

Burkina Faso

Ministère de la Santé

Secrétariat Général

Comité National de Lutte
contre le SIDA et les MST

BP 7009 Ouagadougou

O.C.C.G.E

Centre MURAZ

Groupe de Recherche
sur l'Infection à VIH

BP 153 Bobo-Dioulasso

**SUIVI ET EVALUATION DES PROGRAMMES
NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE SIDA : EXAMEN
DE L'EXPERIENCE DU BURKINA FASO, 1987-1998**

MONOGRAPHIE PREPAREE DANS LE CADRE DE L'INITIATIVE
OMS/ONUSIDA/MEASURE EVALUATION (USAID) SUR LE SUIVI-
EVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Par

Nicolas MEDA

Médecin épidémiologiste

Centre MURAZ/OCCGE

E-mail : griv.muraz@fasonet.bf

23 Octobre 1998

<i>1</i>	<i>Avant-propos</i>	<i>1</i>
<i>2</i>	<i>Remerciements</i>	<i>1</i>
<i>3</i>	<i>Introduction</i>	<i>2</i>
<i>4</i>	<i>Contexte et évolution du programme</i>	<i>3</i>
<i>5</i>	<i>Suivi et évaluation des apports au PNLs et des produits générés</i>	<i>4</i>
5.1	Monitoring des apports au programme	4
5.2	Monitoring des produits et services générés par le programme	8
5.2.1	Formation des personnels de santé	8
5.2.2	Équipement des structures de santé	9
5.2.3	Éducation à l'école sur le SIDA, la santé sexuelle et reproductive	9
5.2.4	Campagnes de sensibilisation	9
5.2.5	Fonctionnement des sites de surveillance sentinelle du VIH	9
5.2.6	Services de transfusion sanguine	10
5.2.7	Disponibilité des préservatifs	10
5.2.8	Dépistage volontaire de l'infection à VIH et prise en charge	10
<i>6</i>	<i>Suivi et évaluation des effets à court terme du programme</i>	<i>10</i>
<i>7</i>	<i>Suivi et évaluation de l'épidémie de VIH/SIDA et des MST</i>	<i>16</i>
<i>8</i>	<i>Suivi et évaluation du traitement, des soins palliatifs et du soutien aux malades du SIDA</i>	<i>19</i>
<i>9</i>	<i>Revue de l'utilisation et de l'utilité des indicateurs de prévention de l'OMS</i>	<i>20</i>
<i>10</i>	<i>Interaction entre le suivi, l'évaluation et la formulation des politiques</i>	<i>20</i>
<i>11</i>	<i>Suivi et évaluation et interaction entre le PNLs et les donateurs internationaux.</i>	<i>20</i>
<i>12</i>	<i>Conclusion</i>	<i>22</i>
<i>13</i>	<i>Bibliographie</i>	<i>24</i>

1 Avant-propos

Des efforts importants sont déployés au niveau des pays par différents acteurs pour contenir la progression de l'épidémie de VIH/SIDA. Malheureusement peu de programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS) sont à mesure de fournir des informations fiables montrant l'impact de ces efforts multiples et multiformes de prévention et de lutte sur l'incidence du VIH et des MST ainsi que l'impact des soins et du soutien apportés aux malades du SIDA. Pourtant, ces informations sont d'un intérêt considérable pour orienter les politiques, convaincre les donateurs et renforcer la planification et l'exécution des activités de prévention et de lutte. Conscients de ces lacunes, l'OMS, l'ONUSIDA et l'USAID ont lancé une initiative mondiale destinée à améliorer le suivi et l'évaluation des PNLS. Pour mener à terme cette initiative, des experts internationaux ont été chargés de proposer des outils simples et performants pour le suivi et l'évaluation des programmes de prévention du VIH, de prise en charge du SIDA et de contrôle des MST. En plus 13 pays sélectionnés analyseront en profondeur les forces et les faiblesses actuelles du suivi-évaluation des PNLS. Ces pays sont le Brésil, le Burkina Faso, l'Ethiopie, la Jamaïque, le Kenya, le Mexique, la Roumanie, la Russie, le Sénégal, la Tanzanie, la Thaïlande, l'Ouganda et la Zambie. Un atelier a été organisé du 3 au 7 août 1998 à Chapel Hill (Caroline du Nord, USA) pour outiller les experts nationaux des 13 pays sélectionnés en matière de méthodologie de l'analyse situationnelle du suivi-évaluation. Les documents techniques que produiront les experts internationaux et les monographies que rédigeront les experts nationaux des 13 pays désignés seront examinés en novembre 1998 au Kenya. Un consensus sera alors fait sur un ensemble de méthodes en matière de suivi-évaluation des PNLS. La performance de cet outil consensuel sera alors testée dans les 13 pays cités. Si cet outil s'avère performant, utile et utilisable, il sera alors proposé par l'OMS, l'ONUSIDA et l'USAID pour le suivi et l'évaluation des efforts de prévention et de lutte engagés en réponse à l'émergence et à l'extension de l'épidémie de SIDA. Le présent rapport représente la monographie décrivant l'expérience burkinabè en matière de suivi et d'évaluation de l'impact du PNLS.

2 Remerciements

Cette consultation a été rendue possible grâce à un soutien technique et financier de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous remercions tous les décideurs de santé, le personnel du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA, tous les partenaires au développement, tous les acteurs de terrain qui ont spontanément et favorablement répondu à la recherche documentaire et aux interviews dans le cadre de ce travail. Nous tenons particulièrement à exprimer notre gratitude à M. le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, le Docteur Mathias Somé, pour son soutien inestimable dans la mise en œuvre de cette consultation. Notre gratitude s'adresse également à Madame le Docteur Liliane Barry, Représentante de l'OMS au Burkina Faso et à M. le Docteur Kékoura Kourouma, Conseiller Résident de l'ONUSIDA pour leur appui technique et leurs encouragements dans la réalisation de ce travail. Enfin nous remercions très sincèrement le Docteur Paulin Fao qui a apporté une aide précieuse dans la recherche documentaire auprès des intervenants dans la lutte contre le SIDA au Burkina Faso et le Docteur Philippe Van de Perre (Directeur du Centre MURAZ) pour ses commentaires et suggestions.

3 Introduction

Le Burkina Faso est un pays de 274.200 Km² situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest (Fig. 1). Il comptait en 1985, 7.964.705 habitants et en 1998, 10.979.434 habitants (1, 2). Le taux annuel de natalité s'élève à 46 pour 1000. Quatre-vingt pour cent de la population réside en milieu rural. Elle est essentiellement jeune et les femmes y sont majoritaires. En effet, 49% de la population est constituée de sujets de moins de 15 ans, 71% sont des sujets de moins de 30 ans et 52% sont des femmes. Plus d'une soixantaine d'ethnies coexistent. Les ethnies Mossi, Bobo/Dioula et Peulh sont les plus importantes. Les religions musulmane et chrétienne sont pratiquées respectivement par 54% et 29% de la population. Le taux brut de scolarisation est de 30%, l'un des plus bas du monde. Une particularité séculaire du Burkina Faso est l'importance de la migration intérieure et extérieure qui déplacent essentiellement les jeunes et les hommes. Les zones urbaines et les zones fertiles du Sud du pays sont les destinations principales de la migration intérieure tandis que la Côte d'Ivoire et le Ghana constituent les principaux pays d'accueil des migrants internationaux. L'ouverture à différents points du pays de sites aurifères exploités de manière artisanale a introduit une autre source importante de mobilité de la population jeune. Enfin le Burkina est un important carrefour routier entre la Côte d'Ivoire, le Mali, le Ghana, le Togo, le Bénin, et le Niger. Sur le plan socio-économique, le Produit National Brut par habitant reste faible de l'ordre de 230 \$US. Environ 44,5% de la population vit en dessous du seuil absolu de pauvreté (3). L'espérance de vie à la naissance se situe à 52 ans. Les indicateurs de santé maternelle et infantile sont parmi les plus médiocres du monde (4). Le développement social et économique des femmes demeure très faible. Depuis une dizaine d'années, le Burkina Faso, pays laïc, vit dans une ère de stabilité politique que consolide chaque jour davantage le processus de démocratisation engagé depuis 1991.

Fig. 1. Carte du Burkina Faso



C'est en 1986 que le Burkina Faso a reconnu l'existence du SIDA en déclarant 10 cas à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (5). Depuis cette date la maladie n'a cessé de progresser. Au 31 décembre 1997, 11.352 cas cumulés de SIDA ont été notifiés à l'OMS. Les premières enquêtes de séroprévalence conduites entre 1987 et 1990 ont chiffré à 4% la prévalence de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la cause du SIDA, au sein de la population générale et rapidement fait l'évidence de l'importance de l'épidémie de VIH au Burkina Faso (6). En 1994 une enquête nationale de séroprévalence réalisée parmi 1294 femmes enceintes a chiffré à 8% la prévalence de l'infection à VIH, soit un doublement du taux en 4-5 ans (7). À ce jour l'épidémie de VIH peut être considérée comme "généralisée" à l'ensemble de la population. La transmission hétérosexuelle est prédominante. La réponse nationale à l'émergence et à la diffusion de l'épidémie de VIH a consisté essentiellement au développement et à la mise en œuvre de la stratégie proposée par l'OMS pour enrayer l'extension du SIDA (8). La promotion à travers les médias de masse d'une sexualité responsable et sans risque, la mise à disposition et la promotion de l'utilisation des préservatifs ont été les principales stratégies d'intervention développées.

