ; l'infirmier répond « oui, c'est confirmé ». Ils se sont regardés et ont continué les soins. Quelques temps après, un nouveau cas « suspect » vient d'être hospitalisé ; nous en sommes informés brutalement par un infirmier qui nous interpelle en ces termes : « tu as un cas au lit 23 ! »

On peut se demander ce qui vient finalement motiver de telles précautions discursives car une bonne partie des personnels a le sentiment que les malades du sida connaissent leur statut sérologique et que l'information est partagée par leur entourage.

Quelle signification donner finalement à ce paradoxe qui consiste à éviter d'éveiller les soupçons par des stratégies comportementales et langagières très sophistiquées sur ce que tout le monde sait. S'agit-il d'un vrai paradoxe ? Les personnels feignent-ils ici de se rassurer ? Cela leur permet-il de légitimer leur position sur la non annonce de la séropositivité, l'annonce devenant inutile face à la connaissance largement partagée ? Tout se passe comme si le mot « sida », beaucoup plus que le mal en lui-même, était tabou, chez les agents de santé comme dans la population, dès lors qu'il peut être rapporté à une situation concrète. Tout le monde sait, mais il n'en persiste pas moins des comportements qui laissent planer des doutes. En fait, il apparaît bien souvent que personnels de santé, patients et entourage des patients sont totalement investis dans l'univers du « faux semblant » (GOFFMAN, 1975 : 91 - 111).

Le mauvais patient

Ce malade si particulier qui motive toutes les précautions discursives et comportementales que nous avons présentées, recouvre néanmoins toutes les caractéristiques de « malade ordinaire », voire de patient particulièrement indiscipliné, agressif, mal éduqué à l'égard des personnels de santé lorsque ceux-ci brossent son tableau psychologique et comportemental. On lui attribue parfois une certaine responsabilité quant aux mauvaises conditions de sa prise en charge médicale dans les structures de soins. Le malade du sida est souvent décrit comme agressif et égoïste. Selon un infirmier, lui-même séropositif, « on dit que les PvVIH, à un certain moment de la maladie, deviennent égoïstes », et ont du mal à comprendre que l'on ne puisse pas avoir à leur égard une attention de tous les instants. Les malades du sida sont réputés pour avoir un comportement perturbé, dû à la maladie, et leur prise en charge devrait parfois relever de la psychiatrie selon certains infirmiers. Selon bon nombre de soignants rencontrés, les malades du sida sont des « malades aigris » qui cherchent parfois à nuire aux infirmiers, notamment par leur propension à vouloir dissimuler leur maladie⁵. Dès lors, les personnels de santé peuvent adopter des conduites pour, disent-ils, « discipliner ces malades rebelles ». Une certaine unanimité semble se dessiner contre les « intellectuels », soit ces patients lettrés qui réagissent plutôt négativement lorsque les personnels de santé font une allusion au sida. Les réactions attribuées

⁵ Dissimuler sa maladie signifie ici ne pas donner aux soignants les indications pour orienter la thérapeutique, mais surtout ne pas prévenir le soignant des risques d'exposition.

aux « intellectuels » finissent de conforter les personnels soignants de ne pas annoncer la séropositivité à un patient, ni proposer un test⁶. Le malade du sida peut se révéler au bout du compte, aux yeux des personnels de santé, comme un mauvais patient en partie responsable de son abandon par les services de santé, voire de sa propre stigmatisation.

Conclusion : les contradictions des personnels de santé

Pour les personnels de santé, les malades du sida sont donc des malades comme les autres mais auxquels il faut prêter une attention particulière. Il convient de ne manifester aucune distance vis-à-vis du malade, mais en même temps, il faut s'en méfier particulièrement et déployer d'infinies précautions pour éviter tout risque de dévoilement trop explicite. Ces contradictions sont l'expression d'un certain désarroi de personnels qui doivent composer avec les difficultés financières, la part émotionnelle face à une maladie qui frappe un grand nombre de personnes et devant laquelle ils se sentent souvent « impuissants ». En outre, face à la dimension « honteuse » du sida, les soignants tentent d'adopter des comportements spécifiques pour préserver le « secret sidéen ».

Notre analyse se fonde sur des observations faites en 2002 et 2003 que d'aucuns considéreront comme datées. Aujourd'hui, un « confort » supplémentaire indéniable pour les soignants et bien évidemment surtout pour les PvVIH est venu des mesures de décentralisation, notamment en matière d'accès aux ARV et d'accès à des tests rapides fiables. Néanmoins, un rapide sondage effectué en 2008 dans des structures de soins de l'ouest du Burkina Faso atteste d'une persistance de « l'inconfort » vis-à-vis de la nomination explicite de la maladie, et les stratégies discursives persistent. Par ailleurs, si la prise en charge aujourd'hui s'est considérablement améliorée par rapport à la situation rencontrée en 2002, il est loin d'être sûr qu'à côté des files actives attachées à des centres de référence le « confort » et les *a priori* des personnels de santé dans les structures de santé « ordinaires » les plus périphériques aient fondamentalement évolué.

Références bibliographiques

- FERRINHO P., Van LERBERBHE W. (eds.), 2000. *Providing health care under adverse conditions. Health performance and individual coping strategies*, Anvers, ITG Press.
- GOFFMAN E., 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de Minuit (1^{re} Ed. anglaise 1963).
- GRUÉNAIS M. E., 1996. « A quoi sert l'hôpital africain ? », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 73, 1996 : 119 - 128.
- GRUÉNAIS M. E., VIDAL L., 1994. Médecins, maladies et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville. *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 247 - 264.
- HERZLICH Cl., ADAM P., 1997. Urgence sanitaire et liens sociaux. L'exceptionnalité du sida ?, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. CII : 5 - 28.
- JAFFRE Y., OLIVIER de SARDAN J. P. (eds.), 2003. *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z., 1998. « Why do nurses abuse patients ? Reflections from south African obstetric services », *Social Science and Medicine*, 47 (11): 1781 - 1795.
- OUATTARA F., GRUÉNAIS M. E., HUYGENS P., TRAORÉ A., 2004. Sida, stigmatisation et exclusion. Etude anthropologique au Burkina Faso (Bobo Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara), Rapport final, ANRS, IRD-SHADEI (<http://www.ur002.ird.fr/resultats/rapports/anrs/ANRS.pdf>).

⁶ Discours paradoxal si l'on en juge par la récurrente invocation de l'analphabétisme comme cause d'une mauvaise prise en charge des patients.

Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH

A. ATTANÉ*, R. OUÉDRAOGO*

Résumé

Cet article analyse les réseaux d'entraide au sein des familles de personnes infectées par le VIH en vue de comprendre les ressorts qui poussent à aider un parent et à en délaisser un autre. Dans le cas de l'épidémie de VIH, l'analyse de l'entraide intrafamiliale dévoile son caractère électif : un individu décide de soutenir matériellement et moralement plus particulièrement un ou deux de ses proches et n'accorde qu'un soutien plus modeste et plus ponctuel aux autres. L'affection antérieure à l'annonce du statut sérologique détermine bien souvent l'aide au sein de la famille. Une relation de confiance et de solidarité s'instaure entre deux ou trois membres de la famille alors que la méfiance peut caractériser les relations avec les autres personnes l'entourage familial, ceci tout en partageant le même toit. Les modalités de l'entraide au sein du couple sont documentées. L'exemple particulier du VIH permet d'étudier les ressorts d'une relation d'entraide entre deux individus apparentés dans des contextes urbains économiquement défavorisés. Il vient éclairer les transformations des relations d'alliance comme les relations de genre ou de générations.

Mots-clés : VIH, Burkina Faso, entraide, aspects sociaux, annonce, famille.

Elective aid within families in the context of HIV epidemic

Abstract

This article analyses mutual aid networks within the families of HIV infected people in order to understand the reasons behind the support of one relative while another is neglected. The analysis of mutual aid in the case of HIV epidemic reveals its elective character, though it may be systematic for other purposes : an individual decides to support materially and morally one or two of his/her kin and favours a more modest and punctual support towards the others. The affection previous to the announcement of the HIV status often determines the aid within the family. A relation of trust and solidarity is established between two or three members of the family while mistrust can characterise the relations with other members of the family, in a context where all of them are living under the same roof. The modalities of mutual aid within the couple are documented. The particular example of HIV allows studying the conditions of a mutual aid relation between two related individuals in economically underprivileged urban contexts. It enlightens the transformations of alliance, gender or generational relationships.

Keywords : HIV, Burkina Faso, aid, social aspects, disclosure, family.

* UMR 912 (IRD-INSERM-U2), « Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés », Observatoire Régional de la Santé (PACA), 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille.

Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH

Un ensemble de discours tant populaires que savants laisse penser que les sociétés ouest-africaines sont le théâtre de solidarités familiales actives. Présentées tour à tour comme la conséquence d'une forte contrainte sociale ou comme l'expression de la dimension communautaire de ces sociétés, ces solidarités obligatoires sont souvent analysées comme constituant un frein au développement économique (MAHIEU, 1990), une entrave à la poursuite d'un projet individuel (MARIE, 1997) ou encore un rempart contre la pauvreté rampante et une manière pour les plus pauvres de pouvoir accéder aux soins grâce au soutien économique d'un proche (VUARIN, 2000)¹. Si ces interprétations ont été discutées et nuancées (ATTANÉ, 2003 ; DESCLAUX et SOW, 2002 ; VIDAL, 1994) elles restent très prégnantes dans le sens commun comme dans les discours des organismes de développement.

L'étude des dons cérémoniels laisse penser que les solidarités intrafamiliales ont un caractère systématique (ATTANÉ, 2007 ; De WHITE, 2003 ; NICOLAS, 1985). Or dans le cas particulier de l'épidémie de VIH, l'entraide paraît avoir un caractère électif : un membre masculin ou féminin décide de soutenir matériellement et moralement plus particulièrement un ou deux de ses proches et n'accorde qu'un soutien plus modeste et plus ponctuel aux autres. L'exemple particulier du VIH permet d'étudier les ressorts d'une relation d'entraide entre deux individus apparentés dans des contextes urbains économiquement défavorisés.

Nos données sont issues d'une recherche soutenue par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), intitulée « Femmes, sida, relations de genre et structures de santé au Burkina Faso ». Des entretiens multiples de type qualitatif ont été menés entre 2006 et 2008 auprès de 22 hommes et 77 femmes infectés sur trois sites (Ouagadougou, Yako, ville de 20 000 habitants et Ouahigouya, cinquième ville du pays avec 60 000 habitants). Les hommes (âgés de 25 à 54 ans) et les femmes (âgées de 16 à 52 ans) ont été rencontrés dans six associations de prise en charge. Des relations amicales sont nées avec près d'une douzaine d'interviewées ; dans ces cas, les rencontres ont eu lieu à multiples reprises chez elles. En partageant leur quotidien, nous avons pu faire connaissance avec leur entourage familial. Les données sont donc issues principalement d'entretiens enregistrés mais aussi d'observations multiples et de discussions informelles. 80 % des interviewés sont d'origine mossi, les autres sont gourmantché, samo ou originaires de l'Ouest (bobo principalement). Dans leur grande majorité (82 sur 99), ces personnes sont issues de familles polygames comptant une dizaine d'enfants. Seules quelques-unes ont pu accéder à l'école et à un emploi assurant un revenu régulier. Les autres exercent des métiers précaires de chauffeur, cuisinier, commerçant, petit vendeur, d'agriculteur ou de maraîcher. Les femmes mènent des activités faiblement rémunératrices comme la coiffure, le nettoyage, le tissage de pagne ou le petit commerce (vente d'eau fraîche, de légumes, de bois, de condiments, etc.). Elles connaissent des conditions économiques précaires (gains de moins de 500 F CFA par jour, soit 75 centimes d'euros). Les mutations de l'entraide intrafamiliale ne peuvent pas être imputées à la seule épidémie de VIH. En effet, l'organisation familiale et les

¹ Les tensions entre les obligations d'entraide et les aspirations individuelles génèrent des contradictions multiformes, de ces contradictions adviendrait l'individu sujet (MARIE, 1997). D'autres recherches montrent que obligations de solidarité et stratégies d'auto-promotion ne sont pas contradictoires, mais interdépendantes (ATTANÉ, 2009).

relations entre les âges, les sexes et les générations se transforment sous l'effet d'une multiplicité de facteurs. L'épidémie de VIH vient renforcer des tendances et donne à voir avec plus d'acuité certaines caractéristiques de l'entraide. L'annonce de l'infection peut changer la nature de l'entraide ou sa direction mais pas obligatoirement. Comme le montrent les travaux d'Irène Théry, considérer la question du secret et de la confiance favorise la compréhension des relations que le malade entretient avec son entourage (THERY, 1999).

Partage du secret et entraide

Dans le contexte burkinabè actuel, le test est effectué dans la plupart des cas après une longue période de maladie qui épuise les ressources financières des personnes concernées. Accepter de se faire dépister est largement lié à l'intervention d'un tiers : un ami, un parent qui conduit l'intéressé vers le dépistage. La généralisation récente des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant incite les femmes enceintes à se faire dépister. Ainsi, de plus en plus de femmes, parfois très jeunes, apprennent leur infection à l'occasion d'une grossesse. Lorsqu'une personne découvre sa séropositivité, commence « la gestion de ce secret » pour tenter d'évaluer les réactions de l'entourage (acceptation, soutien, rejet, divulgation de l'information, etc.). Sur les 77 femmes rencontrées, 7 n'ont informé personne, tandis que les 22 hommes enquêtés ont tous partagé leur secret avec au moins une personne. Le partage de ce secret vient généralement s'inscrire dans un lien préexistant (on informe un frère proche, une mère, un père, une amie...), ou inaugure parfois une nouvelle relation aux contours futurs incertains. Parfois, l'annonce s'effectue à celui dont on espère un soutien. La diffusion de l'information donne à voir les relations entre les générations et les couples comme entre germains (frères et sœurs, parents et enfants, etc). Les notions de confiance, d'obligation, de dépendance apportent un éclairage qui permet de mieux comprendre les modalités de circulation de l'information et les stratégies de préservation du secret.