Mais la prévention et la lutte contre le SIDA au Burkina Faso ont couvert plusieurs autres domaines. Ce rapport décrit le contexte dans lequel s'est menée et se mène la lutte contre le SIDA. Il fait le point sur la nature, le volume et la qualité de l'ensemble des interventions déployées. Il rend surtout compte de ce qui a été fait dans le suivi et l'évaluation des programmes et projets mis en place pour endiguer l'extension du VIH/SIDA et pour prendre en charge les malades. Il produit les résultats disponibles décrivant l'impact des efforts de prévention et de lutte. Il formule enfin des recommandations pour améliorer le suivi et l'évaluation des interventions engagées en réponse à la diffusion du VIH/SIDA au Burkina Faso.

Pour réaliser ce travail, nous avons procédé, avec l'aide du Ministère de la Santé, à une recherche documentaire auprès des principaux intervenants et partenaires du programme de lutte contre le SIDA. Une revue des documents fournis a été effectuée. Nous avons complété cette revue par l'interview d'informateurs-clés témoins privilégiés de la lutte contre le SIDA au Burkina Faso.

4 Contexte et évolution du programme

La riposte au niveau national à l'émergence de l'épidémie de VIH/SIDA a été lancée à la fin de l'année 1986 dès la reconnaissance par le gouvernement de l'existence du SIDA. Un Comité Technique de Lutte contre le SIDA a été mis en place au niveau du Ministère de la Santé. Ce Comité, appuyé par l'OMS, a élaboré un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) et programmé sa mise en œuvre à travers un Plan à Court Terme exécuté de 1987 à 1989. Les activités de ce Plan ont visé essentiellement trois objectifs : (a) initier des actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) en direction du grand public ; (b) développer les capacités nationales (cadre institutionnel, infrastructures, formation du personnel, etc.) pour servir la prévention et la lutte contre le SIDA ; (c) conduire les enquêtes épidémiologiques de base afin de mettre en évidence l'ampleur de l'épidémie de VIH dans le pays. La progression de l'épidémie et l'extension de celle-ci à l'ensemble du pays ont poussé les pouvoirs publics appuyés par les partenaires au développement à mettre en place un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) en 1990 présidé par le Ministre de la Santé appuyé par celui de la Communication. Le CNLS réunit tous les intervenants dans la lutte contre le SIDA au niveau du Burkina Faso. Le CNLS a donné les orientations nécessaires à l'élaboration de deux Plans à Moyen Terme (PMT) qui ont été exécutés de 1990 à 1992 pour le PMT I et de 1993 à 1995 pour le PMT II. Pendant le PMT I, quatre actions essentielles ont été entreprises : (a) l'intensification des activités d'IEC en direction du grand public et des

principaux groupes vulnérables (élèves, prostituées, migrants, militaires, etc.) ; (b) le renforcement des capacités nationales (infrastructures, personnels, etc.) ; (c) le démarrage de la sérosurveillance de l'infection à VIH par un réseau national de huit (8) centres sentinelles ciblant les femmes enceintes, les patients porteurs de Maladies Sexuellement Transmises (MST), les prostituées et les tuberculeux ; (d) le lancement en 1991 du Projet de Marketing Social des Condoms (PROMACO) qui met depuis lors à disposition les préservatifs de marque "Prudence". Le PMT II a consacré l'intégration de la lutte contre les MST dans la stratégie nationale de lutte contre le SIDA, le démarrage d'activités de conseil, de soins et de soutien aux personnes infectées et affectées par le virus du SIDA et l'implication dans la lutte des autres secteurs de développement (ministères autres que la Santé, Organisations Non Gouvernementales (ONG), communautés de base, forces armées, etc.). Des revues internes et externes menées avec l'appui de l'OMS et des autres partenaires au développement ont sanctionné l'exécution des différents PMT (9 , 10). De 1986 à 1995, la contribution de l'Etat au financement du PNLS n'a jamais atteint 2% du budget total mobilisé. De plus les structures de gestion du PNLS sont restées concentrées au Secrétariat Permanent du CNLS avec très peu de transparence sur les mécanismes de fonctionnement du niveau de définition des politiques, du niveau de coordination et de supervision des activités ainsi que du niveau d'exécution des activités. La progression toujours notable de l'épidémie de VIH en dépit des efforts consentis par les uns et les autres a radicalement fait changer l'organisation de la lutte contre le SIDA depuis 1996. L'engagement politique, matériel et financier de l'Etat dans le PNLS s'est considérablement accru avec la mise en œuvre du Projet Population et Lutte contre le SIDA (11). Les objectifs de ce projet sont d'accélérer la baisse de la fécondité en augmentant la prévalence des méthodes modernes de contraception et de limiter l'extension de l'épidémie de VIH/SIDA en encourageant les changements de comportements sexuels, l'utilisation des préservatifs et en traitant les MST. Dans ce projet, 18 millions de \$US ont été alloués sur 5 ans à la lutte contre le SIDA. À cela s'ajoute le début des activités au Burkina Faso du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) qui appuie à travers son Groupe Thématique le PNLS. À présent, le PNLS est engagé dans une profonde phase de restructuration, d'analyse de la situation et de la réponse, de planification stratégique qui devrait à terme déboucher sur l'élaboration de plans opérationnels multisectoriels et sur une décentralisation complète des activités de prévention et de lutte.

5 Suivi et évaluation des apports au PNLS et des produits générés

5.1 Monitoring des apports au programme

Le Plan à Court Terme, le PMT I, le PMT II et le PPLS ont mobilisé près de 29 millions de \$US pour la lutte contre le SIDA. La part de l'Etat dans ce budget se situe à 9,8%. Ces ressources ont permis au PNLS de développer de nombreuses interventions. Les principales interventions ont couvert les champs suivants : (1) assurance de la sécurité des transfusions sanguines ; (2) promotion à travers les médias de masse d'une sexualité responsable et sans risque ; (3) communication et interventions ciblées sur certains groupes de population vulnérables face au VIH tels que les jeunes, les élèves, les prostituées, les chauffeurs routiers, les travailleurs migrants, les travailleurs des usines et les militaires; (4) mise à disposition et promotion de l'utilisation des préservatifs ; (5) prévention et lutte contre les maladies sexuellement transmises (MST) ; (6) prise en charge psychologique, sociale, scolaire, alimentaire, juridique, économique et médicale des personnes infectées et affectées par le virus du SIDA ; (7) formation des agents de santé et des relais communautaires ; (8) sérosurveillance de l'infection à VIH et notification des cas de SIDA.

Ces activités ont été mises en œuvre par cinq sous-comités techniques mis en place par le Secrétariat Permanent du CNLS : (1) sous-comité Laboratoire ; (2) sous-comité recherche et éthique ; (3) sous-comité IEC ; (4) sous-comité prise en charge ; (5) sous-comité surveillance épidémiologique. Relayent ces différents sous-comités les services de santé repartis dans 11 régions sanitaires, 53 districts, 2 hôpitaux nationaux et 9 hôpitaux régionaux, une centaine d'ONG et d'associations ainsi que des structures de formation et de recherche (Université de Ouagadougou, Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, ORSTOM, Centre MURAZ/OCCGE, Population Council, etc.). L'écrasante majorité des activités menées sont rapportées sur des supports de littérature grise au demeurant difficilement accessible. Les principaux indicateurs objectivement vérifiables illustrant les différents apports au programme sont d'une part l'évolution du budget consacré à la lutte contre le SIDA (Tableau I), l'offre annuelle de préservatifs (Tableau II) (12). Suivent les sessions de formation des acteurs de terrain et les principaux événements de sensibilisation lancés ou annoncés par le canal des médias de masse.

La part de l'Etat dans le budget du PNLIS a été multiplié par 4 à partir de l'année 1996. La disponibilité des préservatifs s'est considérablement accrue avec le lancement de PROMACO en 1991. Le réseau de distribution couvre l'ensemble du territoire soit 45 provinces.

De nombreuses sessions ponctuelles de formation d'agents de santé, de travailleurs sociaux, des usines et des bureaux, de militaires, de routiers, d'enseignants du cycle secondaire de l'éducation nationale, de journalistes et de relais commentaires en IEC en matière de MST/VIH/SIDA ont été organisées. Mais aucun enregistrement centralisé ne permet de chiffrer l'importance de ces sessions de formation de 1987 à ce jour. Des actions remarquables peuvent cependant être citées. Il s'agit du 1^{er} Colloque Africain "Toxicomanies-Hépatites-SIDA" tenu à Ouagadougou en janvier 1997 qui a réuni des participants de toutes les régions du Burkina Faso et de nombreux pays africains. À l'occasion de ce Colloque, une journée nationale a été organisée. Tous les acteurs de la lutte contre le SIDA ont pu alors se rencontrer et échanger leurs expériences. Il y a également le Concours "SCENARIOS DU SAHEL" qui a mis en compétition les jeunes de moins de 24 ans du Sénégal, du Mali et du Burkina Faso du 7 avril au 7 juin 1997 pour identifier des messages porteurs de lutte contre le SIDA. Il s'agit du lancement en février 1998 par le Chef de l'Etat d'une campagne multimédia nationale "Jeunesse et Santé de la Reproduction". Il s'agit également des programmes d'engagements communautaires pour la lutte contre le SIDA initiés entre 1994 et 1996. Dans ces programmes, PROMACO a formé en IEC/SIDA, les personnes animant les canaux traditionnels de communication. Ainsi les griottes qui ont un rôle prépondérant dans l'Ouest du Burkina Faso ont été formées. Les chefs traditionnels et les dolotières (vendeuses de bière de mil) très présents dans le Centre du pays ont été formés de même que les chameliers consacrés "messagers" dans le Nord sahélien. Enfin des programmes scolaires sur le VIH/SIDA, les MST ainsi que la santé sexuelle et reproductive sont désormais enseignés aux élèves du cycle secondaire.

Tableau I. Evolution du budget alloué au Programme National de Lutte contre le SIDA au Burkina Faso

Plans	Période	Budget de l'état (\$US)	Budget des donateurs (\$US)	Total (\$US)
Court Terme	1987-1989	?	250.000	250.000
Moyen Terme I	1990-1992	?	3.466.363	3.466.363
Moyen Terme II	1993-1995	236.504	6.886.079	7.122.583
Moyen Terme II extension + PPLS*	1996-2000	2.440.000	15.560.000	18.000.000

* Projet Population et Lutte contre le SIDA financé par la Banque Mondiale, la Norvège, le Danemark et le Burkina

Tableau II. Evolution des quantités de préservatifs distribués au Burkina Faso, 1986-1998.

Année	Population 15-49 ans	Préservatifs Disponibles**	Année	Population 15-49 ans	Préservatifs Disponibles**
1986	3.510.444	16.859	1993	4.172.814	2.670.373
1987	3.598.205	32.047	1994	4.277.135	5.029.560
1988	3.688.160	341.100	1995	4.384.063	7.255.248
1989	3.780.364	63.238	1996	4.493.665	7.203.931
1990	3.874.873	955.227	1997	4.606.006	10.059.456
1991*	3.971.745	2.281.826	1998	4.721.157	10.094.216
1992	4.071.038	4.784.051	Total (86-98)	53.149.669	50.787.132

* Année de lancement du Projet de Marketing Social des Condoms (PROMACO)

** PROMACO (90% du marché), Autres fournisseurs (Association Burkinabè Pour le Bien-être familial,

Direction de la Santé de la Famille, Pharmacies privées, projets pilotes, etc.)

Trois programmes pilotes luttent contre les MST. Ils appliquent tous, les algorithmes nationaux de prise en charge syndromique des MST adoptés en août 1996 dans les structures de soins de santé primaires. Ils utilisent des médicaments efficaces admis dans la liste nationale des médicaments essentiels génériques commandés par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques. Le premier financé par l'Union Européenne a débuté en juillet 1996 et est piloté par l'Unité MST du CNLS. Il couvre les régions sanitaires de Ouagadougou au Centre et de Bobo-Dioulasso à l'Ouest, les deux régions les plus importantes en termes de population au Burkina Faso. Le deuxième dénommé "projet SIDA phase 2" est financé par le Canada et cible les sites d'orpaillage dans les régions Nord du pays et les migrants internationaux aux frontières du Togo, du Ghana et du Burkina Faso. Ce projet a débuté en 1997. Le troisième projet est exécuté par le Centre MURAZ sur financement ANRS/Coopération Française et cible les prostituées de Bobo-Dioulasso. Ces deux derniers projets incluent un important volet IEC et dans les communautés ciblées, des relais ont été formés pour exercer un rôle continu de sensibilisation. L'ensemble de ces projets ont formé les personnels soignants, les techniciens de laboratoire, équipé les formations sanitaires et approvisionné les dépôts des médicaments génériques des formations sanitaires en médicaments de lutte contre les MST. À partir de ces expériences pilotes, le CNLS a débuté en novembre 1997 l'extension du programme de prise en charge des MST à l'ensemble du pays. La formation des formateurs dans les 53 districts du pays a été complétée et les médicaments nécessaires pour le fonctionnement de 700 structures de santé ont été commandés en 1998 à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques sur financement du PPLS et de la Coopération Belge.

Concernant la prise en charge du VIH/SIDA, un guide national de prise en charge de l'adulte a été préparé, édité et ventilé dans les différentes formations sanitaires du pays en 1996. L'offre de médicaments **antirétroviraux**, en raison du coût, est **limitée à une centaine de privilégiés** à travers le pays alors que d'après l'ONUSIDA le Burkina Faso comptait à la fin de l'année 1997, 370.000 personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les antirétroviraux disponibles au Burkina Faso sont présentés sur le tableau III. Les formulations pédiatriques ne sont pas disponibles.

Parmi les antirétroviraux disponibles, seule la Zidovudine (AZT) figure dans la liste nationale des médicaments essentiels.

Tableau III. Descriptif des antirétroviraux disponibles au Burkina Faso, 1998

Désignation	Dosage	Forme	Conditionnement	Prix (\$US)
Retrovir® (AZT, Zidovudine)	100 mg	Gélules	Boîte/100	197
	250 mg	Gélules	Boîte/40	198
Videx® (DDI, Didanosine)	100 mg	Comprimés	Boîte/60	81
	150 mg	Comprimés	Boîte/60	122
Zerit® (D4T, Stavudine)	30 mg	Comprimés	Boîte/56	171
	40 mg	Comprimés	Boîte/56	178
Epivir® (3TC, Lamivudine)	150 mg	Comprimés	Boîte/60	237
Crixivan® (Indinavir)	400 mg	Comprimés	Boîte/180	414
Invirase® (Saquinavir)	200 mg	Gélules	Boîte/270	444
Hydrea® (Hydroxyurée)	500 mg	Comprimés	Boîte/20	7

L'offre de médicaments pour le traitement des infections opportunistes est limitée aux activités habituelles du Programme National de Lutte contre la Tuberculose qui relève un accroissement important des co-infections VIH/tuberculose. Il n'y a pas de directives nationales pour la prévention des infections opportunistes bien que le *Cotrimoxazole* ait été montré efficace. De même, il n'existe toujours pas au Burkina Faso une législation antidiscriminatoire à l'égard des malades du SIDA.

Un réseau de 27 laboratoires repartis sur toute l'étendue du territoire national assure les activités de sérodiagnostic du VIH essentiellement à des fins de sécurité transfusionnelle et de surveillance épidémiologique. Une dizaine de centres disposent de chaînes ELISA. Le reste des laboratoires est doté en tests rapides. Il existe des directives nationales qui fixent les stratégies de sérodiagnostic du VIH élaborées à partir d'une évaluation de stratégies diagnostiques menée par le Centre MURAZ en collaboration avec le Laboratoire National de Référence du VIH basé à Ouagadougou. Ces directives orientent les commandes centralisées des trousse de dépistage par le CNLS. Les pénuries en trousse de dépistage sont cependant très fréquentes. Il n'y a pas de texte définissant la politique nationale de sécurité transfusionnelle et il n'existe pas de plan national de transfusion sanguine.

Dans le pays, le seul centre de dépistage volontaire de l'infection à VIH assorti de conseils est le Centre CADI (Centre Anonyme de Dépistage et d'Information) basé à Bobo-Dioulasso qui a été ouvert en avril 1996. Un autre centre a existé à Ouagadougou pendant quelques mois en 1995. Le Centre était supporté par la Coopération Allemande (GTZ). Il a rapidement fermé ses portes suite au non renouvellement du financement.. Les besoins quotidiens en matière de diagnostic du VIH sont satisfaits à la demande des médecins dans les laboratoires des formations sanitaires publiques et privées.

L'offre en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de prise en charge de l'infection pédiatrique par le VIH est très peu développée. Pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, cependant, une étude d'intervention (essai ANRS 049 – DITRAME) menée par le Centre MURAZ teste depuis 1995 à Bobo-Dioulasso, l'efficacité d'un schéma court de zidovudine. Les résultats de cette étude seront disponibles à la fin de l'année 1998.

5.2 *Monitoring des produits et services générés par le programme*

5.2.1 Formation des personnels de santé

En 12 ans sur environ 6000 agents de santé, travailleurs sociaux, et relais communautaires ciblés, le Secrétariat Permanent du CNLS estime à près de 3500 le nombre de personnes qui ont reçu une formation en IEC en matière de MST/SIDA. En revanche, seulement 500 agents auraient reçu une formation sur la prise en charge du VIH/SIDA. En matière de prise en charge des syndromes de MST, c'est en 1997 que l'extension des expériences pilotes à l'ensemble du pays a débuté. Déjà 58 formateurs repartis dans les 53 districts sanitaires que compte le Burkina Faso ont été formés. A leur tour ils devront former durant l'année 1998 et sur l'ensemble des districts au moins 1000 agents de santé à la prise en charge syndromique des MST.