Le rejet se signale par le refus de partage : de manger ensemble principalement, ou d'accorder l'hospitalité à un parent (OUATTARA, 2004). Parfois le refus de l'entraide entre proches a des conséquences matérielles graves. Le rejet est tel qu'il entame les conditions matérielles d'existence de la personne infectée, comme l'illustre la situation de Marceline : « *Quand je suis revenue de Côte d'Ivoire, je suis restée chez mon frère, notre père est décédé et il a laissé une cour dans laquelle mon grand frère vit, quand il s'est rendu compte que j'avais la maladie, il m'a dit de partir pour ne pas contaminer les gens de sa cour* ». De tels cas révèlent le rôle crucial joué par les associations de prise en charge. Les associations viennent en partie suppléer aux carences de l'entraide familiale. Comme Judith Hassoun l'a déjà décrit, il y a une dizaine d'années à Abidjan (1997a), parfois le délitement de la relation d'entraide au sein de la parenté fait qu'un soutien ne peut être trouvé qu'auprès des membres d'une association. Dans ce sens, la distribution des vivres effectuée par les associations est primordiale, car elle assure la nourriture aux plus démunis et la possibilité pour eux de rester dans un réseau d'entraide en offrant un peu de ces denrées à leurs proches. Les associations sont venues, dans plusieurs cas qui nous ont été relatés, se substituer aux proches parents d'une personne décédée du VIH afin de prendre en charge les rites funéraires. Le refus de la famille d'enterrer la dépouille d'un proche est le signe le plus emblématique de la rupture du soutien familial.

L'entraide intrafamiliale dans un contexte général de pauvreté

L'entraide au sein des familles dépend en partie du pouvoir économique des membres qui les composent. Parallèlement, avec l'infection à VIH, on assiste à un renforcement de la précarité des conditions de vie des femmes, comme des hommes, comme cela a été montré à Abidjan par exemple (HASSOUN, 1997b). La majorité de nos interlocutrices ont dû mettre fin à leurs activités ou les réduire du fait de la maladie (dégradation de leur état de santé, épuisement des économies qui remet en cause leur activité commerciale, etc.). Elles se retrouvent dans l'incapacité d'assurer leur prise en charge et sont contraintes de s'adresser à leur entourage familial pour solliciter un soutien. Au sein de chaque famille, un ou deux membres sont les principaux pourvoyeurs de ressources (un frère, une sœur, un demi-frère, un cousin, un fils, une fille, etc.) ; ils résident parfois sur place ou hors de la concession familiale (dans un autre quartier de la ville, dans d'autres villes ou hors du pays). Lorsque la maladie touche le membre pourvoyeur de ressources, cela a des implications pour toutes celles et tous ceux qui dépendent de lui. Ainsi, Mustafa, unique garçon de la fratrie témoigne : « *Je ne dis rien à mes sœurs parce que je ne veux pas qu'elles s'angoissent, si je leur dis, elles vont se mettre à penser, ah, nous ne sommes que trois, c'est celui là qui devait s'occuper de nous, c'est dans sa cour qu'on devait venir rester lorsqu'on revient de chez nos maris, s'il a cette maladie, qu'est-ce que nous allons devenir ?* ». Ainsi, le sentiment de vulnérabilité développé par une personne infectée dépend largement de ses relations de couple comme de ses relations intergénérationnelles. Parfois, des parents déjà âgés se révèlent être les meilleurs appuis pour leur enfant adulte infecté, au plan psychologique et matériel. Parallèlement, le rôle des enfants mineurs apparaît central. Dès l'âge de dix ans, parfois moins, ils peuvent connaître la séropositivité de leurs parents. Ils leur apportent alors un soutien constant tant psychologique (réconfort quotidien, rappel de la prise des médicaments...) qu'économique (vente au marché ou culture des champs durant les épisodes de maladie aiguë) parfois parallèlement à la poursuite de leur scolarité. Ce soutien s'exerce plus systématiquement en direction de la mère que du père. Les enfants peuvent se poser en médiateurs entre lignée paternelle et maternelle en jouant un rôle actif auprès de leur famille paternelle afin par exemple d'éviter le rejet de leur mère devenue veuve.

Les motifs de l'entraide

Les ressorts de l'entraide intrafamiliale sont multiples. L'attachement affectif antérieur à l'annonce de la sérologie détermine bien souvent l'aide au sein de la famille. Une relation de confiance et de solidarité s'instaure entre une ou deux personnes d'une même famille alors que la méfiance peut présider aux relations entretenues avec les autres. Les représentations sur l'origine du mal jouent également un rôle déterminant : si la personne est perçue comme une victime, l'entraide se met en place presque systématiquement ; si l'infection est imputée à son mode de vie, l'entraide se tarit. Lorsque l'homme se perçoit comme le « responsable » de l'arrivée du virus au sein du foyer, sans l'admettre ouvertement, il adopte un comportement de soutien vis-à-vis de sa ou ses partenaires. Une patiente qui se sait infectée en témoigne : elle a annoncé à son mari et pense qu'il est également infecté même si ce dernier ne lui en a jamais rien dit : « *Je peux dire même qu'il est devenu beaucoup plus gentil, il m'aime encore plus même depuis qu'il sait. Il est aux petits soins avec moi. Quand il me voit calme, soucieuse, quand il rentre dans la chambre et voit*

que je suis assise calme, la tête entre les mains, il me demande ce qui ne va pas, il m'attrape et me secoue en disant « je ne veux pas te voir comme ça », il fait tout pour me faire retrouver le sourire ». Les représentations sur l'origine de mal influencent l'attitude de l'époux, alors que l'affection et la dépendance économique déterminent prioritairement celle de l'épouse. La responsabilité, voire la culpabilité est un motif d'entraide puissant. En témoigne Awa : « Ce sont eux, mes parents, qui m'ont pris donné à l'homme et comme j'ai eu la maladie, ils vont s'occuper de moi. Si c'était moi qui étais allée chercher un mari, c'était un autre problème encore ! »

Un sentiment d'endettement vis-à-vis d'un tiers peut également motiver l'aide. Il s'agit de rembourser une dette que l'aidant pense avoir contractée vis-à-vis de la personne infectée ou vis-à-vis d'un proche de cette personne. Ainsi, Bintou, célibataire, âgée de 28 ans, qui bénéficie d'un salaire régulier (150.000 F CFA/mois), a accordé son soutien (paiement des soins, de vivres, des frais de scolarité des enfants) à sa sœur aînée, mère de trois enfants, dès l'annonce de sa séropositivité. Interrogée sur les sentiments et les liens qui l'unissent à sa sœur aînée infectée, Bintou évoque son souhait de soutenir le mari de sa sœur. En effet, Bintou tient à remercier son beau-frère de l'avoir accueillie dans sa cour durant toute sa scolarité secondaire. En aidant ainsi sa sœur et en voulant palier à l'incapacité monétaire de son « beau », Bintou inverse les obligations liées à la relation d'alliance dans la culture mossi, à laquelle ils appartiennent. En effet, la norme des échanges intrafamiliaux impose à un homme de ne rien recevoir de la famille de sa femme car il est en position d'endetté vis-à-vis d'elle. Cet exemple témoigne d'une évolution des relations d'alliance : le sentiment de reconnaissance de Bintou vis-à-vis de son beau-frère la pousse à lui accorder son soutien, pour que ce soutien soit socialement acceptable elle l'accorde officiellement à sa sœur.

La reconnaissance, souvent déterminée par la compassion qu'inspire le tiers, est une dimension essentielle qui motive l'entraide. Reconnaître les difficultés de l'autre, son courage face à la maladie, les valeurs morales qu'il déploie pour y faire face déclenche l'aide. La mise en place de l'entraide peut également être justifiée par la volonté diffuse de faire « un investissement incertain ». Il s'agit alors de préparer une situation qui peut ultérieurement vous concerner personnellement. Manifestations de reconnaissance, compassion et « investissement incertain » concourent à créer une relation d'entraide inexistante avant l'annonce du statut sérologique. En témoigne Julienne : « *La façon dont le frère de mon mari me traitait et ce qu'il fait maintenant, depuis qu'il a su que j'ai ce problème, ce n'est plus la même chose. Il était méchant avec moi, il y a des jours, s'il se levait, il me saluait et il y a des jours, il ne me saluait pas, mais depuis qu'il est au courant de mon problème, il est correct avec moi. Parfois, s'il se lève, il me donne de l'argent et me dit d'aller acheter à manger, il y a des jours, quand il sort, il me demande ce que je veux qu'il achète pour moi. Souvent, il achète de la viande, ou bien du yaourt, si je lui demande seulement, il m'en ramène. Il m'encourage aussi. La façon dont il s'occupe de ma vie maintenant, c'est plus que mon mari même* ». Ici, le fait d'avoir annoncé la maladie et d'avoir accordé sa confiance provoque de l'aide en retour. L'évolution des perceptions du VIH peut expliquer cette attitude : le sida, au fil des années, a quitté son statut de « maladie des autres » pour devenir « la maladie de tout le monde ». En effet, chacun a pu voir quelqu'un dans son entourage « partir » de cette maladie.

Conclusion

La circulation de l'argent ne traduit pas seulement des liens, elle les fait exister (MARTIAL, 2005). L'affection et l'attachement pour un tiers sont des motivations centrales de l'entraide ; le soutien se manifeste d'autant plus s'il y a un consensus de l'entourage sur les qualités et les mérites d'une personne. Parallèlement, exprimer son affection passe dans les contextes ouest-africains contemporains par un soutien moral et matériel, alors que le refus du don signe le rejet. L'entraide quotidienne n'est pas générale mais élective. Elle est soumise à l'incertitude et elle est fonction de la qualité de la relation et de son évolution comme des conditions économiques d'existence de l'aidant. Ainsi, les PvVIH en manque ou rupture d'entraide sont nombreux. Les associations jouent un rôle central du fait des solidarités qui peuvent s'y déployer. Les exemples présentés ici viennent éclairer les transformations des relations d'alliance au même titre que des relations de genre ou de générations. Ils témoignent que si les relations d'alliance, de genre et de générations sont inscrites dans des cadres normatifs précis, elles sont dans les faits tout autant déterminées par l'histoire des relations intrafamiliales de chacun, mais aussi par l'affection, la reconnaissance, la confiance, parfois par la culpabilité.

Références Bibliographiques

- ATTANÉ A., 2003. Cérémonies familiales et mutations des rapports sociaux de sexe, d'âge et de génération. Ouahigouya et sa région. Burkina Faso. Thèse de doctorat, EHESS-Marseille, 510 p.
- ATTANÉ A., 2007. Les défis de l'incohérence ou comment penser la pluralité sociale ? L'exemple des cérémonies de funérailles, Ouahigouya et sa région, Burkina Faso, In Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'œuvre de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Bierschenk T., Blundo G., Jaffre Y. & M. Tidjani A., Paris, Karthala, p. 507 - 526.
- ATTANÉ A. 2009 (à paraître), Se marier à Ouahigouya : Argent et mutations des rapports sociaux de sexe, d'âge et de génération au Burkina Faso, In Les comptes de l'incertitude. Histoire, anthropologie, sociologie des transactions familiales, Agnès Martial, Toulouse, Presse Universitaire du Mirail.
- DESCLAUX A., SOW K., 2002. La solidarité familiale dans la prise en charge des patients : réalités, mythes et limites, in L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux, Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (éds.), Paris, ANRS, p. 79 - 93.
- De WHITE, 2003. Money and Death. Funeral Business in Asante, Ghana. *Africa*, 73(4) : p. 531 - 59.
- HASSOUN J., 1997a. Femmes d'Abidjan face au sida, Paris, Karthala.
- HASSOUN J., 1997b. La solidarité familiale face au Sida : résultats d'une enquête réalisée à Abidjan (Côte d'Ivoire) auprès de femmes malades du sida, *Autrepart* (2) : 105 - 122.
- MAHIEU F. R., 1990. Les fondements de la crise économique en Afrique, Paris, L'Harmattan.
- MARIE A. (éd.), 1997. L'Afrique des individus, Paris, Karthala.
- MARTIAL A., 2005. Comment rester liés ?, *Terrain*, 45 p. 67 - 82.
- NICOLAS G., 1986. Don rituel et échange marchand dans une société sahélienne, Paris, Institut d'Ethnologie.
- OUATTARA F., GRUÉNAIS M. E., HUYGENS P., TRAORÉ A., 2004. Sida, stigmatisation et exclusion. Etude anthropologique au Burkina Faso (Bobo Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara), Rapport final, ANRS, IRD-SHADEI (<http://www.ur002.ird.fr/resultats/rapports/anrs/ANRS.pdf>).
- THERY I., 1999. « Une femme comme les autres ». Séropositivité, sexualité et féminité, In Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. ANRS, collections Sciences Sociales et Sida, p. 113 - 136.
- VIDAL C., 1994. La solidarité africaine : un mythe à revisiter, *Cahiers d'Études Africaines*, 136 : 687 - 691.
- VUARIN R., 2000. Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation : ou « Venez m'aider à tuer mon lion », Paris, L'Harmattan.

Quand la prévention de la transmission mère-enfant du VIH « cause problèmes » : une ethnographie des relations interprofessionnelles dans trois sites de Ouagadougou

S. ZONGO*, F. OUATTARA**

Résumé

Six ans après sa mise en place, la PTME connaît toujours des difficultés d'organisation au Burkina Faso ; elle apparaît comme une activité à part dans le système de soins.

A partir d'observations et d'entretiens semi directifs menés auprès de soignants, cet article analyse l'impact de l'organisation de la PTME sur les relations entre les soignants et leurs implications sur la prise en charge des femmes enceintes séropositives dans trois sites d'un district sanitaire de la ville de Ouagadougou.

Dans les services de santé, le suivi des femmes enceintes séropositives n'implique pas forcément tout le personnel. Bien que la plupart des agents de santé soient formés en counseling ou à la prise en charge des femmes enceintes séropositives, les activités restent concentrées aux mains de quelques personnes dont le choix n'obéit pas toujours à des critères « objectifs ». Si l'implication sélective du personnel répond à un souci de confidentialité, elle ne garantit pas forcément le renforcement des compétences, pour une activité appelée à être vulgarisée. La prise en charge efficiente des femmes séropositives pendant la grossesse et l'accouchement peut alors en pâtir.

Mots-clés : VIH, PTME, personnels de santé, femmes enceintes, Burkina Faso.

When prevention of HIV mother to child transmission « causes problems »: ethnography of inter-professional relations on three sites of Ouagadougou

Astract

Six years after its implementation, PMTCT still faces organisational difficulties in Burkina Faso ; it appears to be an isolated activity within the health care system.

Based on observations and semi-directive interviews carried out among care providers, this article analyses the impact of the organisation of PMTCT on the relationship between nurses and their implication for the monitoring of HIV-positive pregnant women, on three sites of a sanitary district of Ouagadougou.