5.2.2 Équipement des structures de santé

Quatre-vingt-dix-huit des 1000 formations sanitaires publiques et privées du pays assurent le traitement des MST selon l'approche syndromique suite à la formation des personnels soignants et à l'équipement des structures. Neuf laboratoires concentrés dans les régions de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou (voir Fig. 1) disposent des équipements et fournitures nécessaires au diagnostic des principales MST. L'équipement des structures de santé en matériel de protection contre le VIH/SIDA n'a pas été assuré. L'équipement des laboratoires pour le diagnostic des principales infections opportunistes autres que la tuberculose n'a pas non plus été assurée.

5.2.3 Éducation à l'école sur le SIDA, la santé sexuelle et reproductive

La totalité des enseignants de sciences naturelles du pays soit environ 800 professeurs ont été formés. Ils assurent au niveau du cycle secondaire de l'enseignement les cours d'IEC en matière de MST/VIH/SIDA depuis 1997. De nombreux sujets d'examen de fin d'études secondaires incluent aujourd'hui des questions sur les MST et le SIDA.

5.2.4 Campagnes de sensibilisation

De 1987 à 1998, les canaux modernes de communication (radio, télévision, théâtres, cinéma, événements sportifs, socioculturels, économiques et politiques, etc.) ont été largement utilisés pour informer, éduquer et communiquer en matière de MST et de VIH/SIDA en direction du grand public. Une intensification des campagnes d'IEC a été notable en 1998. Une mobilisation sociale a drainé dans la prévention et la lutte contre le SIDA plus d'une centaine d'ONG et d'associations à travers le pays. Cependant le milieu urbain est très représenté dans ce potentiel par rapport au milieu rural où résident 80% de la population fortement affectée aussi par l'épidémie de VIH/SIDA. L'ONG qui focalise préférentiellement ses activités d'IEC et de prise en charge du VIH/SIDA sur le milieu rural au Burkina Faso est le PLAN INTERNATIONAL. Malgré ces efforts en direction du grand public, la sensibilisation ciblée sur certains groupes vulnérables est timide. Ainsi le milieu des militaires, des prostituées, des clients des bars, des boîtes de nuits, des hôtels ainsi que les migrants, les prisonniers, les travailleurs des usines et des chantiers ne sont pas couverts par des interventions ciblées. Les seuls programmes forts ciblent les orpailleurs dans le Nord du pays, les routiers sur tous les axes principaux du Burkina Faso et les prostituées à Bobo-Dioulasso.

5.2.5 Fonctionnement des sites de surveillance sentinelle du VIH

Les huit postes de surveillance sentinelle de l'infection à VIH établis depuis 1990 ne sont pas fonctionnels. Les mécanismes de planification, de coordination et de supervision que devait mettre en place le Secrétariat Permanent du CNLS ne l'ont jamais été. L'habilitation des acteurs de terrain à mener à bien la tâche de surveillance sentinelle n'a pas été assurée. Le budget pour l'équipement des sites, la supervision des agents et le contrôle de qualité des laboratoires a été insuffisant et difficilement mobilisé. Ce constat a été fait en 1997 par un Groupe d'experts nationaux qui a fait des propositions pour une relance de la surveillance

sentinelle (13). Un dynamisme nouveau a effectivement été insufflé à ce programme, une formation des acteurs de terrain a été organisée en septembre 1998 (14).

5.2.6 Services de transfusion sanguine

Il n'y a pas de directives nationales pour les transfusions sanguines. La sélection communautaire et clinique des donneurs de sang n'est pas standardisée. Des cohortes de donneurs de sang séropositifs pour le VIH continuent à être régulièrement prélevées et le sang jeté faute de directives claires sur la prise en charge du VIH/SIDA dans les structures assurant la sécurité transfusionnelle. D'après les estimations de l'ONUSIDA au Burkina Faso, 80% des transfusions sanguines sont pratiquées avec du sang contrôlé pour le VIH (15).

5.2.7 Disponibilité des préservatifs

Le réseau de distribution dominé par PROMACO est composé de 95 grossistes suivis régulièrement et de plus de 14.000 points de vente au détail. En sept ans, PROMACO a distribué en ventes et en promotion environ 43.440.990 préservatifs. Ainsi le nombre de préservatifs disponibles par personne et par an est passé de 0,25 en 1990 à 2,14 en 1998.

5.2.8 Dépistage volontaire de l'infection à VIH et prise en charge

Un seul centre propose le dépistage confidentiel et volontaire du VIH au Burkina Faso. En moyenne 0,1% de la population de Bobo-Dioulasso desservie par ce Centre se présente volontairement chaque année pour se faire dépister et recevoir des conseils de prévention. En effet, après 30 mois de fonctionnement seulement 850 personnes ont sollicité les services du Centre dans une ville qui compte environ 400.000 habitants. À travers les formations sanitaires, de nombreuses demandes en matière de diagnostic existent et sont satisfaites par les cliniciens qui ont accès au réseau national des 27 laboratoires capables d'assurer ce service. Huit (8) associations, concentrées à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou ont pour objectif principal la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH. Les visites à domicile et les soins palliatifs constituent l'offre principale de services.

6 Suivi et évaluation des effets à court terme du programme

En matière de prévention de l'infection à VIH, tous les apports au PNLS, tous les services et produits générés visent essentiellement trois buts : (a) réduire la transmission sexuelle; (b) réduire la transmission sanguine ; et (c) réduire la transmission mère-enfant. Les déterminants immédiats de l'atteinte de ces objectifs peuvent être mesurés. La réduction de la transmission sexuelle du VIH passe par l'élévation du niveau des connaissances de la population sur le VIH/SIDA, par un changement de comportement sexuel et reproducteur et par le traitement des MST. La connaissance par la population des pratiques de prévention du VIH/SIDA, le nombre de partenaires sexuels occasionnels déclarés, le taux d'utilisation des préservatifs avec les partenaires sexuels occasionnels, la qualité de la prise en charge des MST sont les principaux indicateurs mesurant ces déterminants.

A. Desclaux (1997) a fait une revue des différentes recherches qui ont exploré les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives au VIH/SIDA au Burkina Faso (16). Une centaine de publications ont été recensées. D'une manière générale la recherche a objectivé une augmentation progressive du niveau des connaissances de la population depuis 1988. Les hommes, les habitants des zones urbaines, les personnes jeunes, les élèves et étudiants sont les sujets les mieux informés et sensibilisés sur les MST et le VIH/SIDA. A l'opposé, les femmes, les habitants des zones rurales, les personnes âgées, les sujets analphabètes demeurent très mal informés. Le tableau IV résume les principaux indicateurs du niveau d'information de la population sur le VIH/SIDA mesurés dans les enquêtes quantitatives les plus importantes

conduites de 1994 à 1997 (17, 18, 19). La majorité des groupes examinés connaissent l'existence du SIDA et savent la prédominance de la transmission sexuelle. Les connaissances concernant la transmission mère-enfant du VIH sont quant à elles très limitées. Moins de 10% de la population est bien informée. L'implication des piqûres de moustiques dans la transmission du VIH persiste dans les croyances des populations mais de manière marginale. La notion de séropositivité asymptomatique au VIH est, elle aussi, très mal connue surtout en milieu rural où seulement 8% de la population en a conscience. Enfin le niveau des connaissances par la population générale des comportements de prévention du VIH/SIDA demeure faible de l'ordre de 50%. Ainsi le niveau moyen d'utilisation des préservatifs pour les actes sexuels à risque se situe à seulement 30%.

Le comportement reproducteur est resté élevé au Burkina Faso (1). L'indice synthétique de fécondité est de 6,9 enfants. Les premiers rapports sexuels interviennent tôt chez les femmes. L'âge médian au premier rapport sexuel se situe à 17,4 ans. Mais l'entrée de la femme dans une relation sexuelle stable ne souffre d'aucun délai. En effet, l'âge médian à la première union est de 17,3 ans. Un comportement sexuel risqué vis-à-vis du VIH/SIDA est très peu déclaré au Burkina Faso. En effet, seulement 3% des sujets de 15 à 49 ans en milieu rural (n=1631) et 12% en milieu urbain (n=1630) ont déclaré au cours de l'enquête nationale sur un échantillon représentatif de la population avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les 12 mois écoulés. Un biais de prévarication ne peut être exclu si l'on rapporte ces chiffres à la courbe de consommation des préservatifs au Burkina Faso (Tableau II).