In health services, indeed, the follow up of HIV-positive pregnant women does not necessarily implicate all health staff members. Even though most of them are trained in counselling or in follow-up of

* Doctorante en Anthropologie, UMR 912 (INSERM- IRD-U2) « Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés », Institut de Recherche pour le Développement, 01 BP 182 Ouagadougou, Burkina Faso. E-mail : zongosyl@yahoo.fr

** Anthropologue, Ingénieur de recherche, UMR 912 (INSERM- IRD-U2) « Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés », Institut de Recherche pour le Développement, 01 BP 182 Ouagadougou, Burkina Faso.
E-mail : fatou.ouattara@ird.bf

HIV-positive pregnant women, the activities remain concentrated within the hands of a few people, who were not always chosen on the basis of “objective” criteria. If the selective commitment of staff members responds to a concern for confidentiality, it does not necessarily guarantee the strengthening of competencies, for an activity to be generalized. Efficient care for HIV-positive women during pregnancy and delivery can be jeopardized.

Keywords: HIV, PMTCT, care providers, pregnant women, Burkina Faso.

Introduction

Dans le cadre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH, le Burkina Faso a élaboré un plan national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) pour réduire la transmission du virus jugée importante. Ce programme a officiellement démarré en 2002 et six ans après sa mise en place, certains districts sanitaires ne sont toujours pas couverts¹. Le programme PTME, activité « nouvelle » introduite dans l’univers professionnel des soignants n’est pas sans incidences sur l’organisation des activités en général et sur les relations au sein des services en particulier (HANCART PETITET, 2006 ; GOBATTO et LAFAYE, 2005). Si la plupart des études se sont attachées à aborder la mise en place des programmes et les conséquences sociales de l’adhésion des femmes aux programmes (ZONGO, 2006 ; EIDE *et al.*, 2005 ; OMS, 2004 ; BOND *et al.*, 2002 ; DESGRÉES DU LOÛ, 2000), il reste que les relations interprofessionnelles dans le contexte de prise en charge des femmes enceintes infectées restent peu abordées.

En partant d’une étude menée auprès de soignants de la ville de Ouagadougou, cet article se propose de présenter l’organisation des activités de la PTME dans les services de santé d’une part et d’autre part leurs incidences sur les relations entre les soignants et sur la prise en charge des femmes enceintes séropositives. Les soignants considérés ici sont surtout les paramédicaux qui interviennent dans le suivi et la prise en charge des femmes enceintes dans les maternités et les services de santé maternelle et infantile (SMI).

Questions méthodologiques

Les données qui ont servi à l’élaboration de cette réflexion ont été recueillies dans le cadre du projet de recherche « Femmes, sida, relations de genre et structures de santé (Burkina Faso) » (2006-2008), soutenu par l’Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS 12123) et mis en œuvre dans les districts sanitaires de Ouahigouya, Yako et Bogodogo². Le projet avait pour objectif d’étudier les contraintes qui pèsent sur les femmes infectées par le VIH et de saisir leurs marges de manœuvre dans leurs recours thérapeutiques. Il s’agissait entre autres de s’intéresser aux modalités de prise en charge des femmes infectées par le VIH dans les structures de soins.

¹ En fin 2007, sur les 55 districts sanitaires que comptait le pays -ce chiffre est passé à 63 en 2008- 5 n’étaient toujours pas couverts. Par ailleurs tous les centres de santé à l’intérieur des districts couverts ne sont pas forcément des sites de PTME.

² La mise en place de ce projet a été précédée par un avis favorable du comité d’éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (délibération n° 2006-006 du 02 mars 2006).

Nous choisissons d'exposer quelques résultats obtenus sur trois sites PTME du district sanitaire de Bogodogo³. Ces trois sites présentent des statuts différents, ce qui donne au suivi des femmes enceintes séropositives des configurations différentes : le centre médical St Camille, premier site PTME sur le plan national, est une structure confessionnelle qui dispose d'une relative autonomie dans sa gestion. Le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30 et le CSPS de la trame d'accueil du secteur 28 sont quant à eux des structures étatiques qui se distinguent l'une de l'autre par le statut d'hôpital de référence et celui de structure périphérique de première ligne. Les données recueillies se répartissent comme suit :

- 38 entretiens semi-directifs avec des soignants aux statuts divers dans les maternités et SMI ;
- 20 séances de « causerie de groupe » de femmes en consultation prénatale observées ;
- 27 séances d'interactions en service de dépistage volontaire observées.

Organisation et mise en œuvre de la PTME

Une offre des prestations en fonction du statut des structures

Le district sanitaire de Bogodogo est un site de mise en œuvre de la PTME depuis 2002 et bénéficie à ce titre du soutien technique et financier de plusieurs institutions : le Ministère de la Santé du Burkina Faso par le biais de la Direction de la Santé et de la Famille (DSF), l'OMS, l'UNICEF et l'ONG Medicos Del Mundo (MDM). Les domaines d'intervention dans les activités de la PTME sont différents selon les institutions. L'ONG Medicos Del Mundo dote le CMA ainsi que certaines maternités du district, dont la maternité de la trame d'accueil du secteur 28, de consommables pour la réalisation de tests rapides ainsi que du lait maternisé et des biberons pour les femmes séropositives ayant choisi l'allaitement artificiel et se charge du suivi à domicile des femmes⁴. Ce soutien est orienté vers les structures étatiques du district sanitaire. En revanche, le centre médical St Camille bénéficie du soutien de partenaires le plus souvent autres que ceux du district.

Sur le terrain, la PTME est structurée autour de : la proposition systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes venues en consultations prénatales – d'abord à travers des causeries de groupe puis des entretiens individuels – le suivi de la grossesse et de l'accouchement par l'administration d'un protocole thérapeutique prévu par les dispositions nationales et le suivi de l'enfant après l'accouchement. Une telle organisation devrait garantir la confidentialité des informations. Dans les faits, tous les sites ne fournissent pas cette chaîne de prestations. Le centre médical St Camille par exemple, disposant d'un meilleur plateau technique et de différents services de santé maternelle et néonatale, se situe aux différentes étapes de la PTME. Un médecin référent disponible au sein de la structure est chargé du suivi thérapeutique des femmes – depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement – et de leurs enfants en collaboration avec le personnel paramédical ; la prise en charge nutritionnelle des enfants, est assurée par le service de néonatalogie.

³ Dans le district sanitaire de Bogodogo (Ex district sanitaire du secteur 30), si le centre médical St Camille - qui a d'ailleurs été le premier site PTME au plan national – était le seul site lors du démarrage du programme, aujourd'hui il faut compter avec 14 sites fonctionnels dont 2 sites sans maternités. Ce chiffre reste tout de même bas au regard du nombre de services de santé que compte le district : 29 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) dont 2 avec seulement un service SMI et un dispensaire.

⁴ Lorsque les femmes sont dépistées séropositives, le personnel de santé se charge de les mettre en contact avec les animatrices de l'ONG qui sont à leur tour chargées de suivre les femmes hors du cadre hospitalier. Il s'agit d'un suivi axé sur l'appui nutritionnel au nouveau-né.

Au CSPS de la trame d'accueil du secteur 28, les activités se structurent autour de l'offre en conseils, du dépistage et de l'administration du protocole thérapeutique pendant la grossesse et l'accouchement ; la prise en charge thérapeutique et nutritionnelle du nouveau-né est confiée au centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulle et à l'ONG Medicos Del Mundo. Ici comme au centre médical St Camille, ce sont des tests de dépistage rapides qui sont proposés aux femmes et la porte d'entrée reste les CPN, ce qui n'est pas le cas pour le CMA, structure de référence du district sanitaire où on assiste plutôt à une PTME qui commence le plus souvent à l'accouchement⁵. Les activités au sein du district, hormis le centre médical St Camille, sont coordonnées par un médecin généraliste choisi comme médecin référent des personnes séropositives au sein du CMA. Si les différents sites étudiés se distinguent dans l'offre des prestations en PTME, ils se rejoignent cependant dans l'organisation des activités qui s'y rapportent.

Une gestion concentrée des activités

« Dans le centre, il n'y a que quelques personnes qui sont impliquées et elles ont monopolisé la chose ! » (Une sage-femme)

Du CMA du secteur 30 au CSPS de la trame d'accueil du secteur 28 en passant par le centre médical St Camille, différents corps professionnels participent à la réalisation des tâches : gynécologues, sages-femmes, accoucheuses auxiliaires et filles de salle font les CPN, les accouchements, la planification familiale, la vaccination etc. Ces activités font appel dans la plupart du temps à un roulement (trimestriel ou semestriel) du personnel paramédical, ce qui n'est pas le cas pour les activités de la PTME. Sur chaque site en effet, le suivi des femmes enceintes dépistées séropositives n'incombe pas forcément à tout le personnel, les activités sont dévolues à quelques soignants.

Au centre médical St Camille, le circuit repose sur deux sages-femmes basées à la SMI, une infirmière en service de néonatalogie et deux médecins chargés du suivi médical des patients et de la coordination des activités PTME ; le circuit de la femme séropositive est organisé autour de ces trois services. Le service de maternité, bien que recevant les femmes pour l'accouchement, est maintenu à l'écart de leur prise en charge thérapeutique.

Au CMA également, même si certains gynécologues et sages-femmes sont habilités à suivre les femmes, le circuit semble reposer sur deux sages-femmes et le médecin référent en collaboration avec le personnel de l'ONG Medicos Del Mundo. A la trame d'accueil du secteur 28, les activités de la PTME sont essentiellement assurées par une sage-femme et les accoucheuses, et sont centralisées par les séances de CPN.

L'annonce et la gestion de la sérologie positive restent confidentielles entre la patiente et le soignant qui a fait le dépistage (OUATTARA *et al.*, 2007). Les autres soignants ne sont pas tenus au courant des résultats et dans certains cas, même les soignants formés en counseling et/ou en PTME qui n'ont pas réalisés le conseil et le dépistage de la patiente ne sont pas informés de son statut. On assiste à une personnalisation de l'activité mais surtout à celle des relations entre la femme enceinte dépistée séropositive et le soignant qui lui a annoncé son statut.

⁵ Afin de jouer pleinement son rôle d'hôpital de référence, le CMA a supprimé depuis 2003 les CPN sur le centre ; les femmes enceintes de l'aire de santé doivent donc se faire suivre dans les formations périphériques.

Les « impliqués » et les « non impliqués »

Sur les sites étudiés donc, tous les soignants ne sont pas également impliqués dans les activités de PTME. Celles-ci sont concentrées aux mains de quelques individus le plus souvent caractérisés par l'appellation « équipe PTME » ou « les gens de la PTME » et qui sont considérées dès lors comme les personnes « impliquées » par opposition aux personnes « non impliquées »⁶. Une telle catégorisation du personnel repose sur l'organisation des activités dans les sites et tend à faire de la PTME une activité spécifique dans le système de soins.

L'implication peut se saisir à deux niveaux : il y a d'une part celle qu'on peut qualifier d'individuelle qui résulte du soignant lui-même, de la compréhension qu'il a de la PTME ; elle peut être basée sur un apprentissage sur le tas ou résulter d'une situation conjoncturelle (GOBATTO et LAFAYE, 2005). D'autre part, il y a l'implication que l'on peut considérer comme « imposée », conférée, c'est-à-dire qui émane des supérieurs hiérarchiques. C'est cette dernière forme d'implication qui cause problème dans les sites, car dans la plupart des cas, les personnes « impliquées » sont en fait choisies par les supérieurs hiérarchiques. On peut certes penser à l'ancienneté dans le service, l'expérience dans le domaine ou la capacité à garder la confidentialité dans le choix de ces personnes, mais d'autres critères qui se poseraient en termes de maturité et de sens de la responsabilité peuvent être avancés.

« Nous avons essayé d'identifier d'abord deux seules personnes pour un problème de confidentialité (...) Moi je n'ai pas de problème vis-à-vis de la confidentialité des autres sages-femmes au niveau de la PTME, cependant je pense que tout ce qui concerne le VIH demande une relative spécialisation du personnel, ça ne veut pas dire qu'on doit les envoyer faire un PhD quelque part, mais je préfère toujours que la gestion des VIH soit assurée par des personnes expérimentées, et ce n'est pas ici seulement !.... Parce que je vous l'ai dit, je sais, avec ces deux personnes, après toutes ces années, je peux travailler les yeux fermés ! Maintenant on est en train de voir s'il faut ajouter une autre personne, parce qu'elles manipulent des choses assez délicates... Vis-à-vis du VIH, je pense qu'il y a encore de gros progrès à faire. Avant de gérer un problème VIH chez une autre personne, il faudrait...il faut vraiment un peu surmonter certains problèmes chez soi même et, il y a des gens qui sûrement, ces problèmes là, ils ne les ont pas surmontés. Le problème de confidentialité se pose mais ce n'est pas ça le premier problème, ce n'est pas le premier problème, c'est plutôt un problème d'approche des patientes, des VIH hein ! » (un médecin référent).

Les « impliqués » : une catégorie privilégiée ?

« On dit que c'est confidentiel ! C'est le secret ! Est-ce que toi tu sais garder le secret (rires) ? On dit que ces personnes là savent garder le secret, c'est pour ça qu'on les a choisies ! ça crée des frustrations ! » (une sage-femme).

⁶ Il ne s'agit pas ici de termes officiels ou consacrés mais de choix que nous faisons pour illustrer les perceptions des personnes rencontrées, lorsqu'elles abordent leur participation au programme de PTME. Lors des différents échanges avec les personnels de santé en effet – notamment ceux qui n'interviennent pas dans le suivi et la prise en charge des femmes du programme – la position dans les activités de la PTME était fréquemment traduite par le propos « nous ne sommes pas impliqués ».

Les soignants investis dans les activités de la PTME sont considérés comme étant capables de garder le secret sur la séropositivité des patientes ; ils sont perçus comme « personnes dignes de confiance ». Les soignants non impliqués se sentent mis à l'écart, exclus des « privilèges » que confère la responsabilité des activités de la PTME. En effet, outre le statut de « personnes dignes de confiance » dont jouissent les personnes impliquées, il faut compter avec l'exemption des gardes. Bien qu'à ce niveau le lien ne soit pas forcément établi, les responsables des activités PTME sur certains sites ne prennent pas souvent la garde en salle d'accouchement – ceci est d'ailleurs valable pour les responsables des autres activités – la charge de travail deviendrait non seulement moindre pour eux mais, l'exposition au risque serait également réduite. Les personnes non impliquées se considèrent plus exposées au risque de contamination pendant l'accouchement car n'étant pas impliqués, elles ne peuvent accéder aux informations sur la sérologie des parturientes. Seuls les impliqués savent qui parmi celles qui viennent pour accoucher sont infectées ou pas ; ils sont au plus près de femmes et donc ils sont à mesure de prendre des précautions pour se protéger pendant l'accouchement.