Deux enquêtes préliminaires à des programmes pilotes de contrôle des MST permettent d'apprécier la qualité de la prise en charge des MST au Burkina Faso. La qualité de la prise en charge des MST se mesure par le caractère approprié du dépistage et du traitement (IP 6) de même que par la fourniture adéquate au patient au cours de la séance de prise en charge de la MST de conseils de base sur les préservatifs et sur la notification aux partenaires (IP 7). La première enquête a été conduite en 1997 par le Projet "SIDA Phase 2" au niveau des structures de santé environnant les sites d'orpaillage au Nord du Burkina (20). Dans cette première enquête 65 observations dans 35 formations sanitaires portant sur 34 soignants ont été conduites. Aucun patient n'a bénéficié et d'une anamnèse complète et d'un examen physique complet et d'un traitement symptomatique ou étiologique efficace. En conséquence l'IP 6 a été chiffré à 0. L'IP 7 se situait à seulement 3%. La deuxième enquête a été menée dans les formations sanitaires des régions sanitaires de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Dans cette enquête, 83 observations dans 70 formations sanitaires portant sur 128 soignants ont été conduites. Les indicateurs IP 6 et IP 7 trouvés s'élevaient dans cette deuxième enquête à 3,6% et à 8,4%, respectivement (I. Compaoré, communication personnelle). Les observations menées dans ces deux enquêtes ont été de 3 à 4 fois plus faibles que le minimum requis proposé par l'OMS. Mais les indications fournies sont suffisamment éloquentes de la médiocrité des soins de MST au Burkina Faso. Les chercheurs de ces deux enquêtes vont répéter leurs mesures en 1998-1999 à mi parcours de l'exécution des projets pilotes de contrôle des MST. Il sera alors possible de suivre par les mêmes indicateurs les progrès dans la prise en charge des MST au Burkina Faso.

La réduction de la transmission sanguine du VIH passe principalement par l'assurance de la sécurité transfusionnelle. L'incidence et à défaut la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang peut donner un indicateur indirect du risque résiduel potentiel de transmission du VIH aux sujets transfusés. Ainsi les figures 2 et 3 représentent les marqueurs sérologiques de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B chez les donneurs de sang des deux principales villes du Burkina Faso. Avec un niveau moyen de prévalence de l'infection à VIH parmi les dons de sang de l'ordre de 9% entre 1989 et 1997, le risque infectieux résiduel peut être estimé à environ 1 don infectant pour 300 transfusions sanguines. Ce risque est inacceptable à l'étape

actuelle où les techniques de sélection communautaire, clinique et biologique des donneurs de sang sont disponibles, accessibles et éprouvées un peu partout à

Tableau IV. Connaissances, attitudes, croyances et pratiques relatives au SIDA dans différentes populations au Burkina Faso, 1994-1997.

	(%) de sujets ayant répondu “oui”						
	Enquête en milieu urbain sélectionné (1994)*			Enquête nationale représentative (1996)**		Enquête en milieu rural sélectionné (1997)***	
	femmes enceintes (n=1294)	routiers (n=236)	prostituées (n=426)	Population 15–49 ans		Population 18-49 ans	
				rurale (n=1631)	urbaine (n=1630)	hommes (n=210)	femmes (n=204)
Connaissances concernant le VIH/SIDA							
Avez-vous déjà entendu parlé du SIDA ?	97,8	94,9	97,9	93,5	99,3	100	97,1
Comment le SIDA se transmet-il ?							
Par les rapports sexuels	81,8	93,2	77,7	77,6	91,6	95,2	87,1
Par le sang contaminé	27,5	57,2	27,2	21,9	56,2	10,5	5,7
par les seringues et aiguilles contaminées	16,9	25,4	11,5	17,6	38,6	29,5	16,2
De la mère à l’enfant	4,6	5,1	0,7	3,7	9,8	1,0	0,5
Par les piqûres de moustiques	3,2	5,1	1,6	2,6	3,2	1,9	1,4
Croyances, prise de conscience, comportements							
Croyez-vous que le SIDA existe ?	71,9	96,2	81,0	ND	ND	ND	ND
Conscience de la séropositivité asymptomatique au VIH	ND	ND	ND	8,3	32,3	ND	ND
Vous sentez-vous à risque du SIDA ?	58,7	60,2	39,2	47,2	69,5	ND	ND
Que faire pour s’en prémunir ?						<i>Ensemble</i>	
Fidélité (un seul partenaire sexuel)	69,1	64,8	26,5	61,5	59,5	52,6	
Utiliser la capote	39,9	78,0	80,8	21,7	63,9	30,7	
Abstinence totale	3,6	2,5	0,9	11,1	14,1	26,2	
Connaissances et attitudes à l’égard des préservatifs							
Connaissez-vous le condom “la capote” ?	62,8	86,9	98,1	65,8	94,4	83,8	41,0
Croyez-vous que le condom protège contre le SIDA ?	46,2	72,0	85,7	ND	ND	ND	ND
Avez-vous déjà utilisé le condom ?	42,0	72,0	95,1	18,1	50,2	ND	ND
Durant ces 12 mois écoulés, avez-vous toujours utilisé le condom ?	0,1	17,8	42,3	24,4	40,4	ND	ND

* Enquête transversale ciblant les femmes enceintes des dispensaires prénatals des villes de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Ouahygouya et Fada N'Gourma, les routiers de Bobo-Dioulasso et les prostituées de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (voir Fig. 1 pour la situation géographique)

** Enquête sur un échantillon représentatif des sujets de 15 à 49 ans de tous sexes résidant au Burkina Faso

*** Enquête transversale ciblant les adultes résidant en milieu rural (Kombissiri, Province du BAZEGA, voir Fig. 1 pour la situation géographique)

ND Information non disponible

travers le monde. Quant à la syphilis et à l'hépatite, le risque infectieux potentiel apparaît encore plus important que celui attribuable au VIH.

Fig. 2. Évolution de la séroprévalence de l'infection à VIH chez les donneurs de sang au Burkina Faso

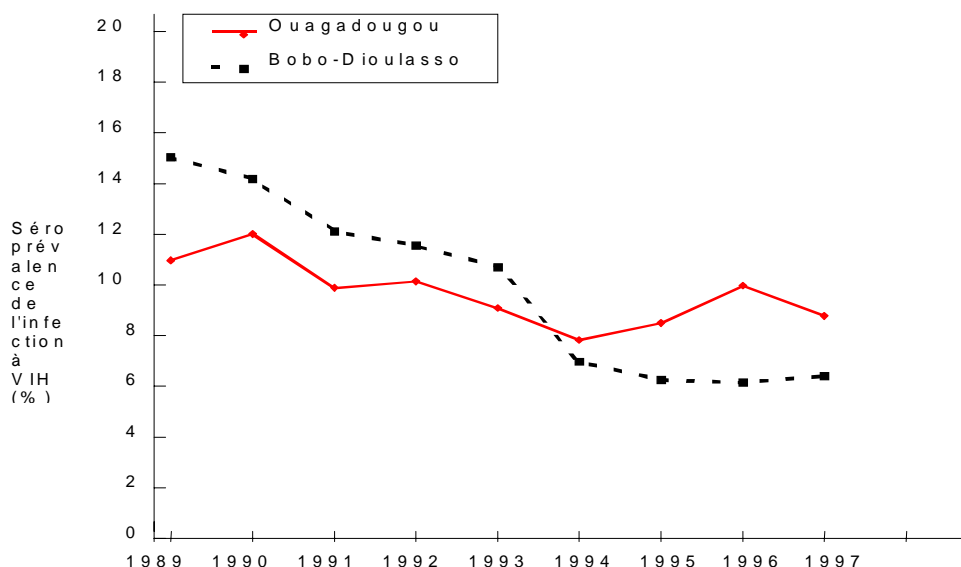
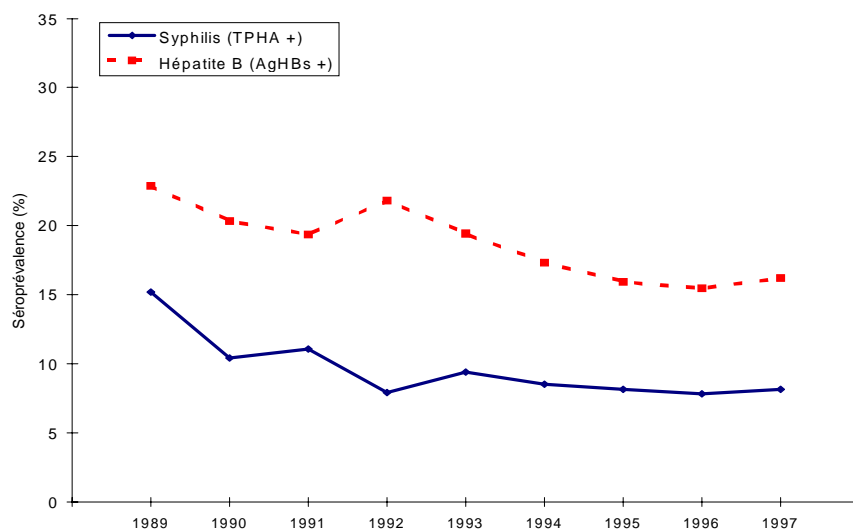


Fig. 3. Évolution des marqueurs sérologiques de l'hépatite B et de la syphilis chez les donneurs de sang, Ouagadougou (Burkina Faso)



Enfin la réduction de la transmission mère-enfant est l'intervention centrale dans la prévention de l'infection pédiatrique à VIH. Une recherche menée à Banfora (Sud-Ouest du Burkina Faso) entre 1987 et 1993 a estimé le taux de transmission mère-enfant du VIH-1 à 25,5% (21). La diminution de la transmission mère-enfant du VIH passe par la réduction de l'incidence du VIH parmi les femmes en âge de procréer, par la réduction de l'incidence des grossesses parmi les femmes infectées par le VIH et enfin par le taux d'accès des femmes enceintes séropositives pour le VIH à un traitement antirétroviral et à une alternative à l'allaitement maternel. Il n'y a

aucune donnée disponible sur l'incidence de l'infection à VIH parmi les femmes en âge de procréer de même que sur l'incidence des grossesses chez les femmes séropositives pour le VIH. Les estimations dérivées des enquêtes de prévalence suggèrent qu'il y a en moyenne chaque année 40.000 femmes enceintes infectées par le VIH au Burkina Faso. L'allaitement maternel demeure universel. En matière de prévention médicamenteuse, seule la recherche menée par l'essai ANRS 049 – DITRAME de 1995 à 1998 à Bobo-Dioulasso a permis de traiter par l'AZT, 253 femmes enceintes infectées par le VIH.