Affecter quelques individus à la mise en œuvre de la PTME alors que tout le monde a bénéficié de la même formation initiale n'est pas souvent bien perçu. C'est pour les non impliqués un signe de manque de confiance, de doute quant à leur capacité à préserver et à prendre en charge le statut des femmes enceintes dépistées séropositives. A cette frustration s'ajoute celle qui découle de la motivation financière que reçoivent les impliqués sur certains sites. Même s'il n'y a pas d'uniformité dans la question de la motivation financière accordée aux soignants à cause de leur implication dans les activités liées au VIH, certains d'entre eux reçoivent des indemnités en fonction de leur implication dans les activités relatives au counseling ou à la PTME.

Le « privilège » consécutif à la motivation financière reste cependant apprécié différemment par les soignants. Si certains se considèrent lésés par rapport aux impliqués qui reçoivent une motivation financière, d'autres estiment plutôt qu'il faut transcender la dimension pécuniaire pour se situer au niveau de l'occasion de formation continue que représentent les activités de la PTME. Les « impliqués » pensent-ils, sont non seulement motivés financièrement, mais ils acquièrent aussi une grande expérience dans le domaine de la PTME grâce à cette implication. Ce qui leur confère une possibilité de poursuivre ou d'initier les activités de la PTME en cas d'affectation dans une autre structure. Cette perception est présente chez les soignants rencontrés au centre médical St Camille en raison de son statut de premier et grand site PTME au niveau national.

« Bon ! C'est vrai que tout le monde ne peut pas être impliqué, mais c'était bien qu'on fasse à tour de rôle comme pour nos activités. Si on faisait à tour de rôle c'était bien ! On ne parle pas pour la motivation, mais pour notre propre formation. C'est nécessaire pour notre propre formation et pour la suite de notre carrière. Par exemple tu es ici on te dit qu'on fait la PTME et après on t'affecte dans une autre structure et tu n'es même pas capable de pratiquer ça ! Tu vois ? Il faut que tout le monde soit formé ! »
(une accoucheuse auxiliaire).

La PTME, activité « nouvelle », à la limite convoitée, devient aussi un enjeu de pouvoir, de légitimité chez les soignants impliqués, créant ainsi une fragilisation des relations interpersonnelles sous-tendue par des sentiments de mise à l'écart, d'exclusion, voire de discrimination ressentis par les soignants non impliqués.

Une prévention compromise lors de l'accouchement ?

Sur l'ensemble des trois sites, les soignants (notamment ceux qui sont affectés en maternité) se plaignent de la difficulté à identifier les femmes séropositives pendant l'accouchement. S'il est admis que l'on n'a pas besoin de connaître le statut des femmes enceintes avant de les prendre en charge, il reste que certaines précautions doivent être prises face à une femme séropositive pour réduire le risque de transmission du virus pendant l'accouchement (RAISLER et COHN, 2005).

« On ne peut pas dire que ça marche puisque le personnel de la maternité n'est pas impliqué. C'est vrai la femme est suivie pendant sa CPN, on lui montre comment prendre ses médicaments le jour de l'accouchement et comment faire pour le bébé, mais, ça ne suffit pas ! C'est une PTME partielle parce que nous en salle d'accouchement on va recevoir la femme comme toute autre femme, on ne va pas prendre plus de précautions pendant l'accouchement alors que le risque de transmission à l'enfant et aussi au personnel est présent. Par exemple quand on parle de précautions, c'est vrai qu'on prend des précautions pour toutes les femmes, mais si on sait que telle femme est séropositive, le matériel qu'on utilise pour faire l'accouchement, on peut éviter d'utiliser ça pour couper le cordon, ça réduit le risque de transmission, mais si tu ne sais pas ! Souvent même, tellement les gens ont peur d'être contaminés, ils exagèrent dans les précautions... » (Une sage-femme).

Autant les soignants affirment que toutes les parturientes doivent être considérées comme potentiellement infectées par le VIH et donc la conduite à tenir doit être identique pour toutes, autant ils considèrent qu'il y a plus de précautions à prendre lorsqu'on est en face d'une parturiente dont on connaît la sérologie positive. Même si la prévention de la transmission du virus au nouveau-né est avancée par les soignants pour justifier cette perception, il apparaît en réalité qu'ils craignent d'être contaminés pendant l'accouchement et que cette préoccupation est pour eux plus importante que la prévention concernant l'enfant.

Selon les personnes rencontrées, les femmes parlent peu ou ne parlent pas du tout de leur statut sérologique avec les soignants qui les prennent en charge à l'accouchement. La crainte de la stigmatisation et surtout la personnalisation des relations entre les soignants impliqués et les femmes dépistées justifient et renforcent pour une part cette attitude (HANCART-PETITET, 2006). Pour les femmes, il est difficile d'évoquer son statut sérologique avec un soignant autre que celui qui a fait le dépistage. Il est donc fréquent d'entendre dans les centres de santé que *« les femmes ne parlent pas...Les femmes ne nous disent rien sur leur sérologie... »*.

Dans certains cas, ce sont les soignants qui recommandent aux femmes de ne pas révéler leur statut aux autres soignants. En plus du non partage de leur statut sérologique par les femmes, les soignants eux-mêmes se dissimulent l'information. Le personnel impliqué retient les informations à son niveau par respect du principe de la confidentialité et les médecins ne communiquent pas toujours les informations aux paramédicaux (DESCLAUX, 1999). Quand il y a une volonté de communication, la conduite à tenir n'est pas toujours respectée par les soignants. Etant donné que tous les soignants ne passent pas en salle d'accouchement, que ceux qui y passent ne sont pas forcément impliqués ou habilités à dispenser la prophylaxie, que les impliqués ne sont pas toujours présents pendant l'accouchement et que contrairement à d'autres sites, il n'y a aucune inscription sur le carnet de la parturiente qui indique sa sérologie positive, le suivi médical de la

femme peut se trouver compromis. Il peut en résulter soit une administration tardive du schéma prophylactique complet à la mère ou au nouveau-né, soit une absence d'administration dudit schéma.

« Par exemple la dernière fois, on a reçu une femme, elle ne nous a pas dit qu'elle était séropositive. Elle était suivie par un médecin mais il a été affecté ailleurs. Donc quand elle est venue, elle n'a rien dit. C'est après l'accouchement que le médecin nous a appelé pour nous dire qu'elle est sous ARV, donc on a dit d'accord, comme c'est dans un délai de 72 h là, on va donner au moins le sirop au bébé » (Une sage-femme).

Conclusion

La PTME, un programme national ?

Au Burkina Faso, la PTME est conçue comme un programme national mais, elle reste une activité peu intégrée à l'organisation du système de soins dans les services de santé et perçue par la majorité des acteurs comme « un projet » (DSF, 2006). Dans la plupart des sites, ce sont les partenaires issus pour la majorité des ONGs qui interviennent dans l'initiation et le soutien aux activités.

A l'intérieur d'un même district sanitaire les prestations en PTME diffèrent, les situations sont très hétérogènes à la fois du fait des modalités d'information et de formation des soignants et de l'organisation inhérente à chaque structure. Cette hétérogénéité des contextes donne lieu à une hétérogénéité de l'implication des soignants. Dans un site qui « n'est pas » PTME, les soignants ne s'investiront pas nécessairement dans la sensibilisation et le suivi médical des femmes enceintes séropositives même s'ils ont été formés sur le counseling et la PTME. De même dans un site de PTME, l'organisation des activités peut donner lieu à une implication variée dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives. Les soignants qui ne sont pas impliqués ne se sentiront pas forcément concernés par la question de la PTME et la prise en charge des femmes pendant l'accouchement. Isabelle GOBATTO et Françoise LAFAYE (2005 : 96) relevaient d'ailleurs à propos d'une expérience en Côte d'Ivoire que : « *dans certaines structures, plus particulièrement en salle d'accouchement, les professionnels qui n'ont pas accès à l'information utilisent ce qu'ils présentent comme une exclusion pour ne rien changer à leurs pratiques* ».

L'organisation spécifique à chaque structure et surtout l'implication sélective des soignants dans la PTME, mettent au jour la question de la stratégie nationale en la matière. En effet, faire reposer les activités sur une « équipe » dans une équipe, donne lieu à un paradoxe qui se saisit tant dans l'orientation choisie pour la PTME que dans son organisation au sein des services de santé. Le programme PTME apparaît comme une activité à part dans le système de soins alors que les politiques l'inscrivent dans une approche opérationnelle visant à l'intégrer dans le paquet minimum d'activités des services de santé pour en faire une activité professionnelle ordinaire.

Les protocoles thérapeutiques sont certes disponibles aussi bien pour la mère que pour l'enfant mais, il reste que le contexte des prestations et l'utilisation des ressources humaines souffrent de l'absence d'une bonne organisation. Dans les services de santé, les soignants affirment que les stratégies utilisées par les femmes vivant avec le VIH vis-à-vis de leur entourage pour taire leur séropositivité compliquent leur prise en charge efficiente. Le partage sélectif de l'information ou

le non partage de l'information au sein du personnel compliquerait encore davantage la prévention du risque de transmission tant de la femme infectée à son nouveau-né que de celle-ci aux soignants.

Références bibliographiques

BOND V., CHASE E., AGGLETON P., 2005. Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission in Zambia. *Eval. and Prog. Plan.*, 25:347 - 356.

DESCLAUX A., 1999. Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso. In Becker Ch., DOZON J-P., OBBO C., TOURE M., (éds). *Vivre et penser le sida en Afrique*, Dakar-Paris, CODESRIA-Karthala-IRD : 541 - 558.

DESGRÉES DU LOÛ A., 2000. Procréation et allaitement. Quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ? In DESCLAUX A., TAVERNE B., (dir.). *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala : 385 - 407.

Direction de la Santé de la Famille, Ministère de la santé, 2006. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH) : Expérience du Burkina Faso 2002-2005, 25 p.

EIDE M., MYHRE M., LINDBAEK M., SUNDBY J., ARIMI P., THIOR I., 2006. Social consequences of HIV-positive women's participation in prevention of mother-to-child transmission programmes. *Pat. Edu and Cou.*, n° 60: 146 - 151.

GOBATTO I., LAFAYE F., 2005. Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sci. Soc. et San.*, 23 (1) : 79 - 108.

HANCART-PETITET P., 2006. Une perspective « intime » sur les soignants. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud. In DESGRES DU LOÛ A. & FERRY B. (éds). *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*, Paris, CEPED : 189 - 207.

OMS, 2004. Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/Sida au Burkina Faso. Une démarche contractuelle originale. *Etude de cas*. 27 p.

OUATTARA F., ATTANÉ A., ZONGO S., OUÉDRAOGO R., 2007. Incidences de la confidentialité du statut sérologique sur le suivi des femmes enceintes séropositives et de leurs enfants (Burkina Faso). Poster In Conférence Internationale Francophone sur le Sida (ANRS), du 29 au 31 mars, Paris.

RAISLER J., COHN J., 2005. Mothers, midwives, and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. *JMWH*, 50 (4): 275 - 282.

ZONGO K. D., 2006. Etude des facteurs limitant l'adhésion des femmes enceintes au conseil et au dépistage volontaire du VIH/SIDA au district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou/Burkina Faso. Mémoire pour l'obtention du diplôme en SGSC, Institut de Santé et Développement, Dakar, Sénégal, 78 p.

Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso : les déterminants sociaux ont-ils changé ?

A. DESCLAUX*, C. ALFIERI**

Résumé

Alors que les programmes conçoivent la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement comme une question d'attitudes des mères, des travaux en ethnologie avaient montré dès 1998-1999 l'influence de l'entourage et des soignants. Ces « déterminants sociaux » ont-ils évolué au Burkina Faso ? Les résultats d'une étude ethnographique menée entre 2003 et 2007 montrent que le risque de stigmatisation, les normes sociales en matière d'allaitement et les discours parfois contradictoires des soignants, empêchent toujours les mères d'appliquer une option préventive si elles ne disposent pas d'une autonomie économique et sociale suffisante ou de l'appui de leur conjoint. Le plus souvent, la mère ne parvient à protéger son enfant qu'au prix d'une mise à distance des « acteurs sociaux » de l'allaitement. Des changements peuvent cependant être repérés : certains pères, souvent lorsqu'ils sont eux-mêmes séropositifs, soutiennent désormais leur épouse ; la promotion de l'allaitement exclusif pour tous les enfants « banalise » cette pratique préventive ; davantage de possibilités d'appui sont proposées aux femmes par les associations. Mais un enjeu essentiel reste le risque de divulgation de la séropositivité de la mère, dans deux cercles d'influence : celui de l'entourage et du conjoint et celui des services de soin et des associations.

Mots-clés : Allaitement, VIH, Burkina Faso, déterminants sociaux, PTME.

Breastfeeding, HIV and prevention in Burkina Faso : have social factors changed ?

Abstract

While the prevention of HIV transmission through breastfeeding is considered in most programs to depend on the attitude of the mothers, ethnological research conducted in 1998-1999 revealed the influence brought to bear by health workers and by those who share the mother's everyday life. Have these social aspects undergone change in Burkina Faso ? The results of the ethnographic study conducted from 2003 to 2007 show that mothers who do not have enough economic or social autonomy, or enough support from the child's father, are prevented from applying preventive recommendations by factors such as the risk of stigmatization, social norms regarding breastfeeding and contradictory discourse among health workers. Frequently, the mother only manages to protect her child by creating a distance between the « social actors » involved in infant feeding and her baby. Nevertheless, there have been changes : more fathers support the mothers, especially when they are themselves HIV-positive ; exclusive breastfeeding is made easier

¹ UMR 145, IRD, BP 1386, CP 18524, Dakar, Sénégal. alice.desclaux@ird.fr

² CReCSS (Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés), UPCAM (Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille), MMSH, 5 rue du Château de l'Horloge, 13090 Aix-en-Provence cedex, France. ch.alfieri@gmail.com

through the promotion of breastfeeding for all children; more possibilities are available to receive the support of associations. But the risk of unwanted disclosure of the mother's status is still an important issue in two circles of influence: the one involving the baby's father, the family and neighborhood, and the other involving health services and PLWA community organizations.

Keywords: Breastfeeding, HIV, Burkina Faso, social factors, PMTCT.

Introduction

Dès que la transmission du VIH par l'allaitement a été précisément quantifiée, en 1991, la définition de mesures préventives adaptables aux pays du Sud a posé des problèmes complexes ; les organismes internationaux n'ont de ce fait publié leurs premières recommandations qu'en 1998 (WHO/UNAIDS/UNICEF, 1998). Ces difficultés tiennent en grande partie aux limites matérielles, aux dimensions symboliques et sociales du rapport entre l'allaitement et le VIH, et à l'absence de réponse technique d'utilisation simple. Elles tiennent aussi à la dimension sociale de la prévention : l'anthropologie de l'enfance a montré que la mère n'est quasiment jamais la seule responsable du soin ou de l'alimentation de son enfant (BONNET et POURCHEZ, 2007). Aussi, les mesures préventives qui ont été proposées au plan international, puis régulièrement ajustées, définies sur la base de données épidémiologiques et biologiques, ont-elles été appliquées avec plus ou moins d'efficacité selon les pays et selon les contextes. Leurs résultats sont infléchis par l'agencement des acteurs intervenant autour de l'alimentation du nourrisson, des rôles sociaux et des rapports de savoir et de pouvoir qu'ils entretiennent avec la mère, et « l'adhésion » de ces acteurs aux mesures de prévention (WHO, 2007). L'étude de ces « déterminants sociaux »¹ relève de l'anthropologie, dans sa démarche théorique d'analyse du rapport entre les invariants biologiques et la « diversité des cultures », et dans sa démarche appliquée visant à améliorer l'adéquation des stratégies sanitaires aux formes locales de l'organisation sociale. Au Burkina Faso, ces rôles et pratiques avaient été analysés en 1998-1999, avant que le programme national de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) soit généralisé (DESCLAUX et TAVERNE, 2000). Ont-ils évolué au cours des dix dernières années ? L'ambition de cet article est de fournir une présentation générale et synthétique de ces « déterminants » et leur évolution ; des analyses plus descriptives, détaillées et focalisées, ont fait l'objet de communications et sont en cours de rédaction ou soumission pour publication par ailleurs.

Populations d'enquête et méthode

Une série d'études relatives à l'allaitement dans le contexte du VIH et menées entre 2003 et 2007 a abordé ces questions, dans le cadre du projet de recherche « Déterminants de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement, étude multidisciplinaire et multicentrique : aspects socio-anthropologiques » (ANRS, 1271). Ces enquêtes ont utilisé la méthode ethnographique, combinant un recueil non structuré de données par immersion dans des services de soins et des associations de PvVIH et des recueils structurés. Ces derniers recueils sont obtenus par

¹ Sous ce terme générique nous entendons un ensemble de rôles, perceptions, usages, discours et rapports sociaux que la brièveté de l'article ne permet pas de détailler.

entretiens auprès de mères séropositives (84), professionnels de santé, travailleurs sociaux et responsables associatifs (12), par recensions d'articles de presse, groupes de discussion dirigés (4), observations de séances individuelles et collectives d'information et conseil (un mois) et enregistrements de séances (une vingtaine). Les entretiens avec les mères étaient réalisés pendant les trois premiers mois de vie de l'enfant pour explorer les motifs des choix préventifs et l'expérience de l'accouchement et des premiers mois d'alimentation du nourrisson, puis lorsque l'enfant avait entre six mois et un an pour explorer les conditions et les effets du sevrage. Les enquêtes ont eu lieu à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, dans trois types de services de santé maternelle et infantile : ceux appliquant le programme national dans le cadre de leurs activités ; des services ayant développé la PTME en collaboration avec une organisation non-gouvernementale ou associative (Vie Positive, Médecins sans Frontières, Espoir et Vie, REVS+, AED) ; d'autres participant à la réalisation d'un projet de recherche (Kesho Bora)². Une analyse des résultats de ces enquêtes a été réalisée, qui les compare aux observations de 1998-1999 et les situe dans le contexte actualisé du programme national.

Résultats

Le contexte

Dès 2000, le Programme national de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PPTME) adapte au Burkina Faso les recommandations internationales de l'OMS et instaure le « choix éclairé » de la mère. Selon le programme, au terme d'un conseil qui doit débiter en consultation pré-natale, dès que sa séropositivité lui a été annoncée, la femme doit opter soit pour l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce entre quatre et six mois, soit pour l'alimentation artificielle, à condition que cette mesure soit pour elle faisable, accessible, acceptable, durable et sûre³. Dans les deux cas, un conseil psychosocial et nutritionnel doit être assuré régulièrement en consultation post-natale et la femme peut trouver un appui auprès des associations de PvVIH. Ces mesures de prévention de la transmission post-natale du VIH, toujours en vigueur en 2008, doivent s'insérer dans un ensemble de mesures qui dépasse le champ de cet article⁴.

L'expérience des mères

Quelle que soit l'option alimentaire choisie, les femmes que nous avons interrogées ont rencontré des difficultés, car aucune de ces deux pratiques d'allaitement n'est ancrée dans la culture populaire⁵ au Burkina Faso au début des années 2000. En attestent leurs pratiques : elles sont nombreuses – dans des proportions variables selon les sites – à pratiquer un allaitement mixte (des liquides sont donnés en plus du lait maternel), à changer d'option alimentaire (allaitement maternel pendant quelques jours à quelques mois puis alimentation artificielle), ou à donner du lait maternel en supplément (« remettre l'enfant au sein ») lorsque les substituts du lait maternel font défaut ou ne semblent pas suffisants.

² Projet de recherche multi-sites sur la prophylaxie médicamenteuse de la transmission mère-enfant du VIH coordonné par l'OMS.

³ Nous n'entrerons pas ici dans le détail des précisions complémentaires qui ont été ajoutées au fur et à mesure de la publication de nouvelles recommandations par les organismes internationaux.

⁴ Ces mesures vont de la promotion du dépistage à la prévention de la transmission sexuelle chez les femmes en âge de procréer.

⁵ Nous ne pouvons, dans les limites de cet article, expliciter les différences entre Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ou rendre compte des différences culturelles entre groupes ethniques.

Le petit nombre de femmes qui tentaient d'alimenter leur enfant « à moindre risque » au moment de nos premières enquêtes, avant l'instauration du programme national, étaient déjà confrontées à ces difficultés qui tiennent en premier lieu au fait que les deux options alimentaires ne sont pas « banales » dans le contexte local. Le sevrage à six mois, comme l'alimentation artificielle, ne passe pas inaperçu dans un pays où 85 % des enfants sont toujours allaités entre 20 et 23 mois (UNICEF, 2007). Adopter l'une ou l'autre de ces mesures apparaît comme une dérogation aux usages qui suscite des questions et des interprétations de la part de l'entourage, des co-épouses, des femmes de la « cour » ou de celles rencontrées dans les activités de la vie quotidienne. Jusqu'à la fin des années 1990, le discours des soignants, limité à une promotion générale de l'allaitement maternel, renforçait les pratiques populaires dans ce domaine. Désormais, les mères séropositives sont soumises d'une part à des messages différents de ceux adressés aux autres femmes, d'autre part aux discours et influences contradictoires de deux cercles d'acteurs : l'entourage et le conjoint d'une part ; les professionnels de santé et les membres des associations d'autre part. Les entretiens attestent des difficultés auxquelles les mères séropositives doivent faire face pour parvenir, jusqu'au-delà du sevrage, à être considérées comme de « bonnes mères » simultanément dans ces deux espaces sociaux, tout en gérant le risque de divulgation de leur statut sérologique dans ces deux espaces.

Le premier cercle d'influence : entourage et conjoints

La confrontation des femmes séropositives aux normes sociales en matière d'allaitement n'est pas *a priori* un obstacle rédhibitoire et définitif : la culture populaire de l'allaitement n'est pas figée. Il semble par exemple que des pratiques antérieures telles que l'allaitement d'un nourrisson par sa grand-mère, une sœur de sa mère ou toute autre femme, pour des périodes plus ou moins longues en cas d'indisponibilité de la mère biologique, ou fortuitement lorsque l'enfant exprime sa faim par des pleurs, aient presque disparu des usages populaires en une vingtaine d'années – du moins en zone urbaine, où nous avons enquêté. Entre 1998 et 2007 les messages de promotion de l'allaitement maternel exclusif ont été diffusés auprès de l'ensemble de la population, indépendamment du contexte relatif au VIH et les soignants rapportent qu'une partie des femmes, notamment celles qui ont été scolarisées, ont adopté ce mode d'allaitement. Cette proposition rencontre cependant des résistances importantes : les entretiens réalisés montrent que les nourrissons sont toujours soumis, souvent par des tiers, à l'absorption d'eau, sous forme de tisanes préventives ou curatives, au moment de la toilette ou lorsque « l'eau de bienvenue » est donnée à une mère. Pour les mères que nous avons interrogées, l'eau est porteuse du risque infectieux « ordinaire » lié aux maladies diarrhéiques : des eaux d'apparence trouble ou d'origine obscure sont clairement identifiées comme impropres. Mais le risque de favoriser la transmission du VIH, que portent même des eaux en bouteille ou en sachet, coûteuses, connues pour être purifiées, est rarement perçu⁶. Soustraire son enfant à un don de liquides est difficile pour une mère, qui semblerait ainsi contester l'autorité des « vieilles » de la cour expertes en tisanes, ou refuser une marque d'attention envers la mère et l'enfant. Deux éléments sont apparus au cours des dernières années : les mères peuvent se référer aux messages radio-phoniques en faveur de l'allaitement exclusif pour justifier leur refus que d'autres liquides soient

⁶ Le risque de transmission du VIH au nourrisson est plus élevé en cas d'allaitement non exclusif qu'en cas d'allaitement exclusif (WHO/UNAIDS/UNICEF 1998).

donnés à l'enfant. Par ailleurs les derniers entretiens semblent montrer qu'elles tentent de plus en plus fréquemment de n'exposer leur enfant qu'à de l'eau minérale en bouteille – faute de pouvoir suivre la recommandation de ne donner que leur lait.

Justifier l'alimentation de son enfant avec du lait artificiel est encore plus difficile pour une mère que justifier l'allaitement exclusif. En effet, le coût que représente ce mode d'alimentation conduit aisément l'entourage à reprocher à la mère de dépenser inutilement l'argent du ménage. Cette critique a pu être portée à tort, notamment pendant les périodes où les substituts du lait maternel ont été fournis à bas prix dans le cadre du programme ; mais pour une femme, préciser ce point aurait eu pour conséquence de dévoiler sa séropositivité. Sur ce point, aucun message d'éducation sanitaire diffusé par les médias ne peut l'aider à banaliser sa conduite : le programme de promotion de l'allaitement maternel a justement pour propos d'éradiquer l'utilisation des substituts. Par ailleurs, les messages de prévention en matière de VIH, plus précis qu'au début des années 2000, présentent désormais l'allaitement comme un mode de transmission ; 50 % des adultes savent désormais que le VIH est transmis par le lait maternel (DHS, non daté). Il ne reste à la femme qu'à trouver une justification médicale qui, vis-à-vis de son entourage, évite la stigmatisation généralement associée au VIH : absence de montée laiteuse, pathologies mammaires, cancer du sein... Les professionnels de santé participent parfois à l'élaboration de ces alibis, ayant mesuré qu'il est souvent nécessaire de protéger les femmes du risque social de stigmatisation pour qu'elles puissent protéger leur enfant du risque biologique de transmission. Mais les entretiens témoignent du fait que l'amélioration des connaissances de l'ensemble de la population augmente le risque social de stigmatisation et rend plus difficile l'application des mesures de prévention.

En dix ans, l'attitude globale des pères a évolué. Les enquêtes précédentes montraient que les pères étaient essentiellement considérés comme un obstacle à la prévention de la transmission par l'allaitement, jugée du ressort exclusif des mères et des soignants, sauf en cas d'incapacité médicale ou de décès de la mère : les pères jouaient essentiellement un rôle de substituts. Les entretiens récents avec les femmes montrent que davantage de pères cautionnent les décisions préventives de leurs épouses. C'est notamment le cas de pères eux-mêmes séropositifs et informés de leur statut sérologique. Les attitudes des pères, telles que les décrivent les femmes, semblent s'échelonner entre le rejet, un appui avec évitement, un appui avec dissimulation, le partage des soins et une implication pleine dans la mise en œuvre de stratégies préventives. Si nos données ne permettent pas de quantifier cette tendance, elles en explicitent certains déterminants : les attitudes dépendent de la perception du père concernant les options préventives, entre confiance et anxiété. Elles dépendent aussi de son attitude (a) vis-à-vis de sa partenaire, échelonnée entre l'aide et le rejet, (b) concernant son propre statut sérologique, entre ignorance et connaissance, (c) concernant le partage d'information avec sa partenaire, entre dissimulation et franchise, (d) vis-à-vis des agents de santé, allant d'une relation directe à l'évitement. Dans la palette de combinaisons possibles, certains pères soutiennent leurs épouses dans la gestion de la prévention, ce qui n'apparaissait pas explicitement dans les premières enquêtes.

Parallèlement à ces déterminants liés aux attitudes du conjoint et de l'entourage, quelle que soit l'option alimentaire et la période d'étude, les femmes qui ont le meilleur niveau d'éducation et une relative autonomie, liée par exemple à leur statut au sein de la famille ou à leur indépendance économique, semblent résoudre plus facilement que les autres les difficultés qu'elles rencontrent pour faire accepter ou imposer le mode d'alimentation de l'enfant qu'elles ont choisi.

Le second cercle d'influence : services de soin et associations d'appui aux PvVIH

Alors que davantage de professionnels de santé ont été formés et que le programme national s'est étendu en dix ans au-delà des sites pilotes où la PTME avait été développée grâce à des interventions communautaires ou dans le cadre de projets de recherche, le nombre d'acteurs ayant un discours sur l'allaitement et le VIH a augmenté. Cette évolution a accru les possibilités d'expression de divergences, voire de contradictions et d'incohérences dans les messages relatifs à la prévention, notamment entre personnels spécialisés ou non, formés ou non en matière de VIH. C'est par exemple le cas lorsque des personnels informés du statut sérologique d'une femme lui suggèrent le sevrage précoce en contradiction avec les propos des personnels des services de SMI favorables à l'allaitement prolongé. Les entretiens montrent l'importance que revêt pour les femmes la cohérence dans l'attitude des équipes, notamment pour ce qui concerne le maintien de la confidentialité sur leur statut sérologique, l'assurance d'être soutenues dans leur choix d'une option alimentaire ou d'être reconnues en tant que mères confrontée à de multiples difficultés pour simultanément gérer leur infection à VIH et protéger leur enfant. Les femmes semblent se sentir « en confiance » dans les services où la collaboration entre une ou plusieurs associations de personnes vivant avec le VIH est fonctionnelle, notamment autour d'un projet de recherche ou d'un programme communautaire. Dans les services où les soignants considèrent la promotion de l'allaitement maternel comme leur priorité, les femmes peuvent être obligées de révéler leur statut sérologique pour justifier l'éviction du colostrum ou le refus de mettre l'enfant au sein aussitôt après l'accouchement. Les informations et conseils sont délivrés dans des formes de communication très diverses (injonctions médicales, informations au travers de documents audiovisuels, conseil accordant plus ou moins de place à l'écoute, ...), articulant différemment le niveau individuel et le niveau collectif. Par leur hétérogénéité, ils peuvent introduire un trouble chez les femmes, notamment lorsque les messages sont trop partiels ou mal adaptés pour leur permettre une pratique cohérente concernant l'alimentation de leur enfant. Enfin, les cas « d'étiquetage » des femmes séropositives n'ont pas totalement disparu dans les services de soin. Aussi, en dehors des sites pilotes où l'intervention associative et celle des professionnels de santé formés sont étroitement intriquées, les femmes ne trouvent toujours pas dans les services de soin l'appui régulier et l'attention dont certaines d'entre elles ont besoin pour respecter les règles préventives pendant toute la durée de l'allaitement de leur enfant.