7 Suivi et évaluation de l'épidémie de VIH/SIDA et des MST

C'est le domaine où il y a le plus d'informations disponibles. Toutefois il n'y a pas de données longitudinales décrivant l'incidence de l'infection à VIH de même que celle des MST. Toutes les informations sont tirées du système routinier de notification des cas de SIDA et de la sérosurveillance du VIH par des enquêtes transversales dans des populations sélectionnées. La figure 4 illustre l'évolution des cas cumulés de SIDA de 1986 à 1997. Les données sont brutes. Il n'y a pas de répartition des cas par région sanitaire, par âge, par sexe et par mode de transmission. La surveillance de routine telle que conduite au Burkina Faso capte seulement 4% du potentiel des cas cumulés de SIDA dans le pays. La prévalence du VIH parmi les principales populations exposées est présentée sur le tableau V. Les méthodes diagnostiques sont rarement précisées dans les rapports. L'analyse suivant les facteurs de risque est inexistante. Néanmoins, ces données traduisent suffisamment le caractère " généralisé " de l'épidémie de VIH au Burkina Faso. Les estimations chiffrent à 7,2% la prévalence de l'infection à VIH en population générale. Les deux virus sont présents mais la part du VIH-1 est prépondérante (85%). Ces données montrent également qu'il n'y a pas de différence majeure entre milieu urbain et milieu rural quand au niveau de l'épidémie de VIH/SIDA.

Fig. 4. Évolution des cas cumulés de SIDA au Burkina Faso (déclaration routinière)

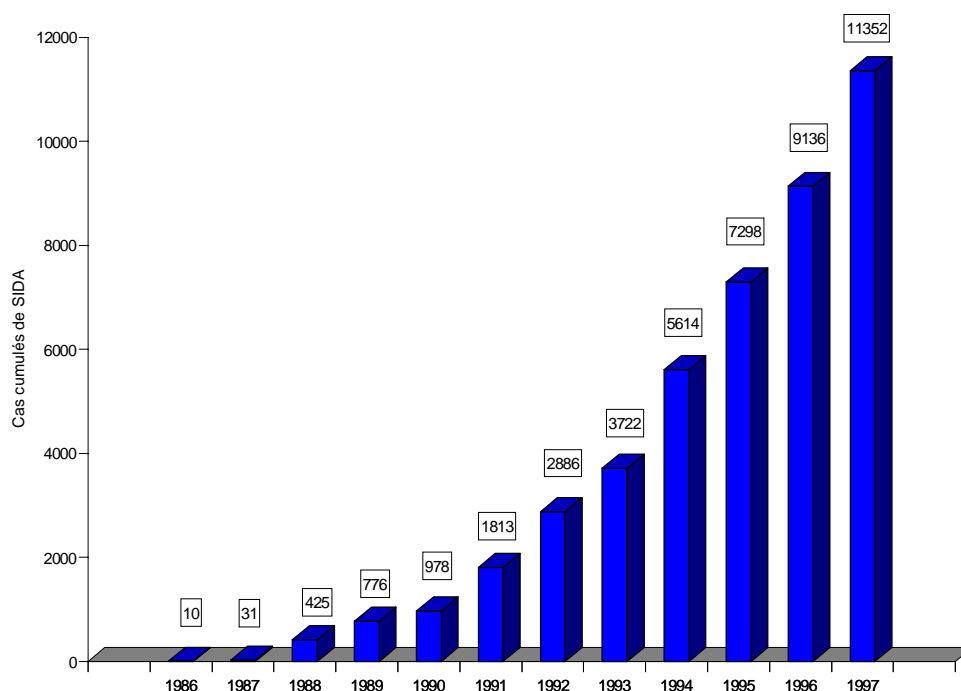


Tableau V. Données de prévalence de l'infection à VIH dans différentes populations à risque au Burkina Faso, 1987-1998 *

Population	Lieu de l'enquête	Taille de l'échantillon	Prévalence de l'infection à VIH	Année d'étude
Population générale (15-49 ans)	Gorom-Gorom (rural)	270	4,8	1990
Femmes enceintes	Ouagadougou	200	7,5	1987
	Ouagadougou	398	8,3	1994
	Ouagadougou	267	6,7	1997
	Bobo-Dioulasso	267	7,8	1991
	Bobo-Dioulasso	401	7,5	1994
	Bobo-Dioulasso	624	9,6	1996
	Bobo-Dioulasso	448	7,6	1997
	Gaoua (rural)	147	5,8	1987
	Gaoua	250	14,0	1991
	Gaoua	381	10,8	1993
	Gaoua	261	5,7	1994
	Tenkodogo	241	6,6	1992
	Tenkodogo	225	5,8	1994
	Ouahigouya	1223	7,3	1992
	Ouahigouya	250	10,0	1994
	Ouahigouya	170	6,5	1997
	Fada N'Gourma	245	6,5	1994
	Dédougou (rural)	256	5,1	1994
	Dori (rural)	123	9,7	1994
Donneurs de sang	Ouagadougou	23553	9,9	89-93
	Ouagadougou	19994	8,4	94-97
	Bobo-Dioulasso	14255	12,0	89-93
	Bobo-Dioulasso	11561	6,1	94-97
Patients hospitalisés	Ouagadougou	200	19,0	1987
	Bobo-Dioulasso	573	22,7	1990
(enfants malnutris >12 mois)	Bobo-Dioulasso	443	13,8	1990
	Gaoua	174	9,1	1991
	Tenkodogo	292	34,9	1989
Patients tuberculeux	Ouagadougou	200	29,0	1987
	Bobo-Dioulasso	573	22,7	1990
	Bobo-Dioulasso	378	33,6	1994
Patients MST	Ouagadougou	200	23,0	1987
	Bobo-Dioulasso	192	18,2	1991
	Bobo-Dioulasso (femmes)	220	42,0	1992
Prostituées	Ouagadougou	185	64,0	1989
	Ouagadougou	211	59,2	1994
	Bobo-Dioulasso	182	43,0	1992
	Bobo-Dioulasso	215	57,2	1994
	Bobo-Dioulasso	225	39,0	1998
Camionneurs	Ouagadougou	196	13,1	1993
	Bobo-Dioulasso	236	18,6	1994
Prisonniers	Ouagadougou	274	9,1	1998

* Sources des données (documents du CNLS/MST + recherche sur Medline).

- Meda N, Ouangré A, Sawadogo O, Zidouemba C, Sanou A, Kyelem D. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH, du SIDA et des maladies sexuellement transmises au Burkina Faso : constats et propositions d'un groupe consultatif d'experts nationaux. Rapport au Ministère de la Santé après une consultation d'expertise, 3-15 mars 1997, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : Centre MURAZ/OCCGE, juin 1997, 112 p.

- Secrétariat Permanent du CNLS/MST. Données de sérosurveillance VIH et de cas de SIDA au Burkina Faso : situation au 31 décembre 1997. Bulletin de rétro-information (Ouagadougou) 1997;1(1):1-3.

Pour les MST les seules informations disponibles de portée nationale sont celles contenues dans les rapports des Statistiques Sanitaires édités par la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé. Parmi les 9 millions d'habitants que comptait le Burkina Faso en 1995, 4201 cas de syphilis et 8535 cas de gonococcie ont été rapportés (4). On peut penser, à la lecture de tels chiffres que les MST constituent un problème négligeable au Burkina Faso. Mais tout comme le SIDA, le système routinier de surveillance capte très peu de cas. Le tableau VI montre la prévalence de certaines MST trouvée dans des enquêtes spécifiques ponctuelles (7, 22, 23). La lecture de ce tableau donne la dimension de l'ampleur des MST dans les centres urbains au Burkina Faso et révèle toutes les carences du système de surveillance à rapporter l'ensemble des cas de MST. La réforme en cours du système d'information sanitaire va initier, en lieu et place des étiologies des MST, la notification des syndromes de MST. Ces derniers sont plus accessibles à la pratique clinique quotidienne.