Au début des années 2000, les associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH ont développé des interventions destinées aux mères dans les services de soin, ou en dehors de ceux-ci, avec la mise en place de séances d'IEC (Information Education Communication), de réunions d'information, de groupes de parole, d'appui matériel par la distribution des substituts du lait maternel subventionnés, en plus d'aides non spécifiques telles que l'appui alimentaire ou l'aide psychologique. Cette aide est très appréciée des femmes qui l'ont sollicitée, notamment lorsqu'elle a permis d'assurer la continuité de l'alimentation de l'enfant avec du lait artificiel. L'appui des associations a aussi permis aux femmes de mieux comprendre les aspects concrets de la mise en œuvre des mesures préventives ; pour d'autres, l'appui psychologique semble avoir été le plus important, notamment en redonnant confiance aux femmes ou en leur indiquant des stratégies pour gérer leur séropositivité avec leur entourage. Néanmoins, les entretiens montrent qu'un certain nombre d'entre elles se privent encore du soutien psychologique, social et matériel, qu'elles pourraient trouver dans les associations, de peur d'y être vues. Dans le cadre de notre enquête, il ne nous est pas possible de déterminer précisément si ces attitudes sont

associées au niveau de stigmatisation dans la population générale et à son évolution, ou à des anticipations infondées de la part des femmes. On peut cependant avancer que les avantages liés à l'extension de l'activité des associations sont limités par un risque de stigmatisation toujours présent, au moins dans les perceptions des femmes.

Discussion

Le caractère qualitatif de l'approche nous a permis d'observer une palette de situations à plusieurs niveaux : celui des configurations locales, distinctes à Bobo-Dioulasso et Ouagadougou où associations et structures de soin sont liées par des agencements différents, celui des services de soin et sites de PTME étudiés et celui des femmes dans leurs familles. Cette approche ne permet pas d'appliquer une analyse factorielle isolant un (ou plusieurs) facteur (s) ou marqueur (s) de son (leur) contexte et précisant les effets qui lui (leur) sont corrélés, mais elle permet de décrire des « tendances » concernant les pratiques objectivées et les éléments perçus par les mères comme influant sur leurs pratiques d'alimentation des nourrissons.

Mais le caractère complexe et multifactoriel du cadre social de la prévention en matière d'allaitement et VIH tel qu'il apparaît dans nos résultats n'est pas que l'effet d'un choix méthodologique ou d'une présentation forcément résumée dans un article bref. La dimension multifactorielle est justement l'une des caractéristiques de la prévention qui explique une part importante des difficultés des femmes. Cette dimension tient à l'importance du rôle des tiers : au moment de choisir par avance une option alimentaire, les femmes doivent anticiper les réactions des « acteurs sociaux » qui les entourent, *a priori* peu prévisibles.

Les analyses conduites dans d'autres pays sur l'acceptabilité de la prévention et de ses déterminants montrent également le poids des influences auxquelles les mères séropositives sont soumises : en Zambie, les femmes vivant avec le VIH ont de ce fait des pratiques d'allaitement qui ne respectent pas les recommandations médicales et sont dominées par l'allaitement mixte, la pratique où le risque est maximal (OMARI, 2003). Une étude ethnographique multi-sites menée en Afrique du Sud, en Namibie et au Swaziland, montre également que l'allaitement mixte est le plus pratiqué par les femmes séropositives qui ne peuvent se soustraire à des rapports de pouvoir avec le père de l'enfant et la famille, dans un contexte où le statut sérologique reste caché (BUSKENS, 2007). Bien que le mode d'organisation sociale et l'environnement matériel soient assez différents et que la violence soit un élément contextuel dans ces pays d'Afrique australe, les observations en termes d'importance des déterminants sociaux de la prévention sont étonnamment similaires à ce que nous avons observé au Burkina Faso. Parmi les nombreuses enquêtes menées auprès de mères participant à des programmes PTME qui présentent des résultats analogues, une étude menée en Tanzanie met en évidence la façon dont les mères doivent faire des choix dans une tension permanente entre risque médical et risque social (LESHABARI, 2007). Enfin, les résultats concernant les quelques mères qui ont pu obtenir l'aide de leur conjoint séropositif et informé de son statut rejoignent les observations faites en Côte-d'Ivoire auprès de couples « séro-informés » (concordants ou différents), qui montrent les modalités d'implication des pères dans la protection de l'enfant vis-à-vis du risque VIH (TIJOU-TRAORE, à paraître). Les résultats de ces études limitées dans le temps ne permettent pas d'appréhender des évolutions mais ils montrent que l'environnement social est au premier plan par rapport à d'autres facteurs potentiels tels que le niveau des connaissances des mères en matière de modalités de transmission du VIH par l'allaitement.

Conclusion

Les déterminants sociaux de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement au Burkina Faso jouent toujours un rôle majeur ; ils n'ont pas changé radicalement au cours de la dernière décennie, mais ils ont évolué. Le souci de préserver la confidentialité concernant leur statut sérologique alors que la stigmatisation est encore une menace, les questions soulevées par l'évocation de leur statut avec le père de l'enfant, les normes sociales en matière d'alimentation infantile et les discours et attitudes des soignants composent toujours un ensemble de contraintes auxquelles les femmes ne peuvent échapper. Ces observations concordent avec celles d'autres études menées auprès de femmes séropositives de la population générale dans divers pays africains, hors des contextes particuliers de projets de recherche ou de programmes d'appui communautaire particulièrement soutenus.

Il est difficile d'apprécier l'évolution du poids de la stigmatisation sur les attitudes des femmes, en l'absence d'éléments comparatifs terme à terme. L'enquête montre cependant que ce risque est encore perçu comme assez important pour que des femmes évitent d'aller vers les associations, peut-être parce que les femmes qui apprennent leur séropositivité pendant leur grossesse sont particulièrement vulnérables. Elle fait écho aux résultats d'une enquête nationale qui montrait en 2003 que la stigmatisation pèse davantage sur les femmes, notamment parce qu'elles ont un niveau de connaissances sur les modes de transmission moins élevé que celui des hommes (DHS Database, non daté). Cette observation est en faveur de la présence des associations dans les services de soin, où les consultantes risquent moins d'être étiquetées comme séropositives par des tiers.

Le rapport avec le père de l'enfant semble être le déterminant qui a le plus évolué au cours des dix dernières années, certaines femmes pouvant désormais établir ou trouver dans le couple une possibilité de gérer en commun le risque VIH parce que leur conjoint a lui-même été informé de son statut. Ceci ne signifie pas que la communication est aisée : elle peut-être faite d'allusions ou d'évocations indirectes, qui laissent certaines femmes penser que leur conjoint sait qu'il est séropositif parce qu'il leur donne d'emblée son accord pour toutes leurs décisions préventives concernant l'enfant. Cette observation montre l'importance de la promotion du dépistage chez les hommes, réalisé en rapport ou indépendamment du programme PTME, du fait de ses effets en termes d'acceptabilité des décisions préventives des mères concernant l'enfant.

Les normes sociales en matière d'allaitement autorisent davantage qu'il y a dix ans la pratique de l'allaitement exclusif ; néanmoins, le risque de suspicion d'une séropositivité au VIH subsiste, surtout si la femme sèvre son enfant après six mois d'allaitement. C'est aussi le cas si elle opte pour l'allaitement au lait artificiel. Cette situation illustre la complexité de la définition d'une stratégie de prévention : informer précisément l'ensemble de la population peut rendre plus difficile la pratique préventive par les personnes les plus concernées.

Enfin, les discours et attitudes des soignants se sont diversifiés au fur et à mesure de l'extension et de l'intégration du programme PTME dans les services de soin, ce qui laisse apparaître des contradictions dans les messages et des situations où la mère peut être obligée de révéler son statut sérologique pour justifier ses pratiques. Ceci implique d'appréhender la cohérence de la prise en charge des femmes séropositives dans les services de soin qui pratiquent la PTME, comme cela a été fait dans les sites où un projet communautaire ou de recherche a été développé.

L'étude montre que dans les conditions actuelles, les mères qui parviennent à mettre en pratique les mesures préventives sont toujours en premier lieu des femmes lettrées, ayant une certaine autonomie économique, qui peuvent imposer leur décision quelles que soient les critiques émises dans les services de soin ou dans leur entourage, ou qui ont avec leur conjoint une gestion commune du VIH. La plupart des femmes ne peuvent appliquer complètement et sereinement les recommandations alimentaires que lorsqu'elles sont seules avec leur enfant. Il leur faut souvent « tenir à distance » les acteurs sociaux de l'allaitement, face au risque d'être identifiées comme séropositives. Ceci explique en grande partie les situations de détresse psychologique de certaines femmes qui vivent seules ces dilemmes et cette relative « dé-socialisation ».

Dans ce contexte, l'adoption des nouvelles recommandations en faveur d'un allaitement « protégé » par l'utilisation d'antirétroviraux donnés à la mère ou à l'enfant, pratique qui ne nécessite pas d'exposition hors d'un espace privé et ne contrarie pas l'influence d'autres acteurs, devrait permettre aux femmes de gérer la prévention sans mettre en danger leur socialisation. C'est d'ailleurs ce que reconnaissent, au-delà du Burkina Faso, des épidémiologistes et pédiatres éminents dans le domaine de la PTME : « Les soignants et les mères des sites aux ressources limitées continueront à choisir les options qui conviennent le mieux à leurs besoins culturels, économiques et psychologiques, et la science devra s'adapter et définir des stratégies qui répondent à ces besoins, plutôt que l'inverse »⁷ (GRAY et SALOOJEE, 2008 : 191).

Remerciements

L'étude a été réalisée en relation avec le projet de recherche « Déterminants de la transmission du VIH par l'allaitement : étude multidisciplinaire et multicentrique », conduit au Centre Muraz et coordonné par P. Van de Perre et au Burkina Faso par N. Meda, en articulation avec le projet Kesho-Bora (OMS/ANRS). Elle a été financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS 1271). Nos remerciements vont à Odette Ky-Zerbo et Armande Sanou qui ont participé à ce projet de recherche, aux traductrices et aux personnes qui ont bien voulu y participer.

Références bibliographiques

- BONNET D., POURCHEZ L., (eds), 2007.** Du soin au rite dans l'enfance. Ramonville-Ste Agne, France, Erès, IRD.
- BUSKENS I., JAFFE A., MKHATSHWA H., 2007.** Infant feeding practices : realities and mindsets of mothers in southern Africa. *AIDS Care*, 19(9) : 1101 - 1109.
- DESCLAUX A., CROCHET S., QUERRE M., ALFIERI C., 2006.** Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions. In *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Desgrées du Lou A., Ferry B. (eds), CEPED, Paris, France, p. 245 - 262.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (eds), 2000.** Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. Paris, France, Karthala.
- DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY DATA BASE, non daté.** HIV/AIDS indicators country report. Burkina Faso 1992/1993 - 2003. Macro Inc., Consulté le 12 octobre 2008, à l'adresse <http://www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm>, 31 p.
- GRAY G.E., SALOOJEE H., 2008.** Breastfeeding, antiretroviral prophylaxis, and HIV. *New England Journal of Medicine*, 359 (2) : 189 - 191, July 10, 2008.

⁷ « Caregivers and mothers in low-resource settings will continue to select options that best suit their own cultural, economic, and psychological needs, and science will need to adapt and design strategies to meet their needs, rather than the other way around »

LESHABARI S.C., BLYSTAD A., MOLAND K.M., 2007. Difficult choices : infant feeding experiences of HIV-positive mothers in northern Tanzania. *Journal of social Aspects of HIV/AIDS*, 4 (1): 544 - 555.

OMARI A.A., LUO C., KANLASA C., 2003. Infant-feeding practices of mothers of known HIV status in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning* 18 (2): 156 - 162.

TIJOU TRAORÉ A., QUERRE M., BROU H., BECQUET R., LEROY V., DESCLAUX A., DESGRÉES DU LOÛ A. AND THE DITRAME STUDY GROUP ANRS 1201-1202-1253, Roles regarding infant feeding within HIV+ couples. *Social Science and Medicine*, à paraître.

UNICEF, 2007. The state of the world's children 2008. Child survival. New York, USA, UNICEF.

WHO, 2007. HIV and infant feeding: new evidence and programmatic experience. Geneva, Suisse, World Health Organization. Consulté le 13 juillet 2008, à l'adresse : http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595971/en/index.html

WHO/UNAIDS/UNICEF, 1998. HIV and infant feeding: A guide for health care managers and supervisors. Geneva, Suisse, WHO/FRH/NUT/CHD/98.2.

Obstacles à l'implication des conjoints dans un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Bobo-Dioulasso

A. K. SANOU*

Résumé

Outre les moyens de prévenir la transmission verticale, le programme intégré de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH apporte aux femmes un traitement ARV en cas de nécessité et propose le dépistage et la prise en charge de l'unité familiale. Les conjoints sont pris en compte par ce programme mais leur adhésion demeure insuffisante. Cette étude avait pour objectif de comprendre les facteurs qui limitent l'adhésion des hommes au programme PTME.

Huit responsables de sites et de programme PTME, quatre responsables d'associations et huit conjoints informés du statut de leurs partenaires ont été interviewés. 19 femmes du programme PTME ont pris part à des focus groups.

L'adhésion des conjoints est déterminée par : (a) des facteurs intrinsèques à l'individu (insuffisance des connaissances en matière de VIH et de la transmission mère enfant) ; (b) des facteurs socioculturels (le non partage du résultat sérologique avec le partenaire) ; (c) des facteurs liés au programme (insuffisance des stratégies de mobilisation des hommes).

L'identification de ces facteurs conduit à promouvoir l'information en matière de VIH ainsi que des stratégies qui favorisent le partage du statut sérologique avec le conjoint et permettent une meilleure mobilisation des hommes.

Mots-clés : Obstacles, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, conjoints, implication, PTME, VIH.

Obstacles to the involvement of male partners in programs for the prevention of mother-to-child transmission in Bobo-Dioulasso

Abstract

Programs for the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) offer women ARV treatment according to need, propose free voluntary counseling and testing, and provide care to the family unit. The women's partners are taken into account, but their adherence is insufficient. This study attempts to understand the barriers that restrict men's adherence to PMTCT programs.

Interviews were conducted with 8 staff members of PMTCT programs, 4 executives of PLWA associations, 8 partners (informed of their wives HIV-positive test results) and 19 women from PMTCT programs.

* 02 BP 1987, Bobo-Dioulasso 02, Burkina Faso, armandesanou@yahoo.fr

The adherence of male partners to PMTCT programs is determined by : (a) personal reasons (lack of knowledge as regards HIV and MTCT) ; (b) social and cultural factors (non-disclosure of serological result/HIV status to partner) ; (c) factors related to the program (inadequacy of strategies to mobilize men in the framework of PMTCT programs).

These results encourage the development of information regarding HIV and of strategies that enhance couple counseling.

Keywords: AIDS, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, involvement, PMTCT, women's partners.

Introduction

Des programmes de PTME du VIH ont été mis en place au plan international pour tenter de réduire le nombre croissant d'infections à VIH chez les enfants. Définies en 2000 et opérationnelles en 2002 à Bobo-Dioulasso, les activités du programme PTME couvrent tous les 17 services de SMI (Santé maternelle et infantile) de la ville avec l'appui d'un projet de recherche Kesho-Bora¹ (Direction de la santé familiale, 2006). Les activités développées comprennent : les causeries de groupe lors des consultations prénatales (CPN), un conseil personnalisé pré et post-test, le dépistage VIH, un suivi obstétrical, médical, psychosocial et nutritionnel et la dispensation d'antirétroviraux à la mère et l'enfant. Outre la prévention de la transmission verticale, le programme apporte aux femmes un traitement ARV pour elles-mêmes en cas de nécessité et propose le dépistage et la prise en charge gratuite des autres membres de l'unité familiale, dont le partenaire/conjoint, dans le cadre d'un programme intégré (PTME+).

Cependant, l'adhésion des conjoints demeure insuffisante. En effet, pour 25 023 femmes enceintes dépistées au Burkina Faso en 2005, seulement 1 196 partenaires/conjoints, (4,8 %) ont accepté de se faire dépister, soit un ratio de 1/21 (DSF, 2006). Ce problème n'est pas spécifique au Burkina Faso, la proportion d'hommes dépistés étant de 1/20 dans un programme de PTME au Zimbabwe et de 8/100 au Rwanda (DESGREES DU LOU, 1998). Connaître les facteurs qui limitent cette adhésion pourrait permettre d'adapter des stratégies dans le cadre du programme PTME du VIH.

Objectifs et méthodologie de l'étude

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs limitant l'adhésion des conjoints au programme de PTME+. L'étude s'est déroulée du 12 décembre 2006 au 15 janvier 2007 à Bobo-Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso située au sud-ouest du pays. L'approche qualitative basée sur des focus groups et des entretiens individuels a été retenue. Nous avons utilisé la méthode du choix raisonné pour la sélection de la population d'étude. Ce choix a surtout tenu compte : de l'âge et du niveau d'instruction pour l'organisation des focus groups avec les femmes séropositives suivies ; des postes occupés pour les personnes impliquées dans le suivi ; du partage de la sérologie pour les conjoints. Les membres des associations suivantes, impliquées

¹ Le projet Kesho-Bora (« Kesho-Bora » signifie en Swahili « Pour un lendemain meilleur ») étudie l'impact d'une trithérapie sur la transmission mère enfant du VIH en situation d'allaitement prédominant et sur l'amélioration de la santé maternelle. C'est un essai clinique international et multicentrique mené en Afrique subsaharienne sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Burkina Faso (Bobo-Dioulasso), Kenya (Mombasa, Nairobi), Tanzanie (Moshi) et Rwanda (Kigali).

dans la PTME, ont été concernés : Association Espoir pour Demain (AED), Responsabilité Espoir Vie et Solidarité (REVS+), Espoir et Vie (EV), Centre de Solidarité Action Sociale (SAS) et Yérélon. Les guides d'entretien ont été préalablement testés et adaptés au niveau de compréhension des populations cibles. Les données collectées ont fait l'objet d'une catégorisation suivie d'une analyse synthétique par thème. Les données sont extraites d'une vaste étude comportant un volet quantitatif qui porte sur le même thème.

Huit responsables de sites et de programme PTME, quatre responsables d'associations et huit conjoints informés du statut de leurs partenaires ont été interviewés. Deux focus groups ont été organisés, le premier avec 14 femmes non alphabétisées à la SMI/CNSS et le second avec, au CSPS de Farakan, cinq femmes scolarisées du programme PTME. Trois femmes scolarisées n'ont pas pu prendre part au focus group à cause du report de la date du rendez-vous.

Résultats

Lors des CPN, après la proposition du test, le programme PTME demande aux femmes d'inciter leur partenaire à venir faire le test qui, dans le cadre de la PTME+, peut être réalisé gratuitement. En outre, avec le projet Kesho-Bora, les partenaires des femmes suivis bénéficient gratuitement d'ARV en cas de nécessité.

Les obstacles à l'adhésion des hommes sont de plusieurs ordres et relèvent de : facteurs socio-culturels, facteurs liés à l'individu et facteurs liés au programme de PTME.

Les facteurs socioculturels

L'insuffisance de communication notamment sur la sexualité au sein du couple a été évoquée par la majorité des conjoints rencontrés et des agents intervenant dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives comme étant des obstacles à l'adhésion des hommes à la PTME. Elle se traduit par le non partage du statut sérologique par les femmes (7/19 interviewées) rendant ainsi l'implication des hommes difficile. Selon les agents de santé, la sexualité, quel que soit le niveau d'éducation, demeure toujours un sujet tabou, difficile à aborder entre femmes. Regrouper les hommes et les femmes lors des causeries éducatives à la SMI pour en parler ne peut donc pas être très efficace : « *Elles sont peu nombreuses les femmes qui communiquent avec leurs conjoints. Quand elles reviennent de la CPN, elles tendent l'ordonnance à leur mari et ça s'arrête là. Elles n'informent pas leur mari de tout ce qui s'est passé à la CPN ni du test de dépistage du VIH qui leur est proposé* », affirme une assistante sociale. Cette insuffisance, selon un médecin, serait liée au « *niveau d'éducation intrinsèque à la femme elle-même parce qu'il n'est pas habituel dans nos couples des discussions franches qui s'engagent entre l'homme et la femme. Le rôle social de la femme est un rôle de soumission, où elle est obligée de prendre tout le temps l'avis de son mari. Le chef de famille décide tout pour elle, notamment si elle doit aller à la formation sanitaire ou pas* ». Ainsi, les rapports sociaux de sexe limitent les capacités des femmes à évoquer le VIH et la possibilité du dépistage avec leur conjoint.

Les facteurs liés à l'individu

Il ressort des différents entretiens réalisés que la représentation négative du VIH et du sida, la peur d'un résultat positif à partager avec la conjointe, le déni de l'existence de la maladie, le refus d'accepter sa sérologie contribuent à la faible adhésion des hommes au programme PTME

et au test de dépistage : « *Voyez, mon mari m'avait dit que si jamais je fais le test et que le résultat est positif, je vais mourir précocement à force d'y penser. Je vais mourir alors que j'aurais pu vivre plus longtemps si je n'avais pas découvert mon statut sérologique. C'est la raison pour laquelle il est réticent à faire son test* » (femme analphabète). Aussi certains affirment que « *Vivre dans l'ignorance vaut mieux que connaître sa sérologie, car cela anticipe la mort* ». De nombreuses personnes sont encore mal informées des résultats du traitement antirétroviral.

Pour les responsables des associations de prise en charge des PvVIH, l'orgueil des conjoints et la honte de la maladie constituent aussi des obstacles majeurs à leur adhésion aux interventions de la PTME et de la lutte contre le VIH. Une responsable d'association évoquant la restitution d'une recherche-action initiée par sa structure pour déterminer les obstacles à l'adhésion des hommes dans les associations dit que : « *La restitution a été édifiante pour nous parce qu'on s'est rendu compte que les hommes ont des idées préconçues sur la femme : la femme n'a pas sa langue dans sa poche, on ne peut pas lui faire confiance pour les secrets, on se méfie car elles iront raconter tout cela à leur copine sur la route du marché, c'était plein de chose de ce genre que les hommes ont avancé comme raisons de non adhésion* ».

Les facteurs liés au programme

Les conjoints séropositifs (6/8 interviewés) ont déploré le manque d'information sur les manifestations de la maladie, sur comment vivre positivement sa séropositivité, le manque de confiance dans la prise en charge effective, l'absence de traitement pour guérir l'infection à VIH, et le non respect de la confidentialité dans les services de soin.

Le personnel intervenant dans la prise en charge a plutôt évoqué la mauvaise qualité de l'accueil réservé aux hommes, le cadre des prestations, la non prise en compte de certaines considérations culturelles et religieuses dans l'occupation de l'espace en public et la gestion des SMI par un personnel féminin : « *Les hommes ne font pas beaucoup confiance quant à la confidentialité dans nos structures qui sont le plus souvent gérées par les femmes ; les femmes sont renommées pour leurs commérages* » (responsable PTME).

Pour d'autres agents de santé, les services de santé de la reproduction en général sont axés plus sur le couple mère-enfant et la PTME a toujours été perçue comme un problème de la mère et non du couple. Ainsi, le point focal/PTME du district sanitaire de Do (ex district 22) avance que « *Les maris ne se sentent pas concernés par la CPN. Très peu de maris accompagnent habituellement leurs femmes dans les formations sanitaires. Donc la santé préventive et promotionnelle, dans le pays, semble ne s'intéresser qu'à la femme et aux enfants de moins de cinq ans. Ce qui fait que l'homme se sent exclu, il ne vient à la FS que lorsqu'il a un soin curatif ou s'il est convoqué pour résoudre des problèmes de la femme ou pour payer et récupérer l'acte de naissance de l'enfant. Il est comme marginalisé depuis la nuit des temps* ».

Pour d'autres personnes, la sensibilisation sur la PTME met en exergue la femme, la jeune fille, la grossesse et l'enfant, et les hommes sont au second plan dans les services de soin.

Discussion

L'étude met en évidence des facteurs limitants qui dépendent du programme PTME, des services de soin, du niveau des connaissances de la population concernant le VIH et son traitement, de l'inscription socioculturelle de la sexualité et des rapports sociaux de sexe.

Au cours des entretiens réalisés, la peur et la honte d'un résultat positif, les représentations négatives du sida ont été citées comme étant des freins à l'adhésion au dépistage. L'étude quantitative (non publiée) a montré que 23 % des hommes jugent inutile leur soumission au test de dépistage du fait que le résultat de leur épouse révèle leur propre sérologie. Ils justifient cela par le fait qu'en tant que partenaire sexuel il n'y a pas de raisons qu'ils aient un résultat différent. Cette attitude des hommes est similaire aux résultats de l'étude conduite à Abidjan en Côte d'Ivoire (BROU *et al.*, 2005). Lors des focus groups avec les femmes séropositives, il nous a été rapporté les propos d'un mari qui dit qu'il préfère voir son enfant mourir que d'aller se faire dépister lorsque sa femme lui a fait savoir qu'on avait besoin de son sang pour sauver l'enfant malade (sa stratégie pour l'amener à faire le test). Cette peur des hommes est confirmée par l'étude de Bila (BILA *et al.*, 2007) qui montre également leur réticence à fréquenter les services de soin.

Parmi les facteurs liés au programme, la SMI et la PTME ont été critiqués comme des services réservés exclusivement à la mère et à l'enfant. Les résultats révèlent le manque d'information des hommes concernant la PTME+, qui leur est pourtant destinée. Ceci est un problème structurel, qui n'est pas limité au Burkina Faso : la même analyse a été faite au Kenya (KIBUTU, 2006). On peut se demander dans quelle mesure le changement d'acronyme (passant de PTME à PTME+) parviendra à changer l'image d'un programme conçu initialement et toujours perçu comme destiné uniquement aux femmes.

Le facteur limitant lié aux rapports sociaux de sexe intervient aussi dans les services de soin. Il est inhabituel au Burkina Faso de regrouper des hommes et des femmes dans un même endroit et pour une même activité : lors des rencontres publiques ou sur les lieux de culte par exemple, les hommes sont regroupés d'un côté et les femmes de l'autre. La faible acceptabilité des regroupements communs aux deux sexes est souvent rapportée dans une société très inégalitaire.

Les services de soin constituent un cadre inadapté aux attentes des hommes pour d'autres motifs, notamment liés aux horaires de service. Ces résultats ont été corroborés par la recherche-action initiée par REVS+ en 2006 et qui a évoqué dix raisons de l'absence d'implication des hommes, motivées par des contraintes réelles ou par des représentations infondées, parmi lesquelles nous retenons celles-ci : « Les hommes s'impliquent peu parce que les femmes ne sont pas discrètes, parce qu'ils ne s'identifient pas à un modèle masculin au sein de l'association, parce que les horaires de travail ne leur permettent pas d'être présents aux activités, ou encore parce qu'on ne leur donne pas l'espoir, il y a un manque de cadre d'écoute,... » (REVS+, 2006).

Conclusion

Au vu de ces résultats, il serait important que les intervenants en IEC (Information Education Communication) dans le cadre du programme national de lutte contre le sida revoient leurs messages. Ils pourraient par exemple adapter l'information délivrée aux hommes sur le dépistage et les soins disponibles, et envisager systématiquement la paternité dans le cadre du counseling post-test avec les hommes.

Les services de soin pourraient adapter leurs interventions aux besoins des pères, notamment en organisant un conseil personnalisé et/ou des séances d'information réservés aux hommes, à un horaire qui leur convient, éventuellement avec un personnel de sexe masculin pour éviter d'y rencontrer ces femmes (agents de santé) qu'ils jugent indiscretes.

Le programme peut envisager également d'orienter ses actions en direction du couple en particulier pour le counselling, comme cela a été tenté dans d'autres pays, notamment le Kenya et la Zambie qui ont observé une augmentation considérable de l'utilisation du préservatif dans les couples et une amélioration du dialogue au sein des couples (DESGREES DU LOU, 2005).