Tableau VI. Prévalence des MST chez les femmes résidant en milieu urbain au Burkina Faso, 1992-1994.

	Consultantes externes de gynécologie-obstétrique Bobo-Dioulasso, 1992	Femmes enceintes Bobo & Ouaga, 1994	Prostituées Bobo & Ouaga, 1994
	(n=220) %	(n=645) %	(n=426) %
Candidose vaginale	16,6	14,0	3,3
Trichomonase génitale	27,8	14,0	22,8
Vaginoses bactériennes	19,7	12,9	50,5
Gonorrhée	10,9	1,6	13,4
Infection Chlamydienne	27,3	3,1	4,5
Syphilis (RPR±TPHA)	6,3	3,6	15,0
Condylomes acuminés	2,7	2,9	4,2
Ulcères génitaux	5,4	0,8	9,4
<i>Au moins une MST</i>	<i>77,0</i>	<i>42,5</i>	<i>77,2</i>

8 Suivi et évaluation du traitement, des soins palliatifs et du soutien aux malades du SIDA

Un état des lieux de la prise en charge du VIH/SIDA au Burkina Faso a été établi en 1998 (24). Elle a mis en évidence une faiblesse extrême du secteur hospitalier urbain dans la proposition du test de dépistage de l'infection à VIH, dans l'annonce des résultats, dans la prise en charge des malades et dans le suivi médical des séropositifs. Le prétexte est le manque de réponses thérapeutiques antirétrovirales, de moyens de diagnostic des infections opportunistes et de suivi biologique du traitement. En milieu rural, le dénuement des services de santé en trousse de dépistage, la réputation d'incurabilité de la maladie ancrée dans les mentalités et l'incapacité économique des familles limitent encore davantage les possibilités de prise en charge (25). Tout cela donne aux charlatans un poids considérable dans la prise en charge médicale et psychosociale du VIH/SIDA au Burkina Faso.

En l'absence de prise en charge réelle des malades du SIDA, les attitudes stigmatisantes et discriminatoires demeurent importantes. Dans l'enquête nationale qui a porté sur un échantillon représentatif de la population menée en 1996, 45% des ruraux et 60% des citadins déclaraient des attitudes discriminatoires à l'égard des malades du SIDA. Quoiqu'anecdotique, d'autres déclarations font état du dépistage systématique du VIH qui serait imposé aux malades à opérer. Les assurances imposeraient également le test de dépistage du VIH. Les candidats à certains emplois ou à certaines bourses de formation et même à certains voyages internationaux

se verraient imposer le test de dépistage de l'infection à VIH pour les en exclure en présence de séropositivité au VIH. A ce jour il n'existe pas au Burkina Faso de lois et de réglementations visant à éradiquer la discrimination et la stigmatisation des sujets infectés par le VIH/SIDA et à promouvoir le respect des personnes infectées et affectées par le VIH.

Mais les choses sont en passe de changer. En effet des actions isolées de personnels de santé dévoués vont en s'amplifiant. Une mobilisation des associations de personnes concernées par le VIH naît et grandit jour après jour. Des ponts s'établissent avec les associations des pays du Nord pour initier une prise en charge réelle du SIDA.

Au plus haut niveau de l'Etat, l'engagement politique est ferme d'aider à assurer dans un futur proche une prise en charge décente pour les malades du SIDA. Des initiatives pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH par l'AZT, pour le traitement maternel après l'accouchement se développent avec l'appui des agences des Nations Unies. Une réflexion a également démarré sur la prise en charge des orphelins du SIDA.

9 Revue de l'utilisation et de l'utilité des indicateurs de prévention de l'OMS

Le tableau VII fournit la liste des indicateurs OMS de suivi et d'évaluation des PNLS. Le protocole de mesure des IP est disponible au Burkina Faso (26). Toutefois les seules mesures effectuées au Burkina Faso ont concerné les IP 6 et 7 qui décrivent la qualité de la prise en charge des MST et l'IP 2 qui rend compte de la disponibilité des préservatifs (20, 27). La mesure des IP 6 & 7 a été réalisée dans des zones de projets pilotes démonstratifs du contrôle des MST par l'approche syndromique. Toutefois l'application des normes OMS en matière d'échantillonnage n'a pas été respectée. La raison de cette situation pourrait être le faible recours des populations aux services de santé de base pour les soins courants de MST. De nombreuses enquêtes en population ont été menées. Mais aucune n'a produit dans ses résultats la mesure des IP 1, 3, 4 et 5. Des estimations ont été faites mais à partir de définitions autres que celles proposées par l'OMS. Les enquêtes de prévalence des MST et de l'infection à VIH destinées à mesurer les IP 8 et 10 n'ont jamais été conduites sur des échantillons représentatifs des sujets de 15 à 24 ans. Enfin le protocole de mesure des indicateurs de soins et de soutien aux malades du SIDA n'est tout simplement pas disponible au Burkina Faso.

10 Interaction entre le suivi, l'évaluation et la formulation des politiques

Dès la mise en place du CNLS il était prévu dans les comités techniques, un chargé du suivi et de l'évaluation du PNLS. Ce comité n'a jamais été doté en moyens humains et matériels pour fonctionner. Dans la proposition de réorganisation du CNLS en cours d'étude, le suivi-évaluation du PNLS n'a plus justifié une unité technique. Il est dilué dans les activités des nouveaux comités techniques qui ont été proposés pour gérer les soins et conseil VIH/SIDA, les soins et conseils MST, le laboratoire, la surveillance sentinelle, l'impact socio-économique et culturel et l'IEC. En l'absence d'un cadre formalisé, il apparaît difficile d'accorder un rang de priorité élevé à cette activité indispensable à l'orientation des actions du PNLS. À ce jour l'activité régulière de suivi au niveau du CNLS que l'on peut retenir est l'enregistrement annuel des cas de SIDA et la mesure des taux de prévalence de l'infection à VIH. Ces informations ne sont pas suffisantes pour évaluer l'impact du PNLS et guider l'ensemble des décisions politiques.

11 Suivi et évaluation et interaction entre le PNLS et les donateurs internationaux.

Les partenaires au développement dans leur ensemble se sont engagés dans une logique d'intervention pour endiguer l'extension du VIH/SIDA. Un cadre normatif et standardisé

Tableau VII. Indicateurs de suivi-évaluation des programmes nationaux de prévention de l'infection à VIH, de lutte contre les MST, de traitement et de soutien aux malades du SIDA

	Méthodes permettant de mesurer les indicateurs			
	Enquête sur la population / visite des points de distribution	Enquête sur les établissements de santé	Revue des Dossiers / Interview de répondants-clés	Enquête de séroprévalence
Indicateurs de prévention (IP) du VIH et des MST				
IP 1 : Connaissance des pratiques de prévention du VIH/SIDA	x			
IP 2 : Disponibilité des préservatifs (stock annuel au niveau central)			x	
IP 3 : Accessibilité des préservatifs (disponibilité au niveau périphérique)	x			
IP 4 : Partenaires sexuels occasionnels déclarés	x			
IP 5 : Utilisation déclarée du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel	x			
IP 6 : Dépistage et traitement appropriés des cas de MST		x		
IP 7 : Fourniture adéquate de conseils de base sur les préservatifs et la notification aux partenaires au cours de la prise en charge des cas de MST		x		
IP 8 : Prévalence des MST (syphilis) chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans				x
IP 9 : Incidence déclarée des urétrites chez les hommes	x			
IP 10 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans				x
Indicateurs de soins et de soutien (ISS) aux malades du SIDA				
ISS 1 : Capacité des services de santé à prendre en charge le VIH/SIDA		x		
ISS 2 : Prise en charge appropriée des maladies liées au VIH/SIDA		x		
ISS 3 : Pratiques/réglementations discriminatoires à l'égard des malades du SIDA			x	
ISS 4 : Attitudes non-discriminatoires de la population à l'égard des malades du SIDA	x			

d'évaluation des PNLS n'est disponible que depuis ces trois dernières années, et encore, les outils de mesure n'existent que pour une partie des actions engagées en réponse à la diffusion de l'épidémie de VIH/SIDA. C'est aujourd'hui que se pose avec beaucoup plus de pertinence la généralisation de la démarche d'évaluation des PNLS. Plus qu'aux partenaires au développement, c'est aux PNLS qu'il appartient de développer le marketing nécessaire à la mobilisation des ressources pour cette activité. Si l'idéal du partenariat, à savoir la réponse à des besoins exprimés par ceux qui sollicitent l'aide, s'applique, l'interaction entre le PNLS et les partenaires au développement ne peut que déboucher sur la mise en place d'actions spécifiques d'évaluation systématique de la prévention et de la lutte contre le SIDA. Il y a depuis 1998 un cadre permanent et régulier de concertation des partenaires pour la lutte contre le SIDA. Ce cadre peut servir de tribune pour un tel marketing.