L'implication des hommes dans la PTME constitue un facteur clé, du fait de leur rôle dans la prise de décision au sein du foyer. L'adaptation aux hommes du conseil (counseling) favoriserait d'une part leur adhésion au test de dépistage et d'autre part, garantirait leur capacité à jouer un rôle de soutien dans les dilemmes relatifs aux choix d'une alimentation à moindre risque ou à la planification familiale.

Remerciements

Nos vifs remerciements au Pr Anta Tal Dia, aux Dr Issa Wone, Antoine Somda, Dieudonné E. Valea, Nicolas Meda, au Pr Alice Desclaux, à la Fondation Bristol Myers-Squibb « Sécuriser le Futur » pour leur assistance technique et financière. Merci à tous les participants à cette étude, aux collaborateurs.

Références bibliographiques

BROU H., AGBO H., DESGREES DU LOU A., 2005. *Conséquences du dépistage du VIH en prénatal chez les femmes VIH- à Abidjan (Côte d'Ivoire) : dialogue avec le conjoint et adaptation de comportement préventif*, Série Population-Santé, Document de recherche N° 5, UMR 151, IRD-Université de Provence.

BILA B., ERGOT M., DESCLAUX A., 2007. The perception of HIV and men's attendance in health-care facilities in Burkina Faso. Communication, AIDS Impact 2007, Marseille, 1st - 4th July.

DESGREES DU LOU A., 1998. Santé de la reproduction et SIDA en Afrique subsaharienne, Enjeux et défis, Population, 4 : 701 - 730.

DESGREES DU LOU A., 2005. Le couple face au VIH/SIDA en Afrique Sub-saharienne : Information du partenaire, sexualité et procréation. Population, 60 : 221 - 242.

DIRECTION DE LA SANTÉ FAMILIALE, 2006. Programme national de prévention de la transmission mère enfant du VIH. Rapport d'activités de l'année 2005, Burkina Faso ; 20 p.

DIRECTION DE LA SANTÉ FAMILIALE, 2006. Directives nationales pour la mise en œuvre du programme national de prévention de la transmission mère enfant du VIH, 41 p.

IRIN PLUS NEWS : Impliquer les hommes dans la PTME, 03 juillet 2006.

REVS+, 2006. Recherche-action sur les impacts des actions et l'implication des hommes, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

SP/CNLS et IST/BF, 2005. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CSLS) 2006 - 2010.

L'accès aux traitements antirétroviraux : léçons de l'expérience

S. KOUANDA *

Résumé

Dans l'objectif de parvenir à l'Accès Universel au traitement antirétroviral (TARV), connaître les facteurs d'accessibilité est essentiel. Au Burkina Faso, l'accessibilité financière est mal connue alors que, contrairement à la situation de nombreux pays à faible revenus qui ont instauré la gratuité pour les patients, le traitement est subventionné mais payant au point d'accès pour les patients. En juin 2008, un Symposium a été organisé pour établir un bilan des connaissances scientifiques sur les déterminants de l'accès aux TARV et sur l'impact des modalités d'accès financier dans un contexte de pauvreté, et un bilan des expériences en la matière. Cette rencontre a rassemblé une centaine de chercheurs, de responsables de programmes et d'associations d'appui aux PvVIH des pays ouest-africains. Elle a permis de mettre au jour et discuter les acquis et les limites de la stratégie mise en place au Burkina Faso. L'article présente notamment les recommandations issues de ce symposium.

Mots-clés : sida, accessibilité, traitement antiretroviral, aspects économiques, Burkina Faso.

Access to antiretroviral treatment : Lessons from experience

Abstract

For reaching Universal Access to antiretroviral treatment and care, a good knowledge of determinants for accessibility is requested. In Burkina Faso, economical accessibility of treatments is poorly documented. This country has chosen a strategy different from the ones set up by numerous low-income countries that provide free treatment to patients. In Burkina Faso, treatment is subsidized but patients must pay to get it. In June 2008, a Symposium was organized to set out an evaluation of scientific data regarding access to ART and impact of payment in a low-resources context, as well as an evaluation of experiences in that matter. This meeting gathered about one hundred scientists, programs coordinators, and OBC from West African countries. Successes and limits of the strategy chosen in Burkina Faso were identified and discussed. The article includes recommendations that were defined during the symposium.

Keywords : AIDS, accessibility, antiretroviral treatment, economical aspects, Burkina Faso.

* Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS)/CNRST, 03 BP : 7192 Ouagadougou 03, Burkina Faso, tel : +226 50 33 35 94, sekouanda@yahoo.fr

La question de l'accessibilité financière des traitements du sida se pose avec acuité pour une pathologie qui grève les revenus des personnes atteintes et induit des itinéraires de soins longs et sinueux, conduisant souvent les patients à l'épuisement financier. Le débat sur la gratuité des soins en cours, à propos de plusieurs populations ou plusieurs pathologies en Afrique, est donc particulièrement vif à propos du sida.

Est-il indispensable d'instaurer la gratuité des traitements antirétroviraux plutôt que leur subventionnement quasi-intégral ? Le débat se pose dans des termes particuliers au Burkina Faso, l'un des rares pays qui aient choisi de subventionner partiellement les traitements antirétroviraux, alors que 72 parmi les 76 pays à revenus faibles ou intermédiaires ont opté pour la gratuité du traitement antirétroviral (TARV) pour les patients dans le secteur public (OMS, 2008).

Au Burkina Faso comme ailleurs, ce débat repose souvent sur des considérations idéologiques plus que scientifiques. Or les données scientifiques, les expériences empiriques et les analyses en sciences économiques, politiques ou en santé publique, en matière d'accès aux soins et de gratuité commencent à s'accumuler en Afrique de l'Ouest et permettent d'éclairer la réflexion.

Un symposium a été organisé à Ouagadougou du 24 au 25 Juin 2008 pour faire le bilan de ces expériences et analyses. L'objectif n'était pas de réfuter les débats idéologiques et les points de vue des acteurs, mais de faire en sorte qu'un processus d'échange puisse s'engager entre les parties prenantes concernées par le sujet, sur la base de données scientifiques et d'études ayant mis au jour des données probantes. Après avoir dressé un bilan des expériences et des connaissances en matière d'accessibilité financière des ARV, le symposium a permis de définir un certain nombre de points pour lesquels les connaissances sont avérées, et d'autres pour lesquels la recherche doit encore être menée et le débat reste ouvert.

Le symposium, organisé par l'IRSS (Institut de recherche en Sciences de la santé du Burkina Faso), le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et son Unité de Santé Internationale et l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement, UMR 145 « Sida et maladies associées ») a regroupé près de cent participants. Ceux-ci comprenaient des décideurs publics, des acteurs associatifs, des professionnels de santé et des chercheurs, venus du Burkina Faso, du Mali, de la Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Bénin, du Niger, de la France et du Canada ainsi que des représentants des organismes du système des Nations Unies (OMS, ONUSIDA).

Les sessions ont porté sur :

- l'expérience de l'introduction des ARV en Afrique et la question de l'accès universel aux ARV ;
- la situation du VIH au Burkina Faso et la politique de dispensation des ARV ;
- le lien entre sida et pauvreté dans un contexte de paupérisation croissante et les difficultés économiques d'accès aux TARV ;
- les réponses développées par les acteurs face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge notamment autour de la gestion de l'indigence ;
- les questions relatives au coût social des traitements ARV ;
- les autres types de prise en charge des PvVIH ;
- le financement des traitements : contraintes, expériences de financement d'autres maladies, perspectives de financement des TARV.

Les présentations ont été faites par des chercheurs et par des acteurs de terrain. Les discussions contradictoires ont permis de dégager des points de consensus, alors que d'autres thèmes faisaient l'objet d'avis contradictoires. Le colloque a débouché sur une série de recommandations pour l'amélioration de l'accès aux traitements et de la qualité de la prise en charge.

Conclusions du symposium

Introduction

Les présentations introductives ont mis en évidence une formidable avancée dans l'accès au traitement antirétroviral en Afrique de l'Ouest et particulièrement au Burkina Faso au cours des dix dernières années.

L'initiative burkinabè d'accès aux ARV a permis de rendre le traitement accessible à une échelle très large, grâce notamment à une stratégie de disponibilisation et à l'implication des secteurs public, associatif et non-gouvernemental, communautaire, confessionnel et privé. Cet effort national a bénéficié de l'appui d'instances internationales sur les plans financier et technique.

Les difficultés économiques des patients sous TARV

Néanmoins, des difficultés d'accès subsistent pour les PvVIH. L'accès au traitement représente un coût pour les patients qui est la somme des coûts directs (examens biologiques et paracliniques, antirétroviraux, traitements des infections opportunistes et des pathologies secondaires, hospitalisations), des coûts connexes (transport) et des coûts indirects (perte de revenus pendant le temps consacré aux soins...).

Les tarifs des TARV, bien que réduits par subvention, ne peuvent être supportés par 80 % des patients qui relèvent actuellement soit de la catégorisation comme « indigents », soit de mesures d'exemption.

Ceci découle du fait que le VIH/sida atteint les adultes productifs et réduit les capacités financières des ménages. De plus les itinéraires de soin, encore très souvent longs et tortueux, ont déjà épuisé financièrement un certain nombre de patients lorsqu'ils arrivent au stade de la mise sous TARV.

S'ajoutant à la stigmatisation liée au VIH, la paupérisation qui résulte de la prise d'un traitement à vie, que l'on observe également pour d'autres maladies chroniques, accroît le fardeau des PvVIH. Même si les traitements permettent l'amélioration de ces personnes sur le plan médical, ce fardeau économique subsiste et les empêche de retrouver une vie « normale ».

Les difficultés économiques qui ont été identifiées dans d'autres pays comme la première cause d'inobservance et d'échec thérapeutique constituent un facteur majeur dans l'efficacité du traitement au plan individuel et au plan collectif.

Les réponses locales aux difficultés économiques et leurs limites

La contribution des ONG, des associations, etc. et l'utilisation des critères d'indigence permettent actuellement à la plupart des patients qui ont besoin d'un TARV de l'obtenir gratuitement.

Néanmoins, les études montrent que ces aides peuvent être incertaines, non pérennes et dépendent encore largement de la présence effective des organisations à base communautaire sur le terrain.

De plus, ces aides ne sont pas uniformisées, ce qui peut créer des inégalités et un « nomadisme » des patients.

La notion d'indigence est définie et appliquée de manière très variable et ne peut pas constituer un outil parfaitement équitable.

Les activités génératrices de revenus contribuent à restaurer l'autonomie de certains patients mais ne répondent que de manière limitée aux besoins. Par ailleurs, les moyens pour les mener ne sont pas accessibles à tous.

Là où les organisations à base communautaire sont absentes, les patients peuvent être sans ressources. Les populations des zones rurales sont les plus fragiles vis-à-vis de ces limites ; elles sont aussi celles qui ont le plus besoin de ces aides car leurs revenus moyens sont faibles, les distances qui les séparent des services de soin sont souvent importantes et les coûts du transport élevés.

Le dispositif d'accès au TARV et ses limites

Pour réaliser une prise en charge globale optimale, certains aspects du dispositif doivent être renforcés. C'est le cas notamment du soutien psychologique et de l'aide juridique qui peuvent contribuer à restaurer l'autonomie économique des patients.

L'absence de dispositif de monitoring ou suivi-évaluation de l'accessibilité économique de la prise en charge empêche de repérer les patients qui ne pourraient pas accéder au traitement pour des raisons économiques.

L'utilité du paiement direct du traitement pour la pérennisation du dispositif qui a été évoquée n'est pas documentée.

Perspectives concernant le dispositif

Les ressources existant au plan international permettent d'envisager le développement du dispositif d'accès au TARV au Burkina Faso pour atteindre un plus grand nombre de patients et améliorer la qualité de la prise en charge qui leur est proposée.

Divers mécanismes ou modes d'organisation administrative et financière, dont certains ont été mis en pratique ou sont en projet dans les pays voisins, pourraient être adaptés au Burkina Faso au niveau national et appliqués dans le domaine du VIH.

Ces modes de financement concernent en premier lieu la prise en charge du VIH et pourraient par la suite concerner d'autres pathologies et problèmes de santé tels que le paludisme et la tuberculose.

En conclusion : Recommandations

Les participants au Symposium recommandent :

- au vu de ses succès, le programme de traitement des PvVIH du Burkina Faso qui concerne notamment la disponibilisation des ARV doit être maintenu et renforcé ;
- l'accès des patients à la prise en charge doit être amélioré sur plusieurs aspects (modes d'organisation, renforcement de la qualité des soins, aspects économiques) ;
- le paiement direct de la prise en charge de l'infection à VIH pour les patients (adultes et enfants) doit être aboli pour que tous ceux qui en ont besoin puissent y avoir accès :

- cette mesure doit concerner le dispositif national, c'est-à-dire les structures de soin accréditées (structures de soin publiques, non-gouvernementales, associatives et confessionnelles) et son application doit être évaluée de manière continue ;
 - cette prise en charge globale, constituant un « paquet », doit comprendre les coûts : du dépistage et du test, du suivi biologique et para-clinique, des TARV, des consultations, des hospitalisations, des traitements des infections opportunistes et des substituts du lait maternel dans le cadre de la PTME ;
- d'autres appuis économiques (aide alimentaire, activités génératrices de revenus), ainsi que le soutien psychologique, l'aide juridique, et divers autres types d'aides, doivent être apportés lorsque nécessaire dans le cadre de mesures complémentaires ;
 - la collaboration entre organisations et services de soin des secteurs public, communautaire, confessionnel, non-gouvernemental et privé doit être renforcée pour que la prise en charge globale puisse être assurée de manière accessible pour tous les patients ;
 - un dispositif de suivi-évaluation doit être mis en place, complété par des recherches concernant les difficultés des patients pour l'accès aux traitements, en particulier en zone rurale et auprès des populations vulnérables. Des recherches doivent être menées pour connaître les effets favorables et défavorables du subventionnement des traitements pour les patients, sur les plans social, organisationnel et sanitaire ;
 - au Burkina Faso, comme dans les autres pays où la pauvreté et les inégalités sont un obstacle majeur en matière de santé, l'abolition du paiement direct par les patients de la prise en charge du VIH doit être une étape de la facilitation de l'accès aux soins pour toutes les pathologies, pour tous les problèmes de santé et pour toutes les populations, en vue de l'application du droit à la santé pour tous.

Ouagadougou, juin 2008.

Références bibliographiques

OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2008. Vers un accès universel. Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2008. Genève, 128 p.