Le rôle stimulant des partenaires est déjà engagé avec cette initiative OMS/ONUSIDA/MEASURE Evaluation (USAID) en cours pour un meilleur suivi-évaluation des PNLS. Ce rôle peut s'intensifier à travers le plaidoyer que les partenaires peuvent faire auprès des dirigeants politiques pour la mise en place du suivi-évaluation des PNLS. Il peut s'intensifier à travers la fourniture aux PNLS de directives appropriées pour la planification du suivi-évaluation. Enfin il peut s'intensifier par la mise à disposition d'une assistance technique et financière à même de permettre la mise en œuvre des activités de suivi-évaluation et d'assurer la rétro-information régulière.

12 Conclusion

La réponse nationale à l'épidémie de VIH/SIDA a été initiée dès 1986 au Burkina Faso. Mais de 1986 à 1995, la revue qui vient d'être faite suggère clairement que les interventions ont été très limitées et que de 1996 à ce jour l'échelle de la réponse nationale s'est radicalement élargie. Cette réponse élargie tardive peut expliquer, en partie, l'importance actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA au Burkina Faso. Par rapport à ce qui a été fait depuis 1986, que sait-on de la nature, du volume et de la qualité de ces interventions ? Que sait-on de l'impact de ces interventions sur le niveau des connaissances par la population des pratiques de prévention, sur les comportements sexuels des populations, sur la qualité de la prise en charge des MST, de l'assurance de la sécurité transfusionnelle ? Que sait-on de l'impact des soins et soutien apportés aux malades du SIDA ? Ce rapport a montré qu'il y avait des informations généralement non publiées en réponse à chacune de ces questions, mais que celles-ci ont été rassemblées sans aucun souci de standardisation des méthodes et des résultats présentés. L'utilisation des outils recommandés par l'OMS pour le suivi et l'évaluation des PNLS a été marginale. La grande faiblesse en matière de suivi-évaluation au niveau du PNLS du Burkina Faso est l'absence d'organe responsabilisé et doté en moyens humains et matériels pour exécuter cette tâche. En lieu et place du sous-comité sérosurveillance sentinelle, il aurait été préférable de créer un sous-comité "Epidémiologie, Suivi et Evaluation".

L'opportunité de l'analyse de la situation et de la réponse en cours au Burkina Faso devrait être mise à profit pour entériner une telle recommandation. L'initiative OMS/ONUSIDA/MEASURE Evaluation (USAID) en cours pour dynamiser le suivi et l'évaluation des PNLS est une autre opportunité à saisir pour mettre en place un cadre normatif au sein du Secrétariat Permanent du CNLS afin de démarrer un travail global de qualité. Les nombreuses institutions de recherche au Burkina Faso ne demandent qu'à appuyer le Secrétariat Permanent du CNLS dans une telle voie. Fondamentalement, l'absence de données fiables ne semble pas relever d'un manque de ressources financières, le soutien des partenaires au développement pour la lutte contre le SIDA est important.

À ce jour on peut affirmer que seules font défaut la volonté et la décision politique de mettre en place et de rendre fonctionnel un dispositif de suivi et d'évaluation de l'impact du PNLS. Il est peut-être à envisager dans le cadre de la présente initiative OMS/ONUSIDA/MEASURE Evaluation (USAID) en cours d'initier un projet d'appui à la mise en place du suivi et de l'évaluation du PNLS au Burkina Faso.

13 Bibliographie

1. Konate LD, Sinare T, Seroussi M. Burkina Faso : enquête démographique et de santé 1993 (EDSBF93). Calverton, Maryland (USA): Macro International Inc., 1994.
2. Institut National de la Statistique et de la Démographie (Ministère de l'Economie et des Finances du Burkina Faso. Recensement général de la population et de l'habitat du 10 au 20 décembre 1996 : résultats provisoires. Ouagadougou: INSD, 1997.
3. Programme des Nations Unies pour le Développement. Burkina Faso : rapport sur le développement humain durable. Ouagadougou: PNUD - Burkina Faso, 1997.
4. Ministère de la Santé. Burkina Faso : statistiques sanitaires, 1994. Ouagadougou: Ministère de la Santé, Direction des études et de la planification, 1995.
5. Organisation mondiale de la Santé. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : données au 31 décembre 1987. Relevé épidém Hebdomadaire de l'OMS 1988;63:9-14.
6. Etchepare M, Etchepare C. Burkina Faso. In. Sida en Afrique : bilan d'une décennie, analyse par pays. Dakar: Enda-Editions, 1994:48-53.
7. Sangaré L, Meda N, Lankoandé S, Van Dyck E, Cartoux M, Compaoré IP, Catraye J, Sanou PT, Soudré R. HIV infection among pregnant women in Burkina Faso: a nationwide serosurvey. Int J STD AIDS 1997;8:646-651.
8. Organisation mondiale de la Santé. La stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. Genève: Série OMS SIDA n° 11, 1993.
9. CNLS (Burkina Faso). Revue interne du programme national de lutte contre le SIDA. Ouagadougou: Secrétariat Permanent/CNLS, 1993.
10. CNLS (Burkina Faso). Revue externe du programme national de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles du 12 au 28 septembre 1995. Ouagadougou: Secrétariat Permanent/CNLS, 1995.
11. Banque Mondiale - Burkina Faso. Projet de population et de lutte contre le SIDA (rapport d'évaluation). Ouagadougou: Burkina Faso - Banque Mondiale, 1994.
12. PROMACO/Burkina Faso. Regard sur le projet de marketing social des condoms (PROMACO). Ouagadougou: PROMACO/KFW, 1998.
13. Meda N, Ouangré A, Sawadogo O, Zidouemba C, Sanou A, Kyelem D. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH, du SIDA et des maladies sexuellement transmises au Burkina Faso : constats et propositions d'un groupe consultatif d'experts nationaux. Bobo-Dioulasso: Ministère de la Santé - Centre MURAZ-OCCGE, 1997.
14. CNLS (Burkina Faso). Module de formation "surveillance épidémiologique des VIH/SIDA/MST". Ouagadougou: Secrétariat Permanent du CNLS, 1998.
15. Van de Perre P, Diakhate L, Watson-Williams J. Prevention of blood-borne transmission of HIV. AIDS 1997;11(suppl B):S89-S98.
16. Desclaux A. Dix ans de recherches en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso : éléments pour la prévention. Cahiers Santé 1997;7:127-134.
17. Meda N, Sangaré L, Lankoandé S, Compaoré IP, Catraye J, Sanou PT, Van Dyck E, Cartoux M, Soudré RB. L'épidémie à VIH au Burkina Faso : situation actuelle et niveau des connaissances de la population sur le sida, 1994-1995. Rev Epidém et Santé Publ 1998;46:14-26.
18. Sud Consult (Burkina Faso). Enquête de connaissances, attitudes, pratiques (CAP) sur la planification familiale, le SIDA, les maladies sexuellement au Burkina Faso - rapport final. Ouagadougou: PPLS (Ministère de l'Economie et des Finances), 1996.

19. Sobgo G. Projet intégré de prévention du SIDA et de planification familiale en milieu rural (Province du BAZEGA) : rapport de l'enquête CAP de base. Ouagadougou: Save The Children, 1997.
20. Projet SIDA phase 2 - CCISD. Première mesure des indicateurs de prévention (IP6/IP7) des maladies sexuellement transmissibles dans les unités d'intervention du projet. Ouagadougou (Burkina Faso): CCISD, 1998.
21. Prazuck T, Yameogo J, Heylinck B, Ouedraogo L, Rochereau A, Guiard-Schmid J, Lechuga P, Agranat P, Cot M, Malkin J, Patey O, Lafaix C. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 and type 2 and dual infection: a cohort study in Banfora, Burkina Faso. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:910-917.
22. Meda N, Ledru S, Fofana M, Lankoandé S, Soula G, Bazié AJ, Chiron JP. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection among women with genital infections in Burkina Faso. *Int J STD AIDS* 1995;6:273-277.
23. Lankoandé S, Meda N, Sangaré L, Compaore IP, Catraye J, Sanou PT, van Dyck E, Cartoux M, Sankara O, Curtis V, Soudre RB. Prevalence and risk of HIV infection among female sex workers in Burkina Faso. *Int J STD AIDS* 1998;9:146-150.
24. Nock F, Joucla F. Burkina Faso : état des lieux sur la prise en charge du VIH/SIDA. In: Nock F, Joucla F, eds. Accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest : partenariat avec les ONG, les associations et les personnes vivant avec le VIH. Paris: AIDS - Fédération Nationale, 1998:11-18.
25. Taverne B. Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso. *Cahiers Santé* 1997;7:177-86.
26. Programme Mondial de lutte contre le SIDA. Evaluation d'un programme national de lutte contre le SIDA : ensemble de méthodes. 1. Prévention de l'infection à VIH. Genève: WHO/GPA/TCO/SEF/94.1.
27. Tchupo JP, Mikem C, Timyan J, Toé SS, Ouango JG, Watts S. Etude de la distribution des condoms au Burkina Faso. Ouagadougou: PROMACO, 1995.